

SÍFILIS E INFECÇÃO PELO HIV NA GRAVIDEZ – A.T. Saúde da Mulher

1 – Introdução

A Aids e a Sífilis constituem problemas importantes de saúde pública nos países em desenvolvimento. A transmissão vertical (T.V.) do HIV responde por 90% dos casos de aids em crianças menores de 13 anos e o agente etiológico da Sífilis, o Treponema pallidum, pode passar para o feto via placentária em qualquer estágio da doença e qualquer idade gestacional.

Um dos objetivos das Nações Unidas para o desenvolvimento é eliminar a Sífilis congênita como problema de saúde pública, buscando a meta de incidência de menos de um caso novo para cada mil nascidos vivos por ano.

2 – Incidência de sífilis congênita no município de São Paulo

Ainda hoje, com todo o conhecimento e tecnologia disponíveis, na maior cidade da América latina, constatamos óbitos de recém-nascidos em maternidades no município, vítimas da Sífilis congênita, doença que pode ser totalmente curada ainda durante a gravidez apenas com o uso da Penicilina Benzatina.

O número de casos de sífilis congênita encontra-se em ascensão desde 2006 e pode ser consequência, além da ampliação da busca ativa e consequente melhoria na notificação de casos, do aumento da prevalência da sífilis adquirida. Na cidade de São Paulo, em 2017, foram notificadas 4.210 gestantes com sífilis e 1.111 crianças com sífilis congênita, determinando um coeficiente de incidência de 6,6 crianças com sífilis por mil nascidas vivas. Para enfrentar o desafio de reduzir a transmissão vertical do HIV e da Sífilis congênita, a Secretaria Municipal de Saúde constituiu uma Comissão Municipal que normatiza, avalia e propõe ações para o controle efetivo da redução da T.V., como veremos a seguir.

3 - Sífilis adquirida e sífilis na gestação

Etiologia:

Bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*.

Transmissão:

Sexual (penetração pela mucosa ou pele), infectividade maior nos estágios iniciais (primária, secundária e sífilis latente recente).

Período de incubação

De 10 dias a 90 dias (média de 21 dias).

Transmissão vertical

Ocorre em até 80% dos casos de infecção ativa, se não for tratada. A transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação. A infecção fetal provoca de 30-50% de morte intrauterina, parto pré-termo ou morte neonatal.

Formas clínicas

Segundo o tempo de infecção:

- Sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução)
- Sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução)

Segundo as manifestações clínicas da sífilis adquirida:

Primária

- Cancro duro = úlcera única, indolor, com bordos sobrelevados duros e fundo limpo. Pode haver linfadenomegalia satélite. Desaparece espontaneamente entre 2 a 6 semanas.

Secundária

- Lesões cutaneomucosas, não ulceradas, surgem entre 6 semanas a 6 meses após a infecção. Exantema maculopapular róseo incluindo região palmar e plantar. Pode haver sintomas gerais brandos (febre, mal estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia). Dura em média de 4 a 12 semanas, podendo evoluir em suros por até 2 anos . Há intensa produção de anticorpos contra o treponema, resultando em testes não treponêmicos com maiores títulos.

Latente

- Período sem manifestações clínicas, entre a sífilis secundária e a terciária.
Observação: Permanece o risco de transmissão, inclusive para o feto.

Terciária

- Lesões gomosas e nodulares = comprometimento cutaneomucoso e articular
- Acometimento cardiovascular e neurológico (tabes dorsalis, afasias, paresias, convulsões, demência).

Diagnóstico:

Nas formas primária e secundária = clínico e sorologia: testes treponêmicos=Elisa (ou FTA-Abs ou TPHA ou Teste Rápido) e não treponêmicos= VDRL.

Nas formas latente e terciária = sorologia: testes treponêmicos=Elisa (ou FTA-Abs ou TPHA ou Teste Rápido) e não treponêmicos= VDRL.

4 – Abordagem diagnóstica e encaminhamento da sífilis e HIV na gestação

A abordagem diagnóstica e o encaminhamento dos casos de infecção pelo vírus HIV e de Sífilis no período perinatal, devem seguir os fluxos definidos abaixo conforme o local de atendimento da gestante.

4.1 – Abordagem no pré-natal

Assim que a gravidez é confirmada, a gestante deve ser sensibilizada pela equipe de saúde acerca da importância do pré-natal, informada de seus direitos enquanto cidadã paulistana e aconselhada a realizar os exames de rotina de pré-natal oferecidos obrigatoriamente, inclusive a Sorologia e Testes Rápidos para Sífilis e o Anti HIV, que deverão ser solicitados pelo profissional de saúde (médico ou enfermeiro).

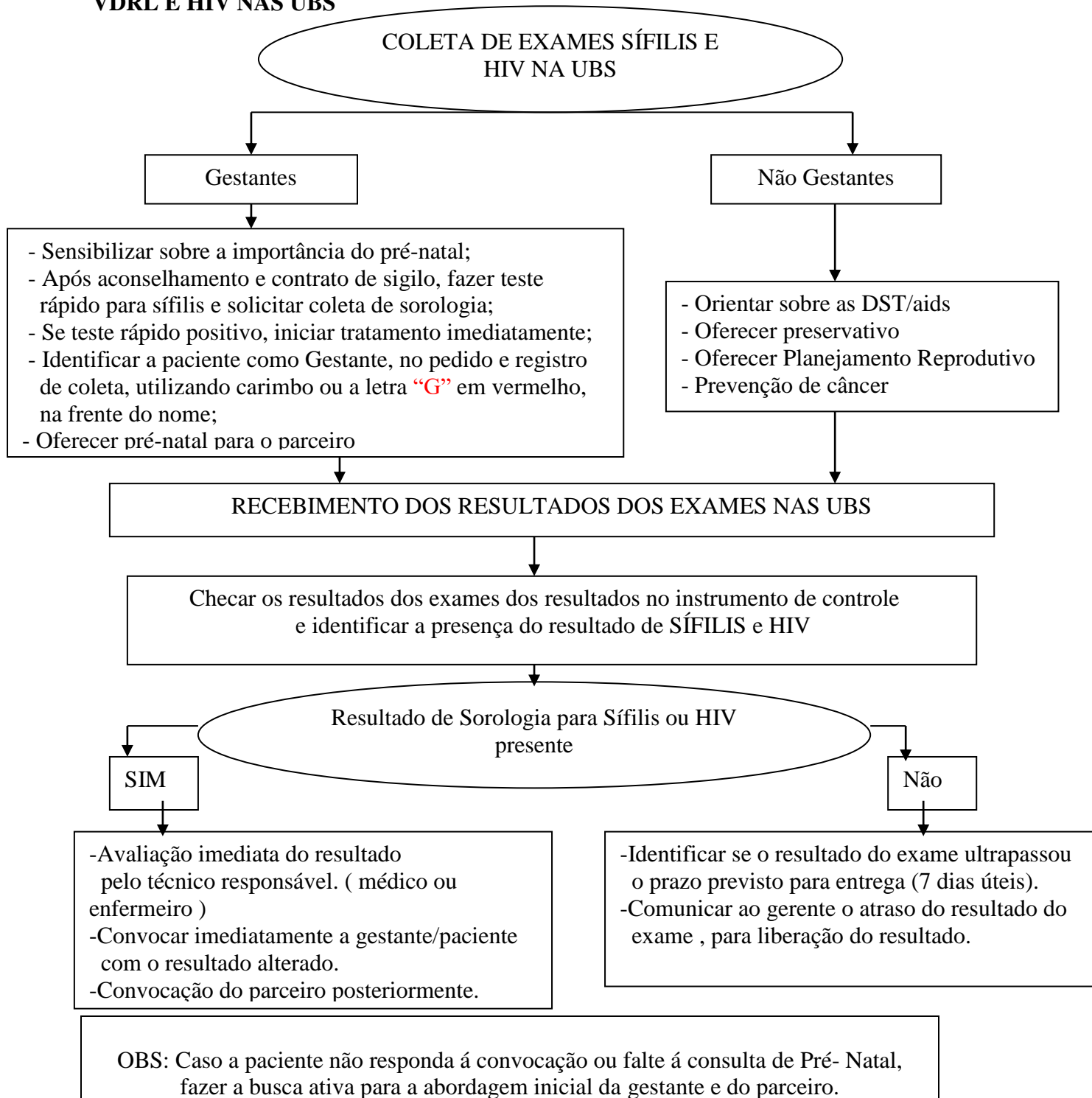
A seguir, a gestante deve ser inserida no Programa de pré-natal e no SISPRENATAL e seu Prontuário aberto, assim como a “Caderneta da Gestante”. No decorrer de seu acompanhamento pré-natal, todas as informações deverão ser escritas e os sistemas de informação deverão ter os seus dados atualizados periodicamente.

A coleta e o recebimento dos resultados dos exames Sorológicos para Sífilis e Anti HIV deverão seguir o Fluxograma.

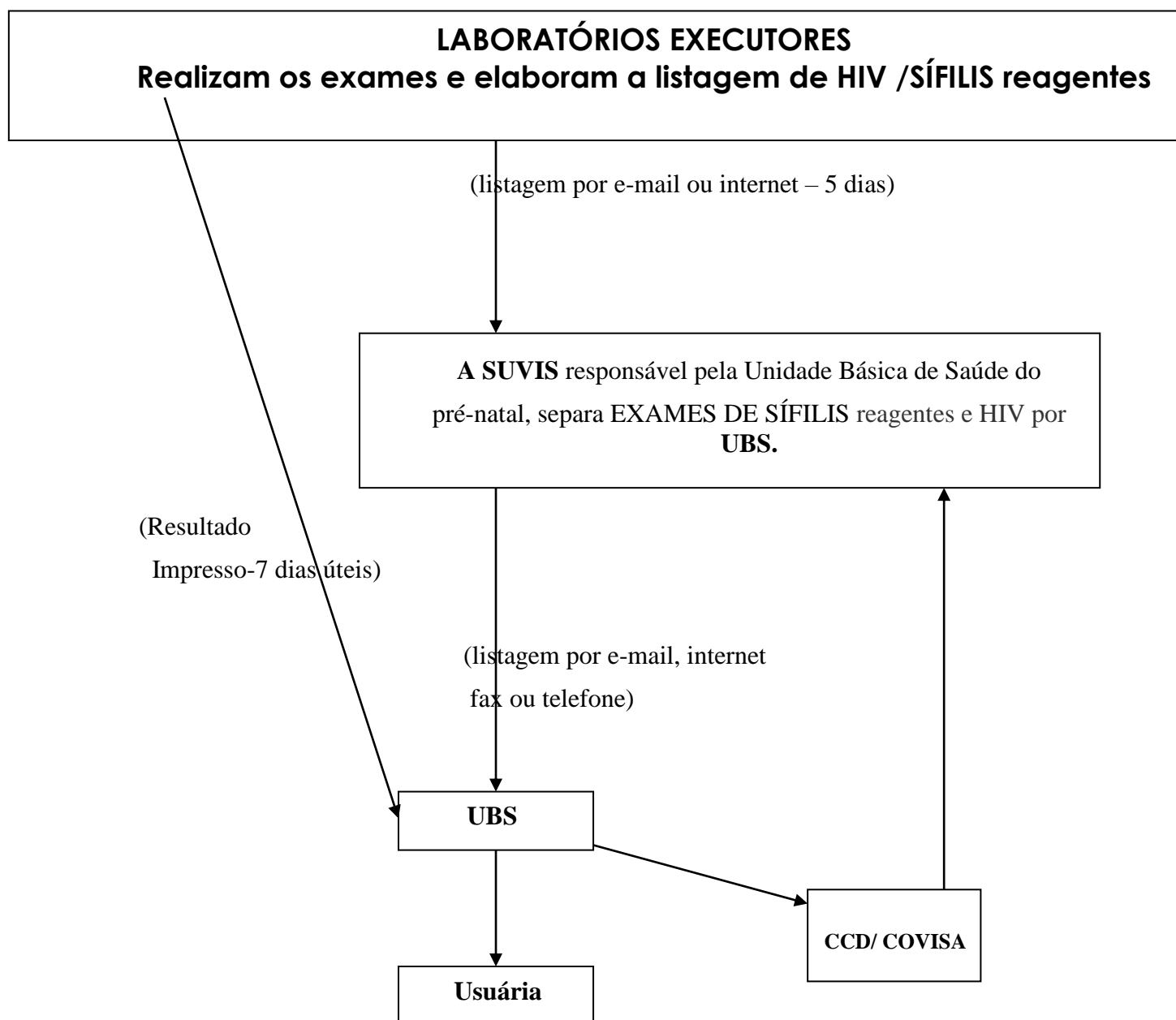
Os resultados dos exames efetuados pelos laboratórios executantes deverão seguir o Fluxograma.

De posse de resultado de Anti HIV POSITIVO ou INDETERMINADO, o profissional técnico responsável não deverá solicitar teste confirmatório na UBS e sim providenciar para a gestante o agendamento imediato de uma consulta em Unidade Especializada em DST/aids.

FLUXOGRAMA PARA COLETA E RECEBIMENTO DOS EXAMES VDRL E HIV NAS UBS



Fluxo de encaminhamento dos resultados de exames para sífilis e HIV



A gestante que apresentar sorologia POSITIVA confirma o diagnóstico sorológico de Sífilis, devendo então o tratamento com PENICILINA BENZATINA ser prontamente instituído e o(s) parceiro(s) convocado(s) e tratado(s).

A seguir, a UBS deverá notificar a Vigilância Epidemiológica, através do impresso SINAN pré-numerado.

4.2 – Definição de caso de sífilis na grávida, parturiente e puérpera:

Situação 1:

Mulher assintomática para sífilis, que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** apresente pelo menos **um teste reagente** – seja ele treponêmico **E/OU** não treponêmico com qualquer titulação – e **sem registro de tratamento prévio**.

Situação 2 :

Mulher sintomática para sífilis (**ver item 3 - Formas clínicas**), que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** apresente pelo menos **um teste reagente** – seja ele treponêmico **E/OU** não treponêmico com qualquer titulação.

Situação 3:

Mulher que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação **E** teste treponêmico reagente, **independente de sintomatologia** da sífilis e **de tratamento prévio**.

ELISA	VDRL	TPHA	INTERPRETAÇÃO
NEGATIVO	NÃO REALIZAR	NÃO REALIZAR	AMOSTRA NÃO REAGENTE Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> , solicitar nova coleta em até 21 dias.
POSITIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	AMOSTRA NÃO REAGENTE: AUSÊNCIA DE INFECÇÃO OU PERÍODO DE INCUBAÇÃO? Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> , solicitar nova coleta em até 21 dias.
POSITIVO ²	NEGATIVO ²	POSITIVO OU INDETERMINADO	SÍFILIS PRIMÁRIA, OU PREVIAMENTE TRATADA, OU LATENTE TARDIA NÃO TRATADA. Pode se tratar de sífilis recente ou latente tardia, onde o VDRL pode estar indetectável. Recomenda-se que a paciente e o parceiro sejam tratados, EXCETO na confirmação de tratamento prévio adequado de ambos e afastada a possibilidade de reinfeção.
POSITIVO ¹	POSITIVO ¹	NÃO REALIZADO	SÍFILIS (TRATAR)

4.3 -Tratamento da Sífilis na grávida:

Sífilis primária,Sífilis secundária e latente recente:

Penicilina Benzatina 2,4 milhões de Unidades I.M., repetir por 2 semanas consecutivas.
Dose total: 4,8 milhões UI.

Sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária:

Penicilina Benzatina 2,4 milhões de Unidades I.M., repetir por 3 semanas consecutivas.
Dose total: 7,2 milhões UI.

Obs.: A primeira dose de Penicilina deverá ser feita há 30 dias ou mais antes do parto.

Seguimento no pré-natal:

A grávida que apresentar resultados NEGATIVOS de Sífilis e Anti HIV solicitados na primeira consulta, deverão ter os exames solicitados novamente no início do terceiro trimestre (após 28 semanas) e repetir o Teste Rápido com 32 semanas.

A grávida que apresentar sorologias confirmatórias de Sífilis, após ser tratada adequadamente e seu(s) parceiro(s), deverá ter VDRL solicitado mensalmente até o parto, cujos títulos deverão apresentar queda progressiva, sendo o último com queda de pelo menos 2 títulos em relação ao primeiro.

Se houver interrupção do tratamento, ele deverá ser reiniciado.

Se houver quadruplicação dos títulos, provavelmente ocorreu reinfecção, verificar se o parceiro tratou e reiniciar o tratamento.

5 – Abordagem na Maternidade ou Casa de Parto

Os exames de Sorologia para sífilis e Teste Rápido Diagnóstico de Anti HIV deverão ser solicitados para TODAS as gestantes admitidas em Trabalho de Parto ou em situação de abortamento.

Se a mulher em Trabalho de Parto, em abortamento ou com óbito fetal apresentar SOROLOGIA PARA SÍFILIS REAGENTE, deverá ser tratada de imediato, assim como seu(s) parceiro(s).

O Recém-nascido cuja mãe apresentou SOROLOGIA PARA SÍFILIS REAGENTE na gestação ou no momento do parto ou que apresente suspeita clínica de Sífilis Congênita deverá ter seu sangue periférico colhido para realização de SOROLOGIA e imediatamente tratado quando for o caso.

A seguir, o Núcleo de Epidemiologia Hospitalar ou a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverão ser notificados para tomarem as providências cabíveis (notificação ou investigação do caso).

Se a parturiente apresentar teste rápido de Anti HIV POSITIVO no momento da admissão ou já for SOROPOSITIVA:

FLUXOGRAMA PARA CONTROLE DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NAS MATERNIDADES

PARTURIENTE SEM SOROLOGIA OU COM SOROLOGIA NEGATIVA NO P.N.



ANTI-HIV TESTE RÁPIDO DIAGNÓSTICO MEDIANTE CONSENTIMENTO
(conforme Decreto nº 55.114/2014)



TESTE NÃO REAGENTE = Não medicar (Efetuar aconselhamento)

TESTE REAGENTE



Notificar Vigilância

Iniciar Quimioprofilaxia

PARTURIENTE COM HIV/aids

Escolha do Parto: a depender da Carga Viral (C.V.)

C.V. > 1000 cópias/ml no final da gestação, início do pré-natal > 34 semanas ou C.V. desconhecida: Cesariana Eletiva.

C.V. < 1000 cópias/ml ou trabalho de parto já iniciado: Parto Vaginal induzido, sem rotura das membranas e sem episiotomia.

QUIMIOPROFILAXIA:

INICIAR NA 1ª HORA DO INÍCIO DO TRABALHODE PARTO:

AZT 2 mg/kg diluído em 100 ml de Soro Glicosado 5%. Infundir, I.V.

Obs.: SE CESARIANA ELETIVA – Iniciar 3 horas antes da intervenção cirúrgica.

NO PARTO:

MANUTENÇÃO com AZT 1 mg/kg/hora em infusão contínua, I.V., até o clampeamento do cordão umbilical.

Obs.: Na não disponibilidade de AZT injetável, utilizar AZT oral 300 mg no começo do trabalho de parto, seguida de 300 mg a cada 3(três) horas até o clampeamento do cordão umbilical.

NO PÓS PARTO:

Orientar quanto à não amamentação

• Inibir lactação:

Inibição Mecânica:

Enfaixamento das mamas

Inibição Química:

Cabergolina 0,5mg - 2 comprimidos em dose única

- Orientar mãe quanto ao preparo da fórmula Infantil

- Fazer e entregar para a puérpera o relatório completo sobre o peri-parto

- Agendar consulta para a Puérpera HIV positivo e o RN exposto para acompanhamento em Unidade Especializada em DST/aids.