



Protocolo Municipal



Sífilis

SAÚDE SAÚDE

Sumário



Introdução	2
Diagnóstico	3
Interpretação dos resultados	4
Tratamento	4
Reação de Jarish-Herxheimer	6
Reação à Penicilina	6
Gestantes com reação à Penicilina	7
Critérios para retratamento	7
Sífilis nas Unidades Básicas de Saúde	8

1

Introdução



A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *T. Pallidum*, uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas, descoberta em 1905.

O modo de transmissão predominante é sexual e ocorre de forma mais eficiente nas fases primárias e secundárias, através do contato direto com as lesões. Infecções anteriores não conferem imunidade às novas exposições.

A maioria das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimento da infecção, podendo transmiti-la aos seus contatos sexuais. Isso ocorre devido à ausência ou escassez de sintomatologia, dependendo do estágio da infecção.

Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, costumando comprometer especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular.

Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), mais frequentemente intraútero (com taxa de transmissão de até 80%), embora a transmissão também possa ocorrer na passagem do feto pelo canal do parto. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação. Pode haver consequências severas, como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias, até mesmo a morte do RN.

Diagnóstico

Os testes utilizados para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. Os testes imunológicos, na prática, são os mais utilizados.

Dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos.

Testes treponêmicos: detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. Pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, sendo importantes para a confirmação do diagnóstico. Na maioria das vezes, permanecem positivos, mesmo após o tratamento, pelo resto da vida do paciente, por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Testes não treponêmicos: detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. Pallidum*, e podem ser qualitativos ou quantitativos. Tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. O teste qualitativo indica a presença ou ausência de anticorpo na amostra. O teste quantitativo permite a titulação de anticorpos.

O resultado deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:64, entre outros), sendo importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, portanto a queda do título é indicação de sucesso terapêutico.

Não Treponêmico	VDRL	Triagem e monitoramento da infecção. São testes não específicos que podem ser expressos de forma quantitativa (expresso em títulos: 1:2, 1:4, etc)
Treponêmico	Teste Rápido	Triagem ou confirmação de resultados. São testes que detectam anticorpos específicos contra o <i>Treponema Pallidum</i> .
	FTA-Abs Quimioluminescência (CMIA) Elisa	

3

Interpretação dos Resultados

VDRL	FTA-Abs	Interpretação
(+)	(+)	Confirma diagnóstico de Sífilis
(-)	(-)	Descarta diagnóstico de Sífilis
(+)	(-)	Indica possibilidade de outra doença que NÃO Sífilis ou período de incubação de sífilis recente ou falso positivo.
(-)	(+)	Sífilis em fase inicial, ou terciária ou curada.

4

Tratamento

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de Sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação.

A benzilpenicilina benzatina deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular (IM). A região ventro-glútea é a via preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes, sendo tecido subcutâneo de menor espessura, com poucos efeitos adversos e dor local. Outros locais alternativos para realizar a aplicação são a região do vasto lateral da coxa e o dorso glúteo.

O Quadro a seguir apresenta os esquemas terapêuticos utilizados para sífilis, de acordo com a classificação clínica.

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Alternativa (exceto para gestantes)	Seguimento
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução).	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias.	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal).
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária.	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM.	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias.	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal).
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI/dia, EV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até a normalização

Pessoas tratadas com sucesso podem ser liberadas de novas coletas após um ano de seguimento pós tratamento. Entretanto, a aquisição de uma nova IST, especialmente Sífilis, é um fator de risco para outras ISTs.

Deve ser fortemente considerada a realização de rastreamento em todas as pessoas curadas de Sífilis, de acordo com a história sexual e o gerenciamento de risco.

5

Reação de Jarish-Herxheimer

A reação de Jarisch-Herxheimer é um evento que pode ocorrer durante as 24 horas após a primeira dose de penicilina, em especial nas fases primária ou secundária.

Caracteriza-se por exacerbação das lesões cutâneas – com eritema, dor ou prurido, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia, que regredem espontaneamente após 12 a 24 horas. Pode ser controlada com o uso de analgésicos simples, conforme a necessidade, sem ser preciso descontinuar o tratamento.

As pessoas com prescrição de tratamento devem ser alertadas quanto a possibilidade de ocorrência dessa reação, em especial para que se faça distinção em relação aos quadros de alergia à penicilina, que são reações distintas.

6

Reação à Penicilina

A possibilidade de reação anafilática à administração de benzilpenicilina benzatina é de 0,002%. O receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração da mesma nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica. A anafilaxia, não é exclusiva das penicilinas e, portanto, os serviços devem estar cientes dos procedimentos a serem adotados em tal situação. A adrenalina é a droga de escolha para tratamento da reação de anafilaxia, caso esta ocorra.

Destaca-se a Decisão nº 0094/2015, do Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, que reforça a importância da administração da benzilpenicilina benzatina pelos profissionais de enfermagem na atenção básica e dispensa a exigência de um médico na unidade para o procedimento.

Gestantes que apresentam essa reação podem ter risco de trabalho de parto prematuro, pela liberação de prostaglandinas em altas doses. Entretanto, caso a gestante não seja tratada adequadamente para sífilis, o risco de abortamento ou morte fetal é maior que os riscos potenciais da reação.

Gestantes com Reação à Penicilina

A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes. Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação é considerado tratamento não adequado da mãe, já que outros antibióticos não atravessam a barreira placentária ou podem causar toxicidade fetal.

As pacientes gestantes com sífilis e alérgicas a penicilina benzatina devem ser encaminhadas a um serviço terciário, para que sejam dessensibilizadas e posteriormente tratadas com penicilina, em ambiente hospitalar.

CrITÉRIOS para Retratamento

Muitas vezes, é difícil distinguir entre reinfecção, reativação e cicatriz sorológica, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), do histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e dos exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica.

São critérios de retratamento e necessitam de conduta ativa do profissional de saúde:

- Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para >1:8; ou de 1:128 para >1:32);
- Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16);
- Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

O esquema de retratamento para sífilis recente ou tardia, irá depender de cada caso. A investigação de neurosífilis por meio de punção lombar está indicada na população geral, quando não houver exposição sexual no período que justifique uma reinfecção. Para PVHIV (pessoas vivendo com HIV), a investigação está recomendada em todos os casos de retratamento, independentemente de haver ocorrido ou não nova exposição.

Sífilis nas Unidades Básicas de Saúde

O teste rápido (treponêmico) está disponível na atenção básica para usuários por indicação médica e de enfermagem, por rotina de pré-natal, ou para quem queira realizar por alguma exposição.

Em casos negativos: proceder com orientações de prevenção de ISTs e esclarecimento de dúvidas.

Em casos positivos:

Gestantes: Caso o parceiro não tenha testado, testar o parceiro. Em caso positivo do mesmo, agendar junto com a gestante no CTA; Preencher a ficha de notificação de Sífilis em gestante; Ligar no CTA para informar o caso e agendar consulta com infectologista para a gestante e parceiro; Passar a data da consulta para a gestante e parceiro e solicitar que venha à consulta com os laudos dos testes rápidos realizados na unidade e demais exames já realizados; Encaminhar a ficha de notificação via malote para o CTA.

Não Gestantes/ Parceiros: Tratar na unidade, conforme esquema terapêutico apresentado anteriormente.

Coordenadora da Atenção Primária em Saúde

Manuela Clozel

Coordenador da Atenção Secundária em Saúde

Thiago Alexandre Ciafa Guidi

Departamento de Educação Permanente em Saúde

Claudia Pizzi

Secretário da Saúde Itatiba/SP

Renan Dias Irabi

Elaboração

Enfermeira

Amanda Penedo Pina Oliveira

Infectologista

Dra. Januária Peres Gonçalves

Rua: Pompéia, nº 45. Bairro Giardino D' Italia - Itatiba/SP - CEP 13.256-221
Fone/Fax: (011) 4534-0832 E-mail: cta@unidadesaude.itatiba.sp.gov.br



SECRETARIA DE SAÚDE DE ITATIBA

