

TOXOPLASMOSE & SÍFILIS

Transmissão Vertical

DIAGNÓSTICO E CONDUTA

André Constant

Médico Hospital Hélyio Auto

Médico ESF Maceió

19/02/2025

Patógenos mais frequentemente relacionados às infecções materna com potencial risco ao feto:

S - SÍFILIS

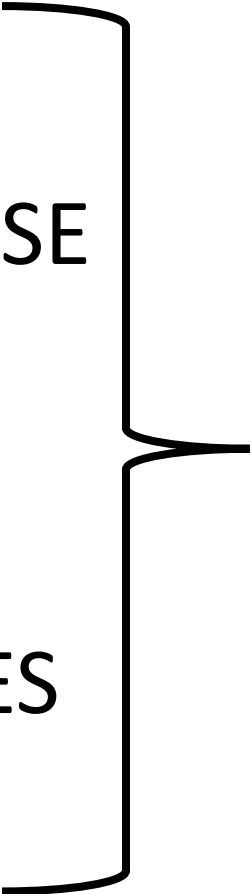
TO - TOXOPLASMOSE

R - RUBÉOLA

C - CMV

H - HERPES SIMPLES

Z - ZIKA VÍRUS



TERATOGENÊSE

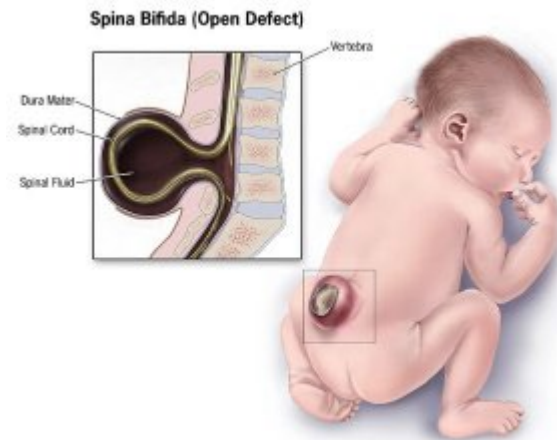
Do grego Τερατογένεση, composto
de: Τερατο - monstro
γένεση - gênese

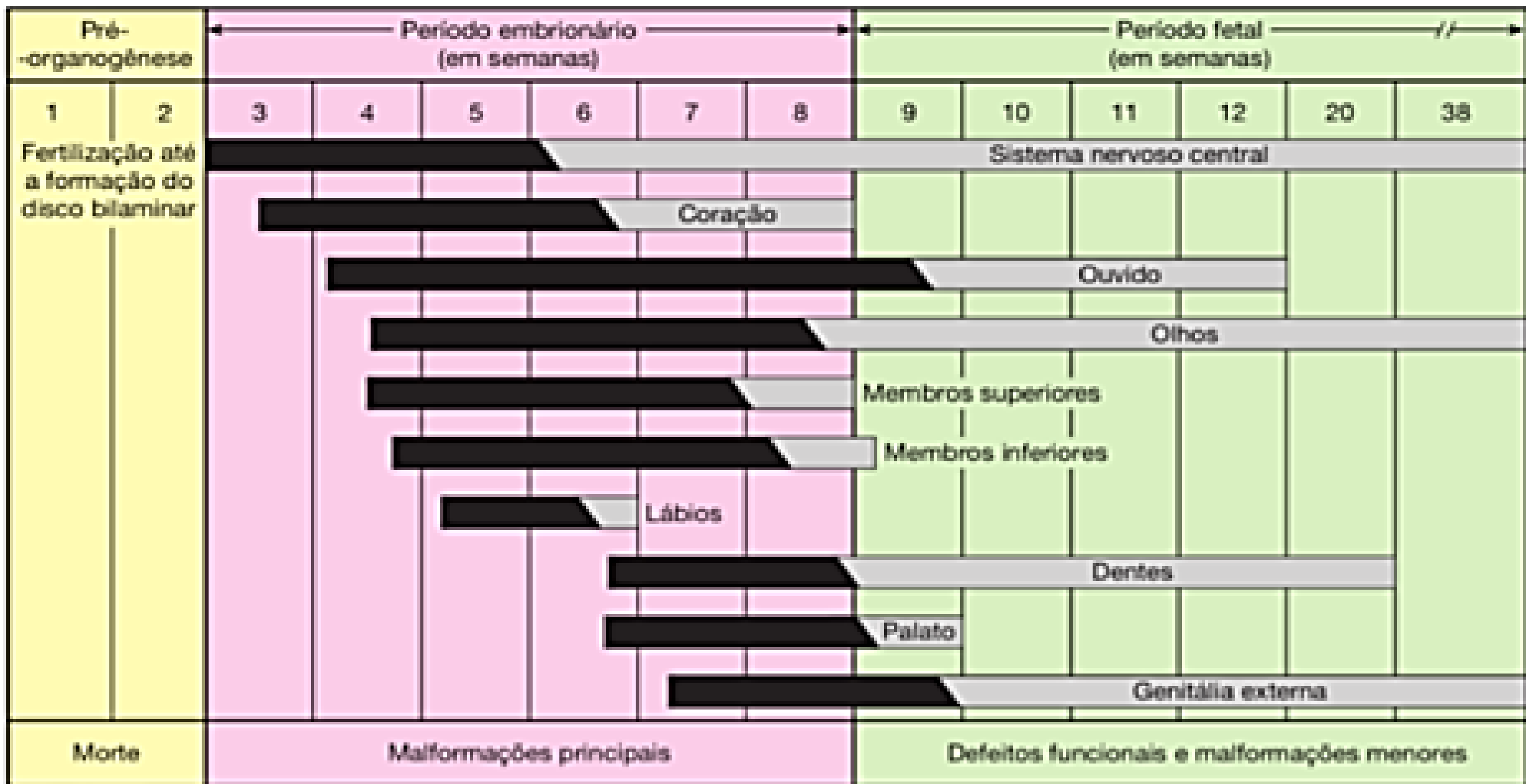
Quando a gestante é infectada por um dos agentes relacionados à STORCH+Z poderá ocorrer transmissão para o feto com a possibilidade de:

Aborto espontâneo

Óbito fetal

Anomalias congênitas, principalmente alterações do SNC e no Ap. VISUAL





O cérebro fica suscetível a complicações durante toda a gestação



TOXOPLASMOSE

**TRANSMISSÃO
VERTICAL**



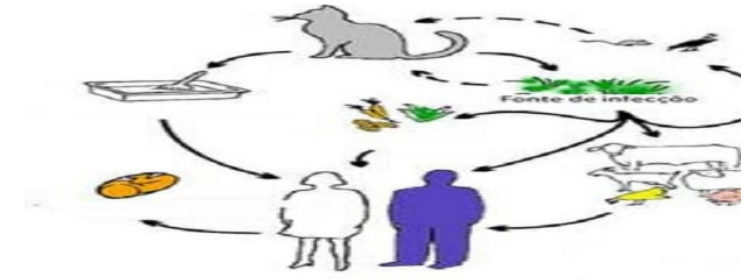


Toxoplasmosis

GESTACIONAL

| Toxoplasmose

AGENTE ETIOLÓGICO - *Toxoplasma gondii*



RESERVATÓRIO • DEFINITIVO: Gatos e outros felídeos
• INTERMEDIÁRIO: Aves, seres humanos e outros mamífero

MODO DE TRANSMISSÃO

- A) Pela ingestão de alimentos/água ou aspiração pela manipulação de terra contaminados com oocisto;
- B) Pela ingestão de carne crua e mal cozida infectada com cistos;
- C) Pela transmissão transplacentária de taquizoítos, da gestante para feto.

Com bases em estudos sorológicos:

A infecção latente no Brasil em adulto varia de 50% a 90% .

A maior importância da Toxoplasmose como problema de saúde pública decorre de infecções em:

Pacientes imunocomprometidos



Gestantes



ADAPTAÇÕES DO SISTEMA IMUNOLÓGICO

- A gestação tem sido associada à supressão da função imunológica (humoral e celular), devido à necessidade do organismo materno acomodar um "corpo estranho".

IMUNOSSUPRESSÃO DA GESTANTE

Metade do embrião/feto provém do pai = *corpo estranho* (?)

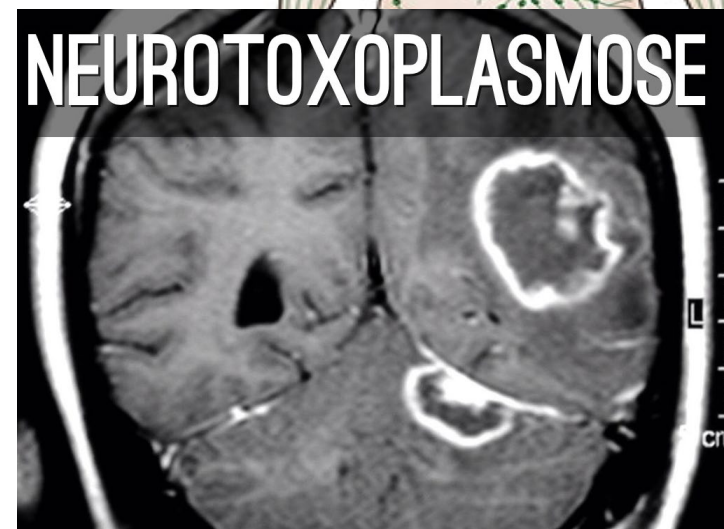
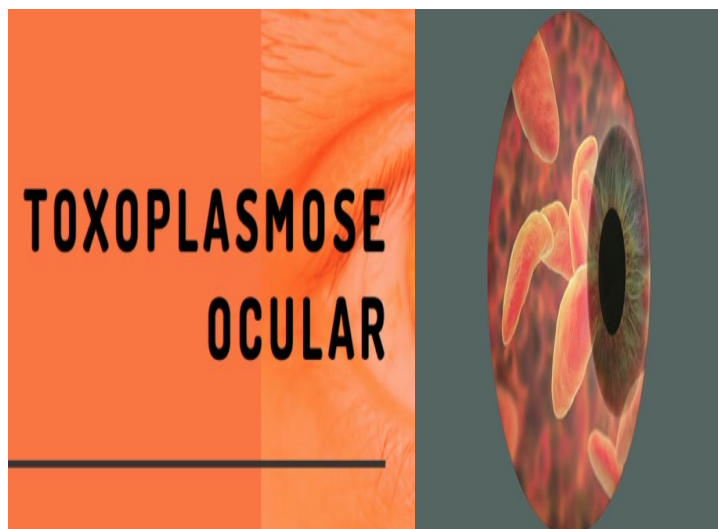
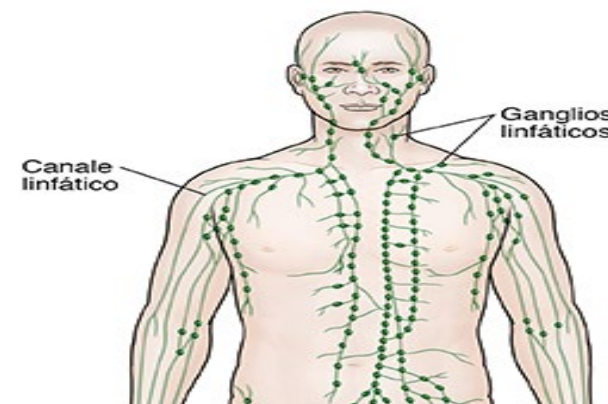
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A toxoplasmose adquirida é uma infecção muito comum, mas de manifestação clínica rara.

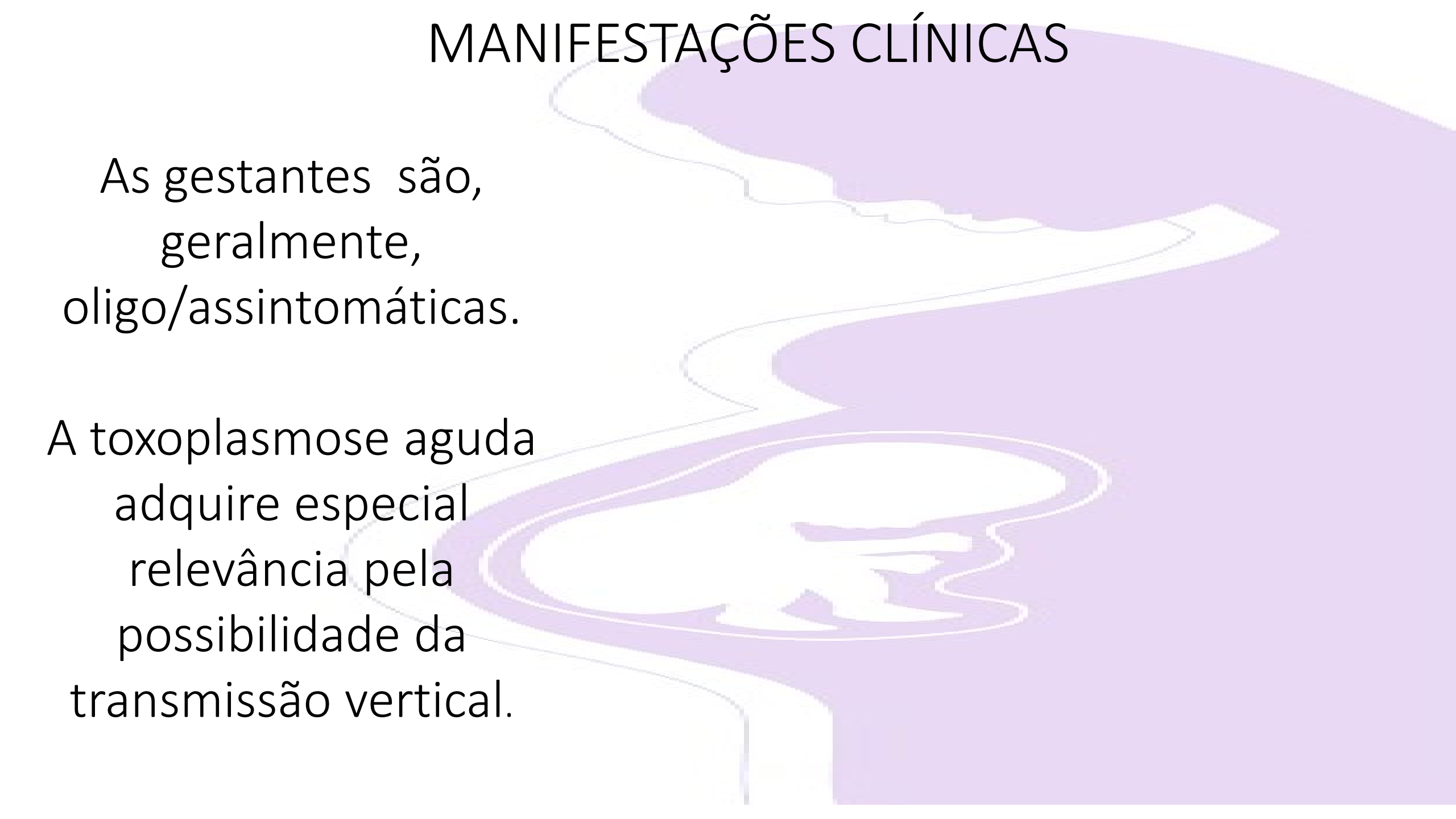
Manifestação mais frequentes da fase aguda são:

Toxoplasmose Linfoglandular Aguda:

Linfadenopatia podendo ser acompanhado por febre, Hepatomegalia, adinamia ...



MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

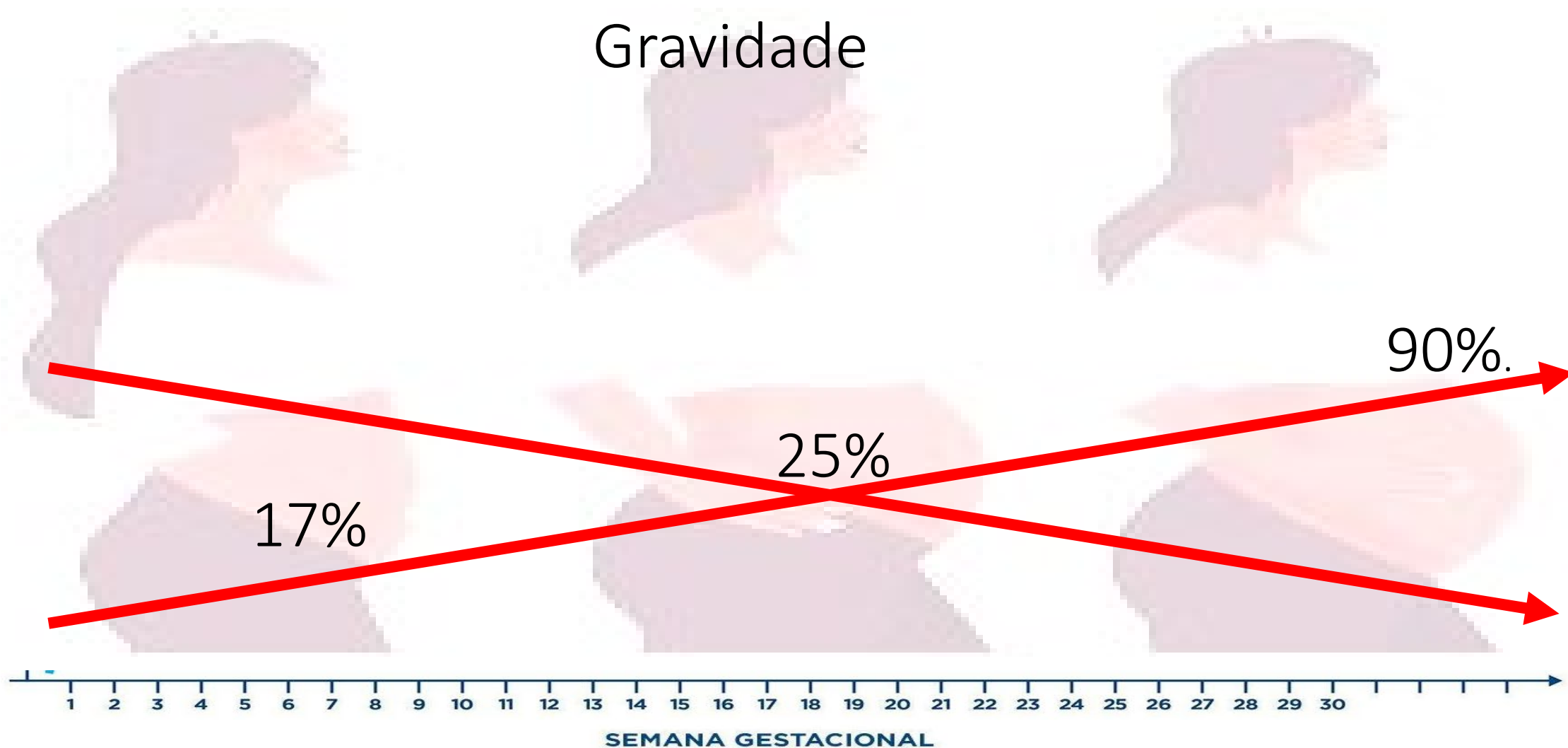
A stylized, light purple graphic on the right side of the slide. It depicts a woman's profile facing right, with a fetus inside her womb, also facing right. The shapes are simplified and layered, creating a sense of depth.

As gestantes são,
geralmente,
oligo/assintomáticas.

A toxoplasmose aguda
adquire especial
relevância pela
possibilidade da
transmissão vertical.

Taxa de transmissão vertical

Gravidade



MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Entre as consequências estão descritas:

Morte fetal

Prematuridade

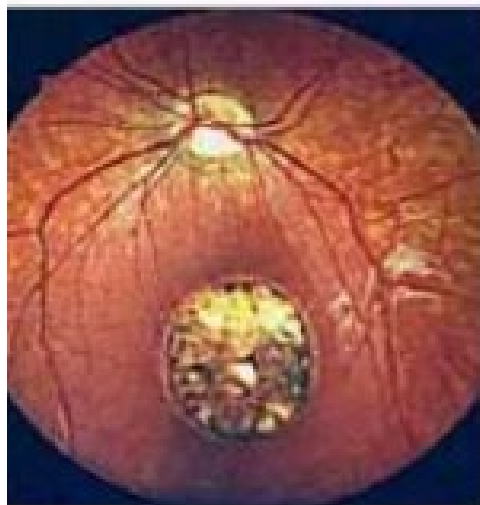
Manifestações clínicas :

- Miocardite
- Pneumonia
- Hepatite
- Purpura
- Coriorretinite

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

- ✓ Hidrocefalia;
- ✓ Microcefalia;
- ✓ Retardo mental;
- ✓ Hepatoesplenomegalia
- ✓ Cegueira;
- ✓ Surdez;
- ✓ Convulsões.

As sequelas mais frequentes são:



DIAGNÓSTICO:

Diagnóstico de toxoplasmose → infecção Aguda/Crônica.

- Situação Epidemiológica.

- Manifestações clínicas.

- Estudos sorológicos :

 - ✓ ELISA , Imunofluorescência indireta - IgM , IgG e IgA

 - ✓ Teste de Avidéz de IgG

- Biologia Molecular: RT-PCR



Comportamento das imunoglobulinas para diagnóstico da toxoplasmose adquirida na gestação

IgM: Positiva 5 a 14 dias após a infecção.

Em geral, não está presente na fase crônica, mas pode ser detectada com títulos baixos (IgM residual).

Não deve ser usada como único marcador de infecção aguda.

IgG: Aparece entre 7 e 14 dias.

Seu pico máximo 02 meses após a infecção.

Em geral permanece pelo resto da vida em títulos baixos.

IgA: Positiva após 14 dias da infecção.

Detectável em cerca de 80% dos casos de toxoplasmose e permanece reagente entre 3 e 6 meses, apoiando o diagnóstico da infecção aguda.

Diagnóstico sorológico da Toxoplasmose



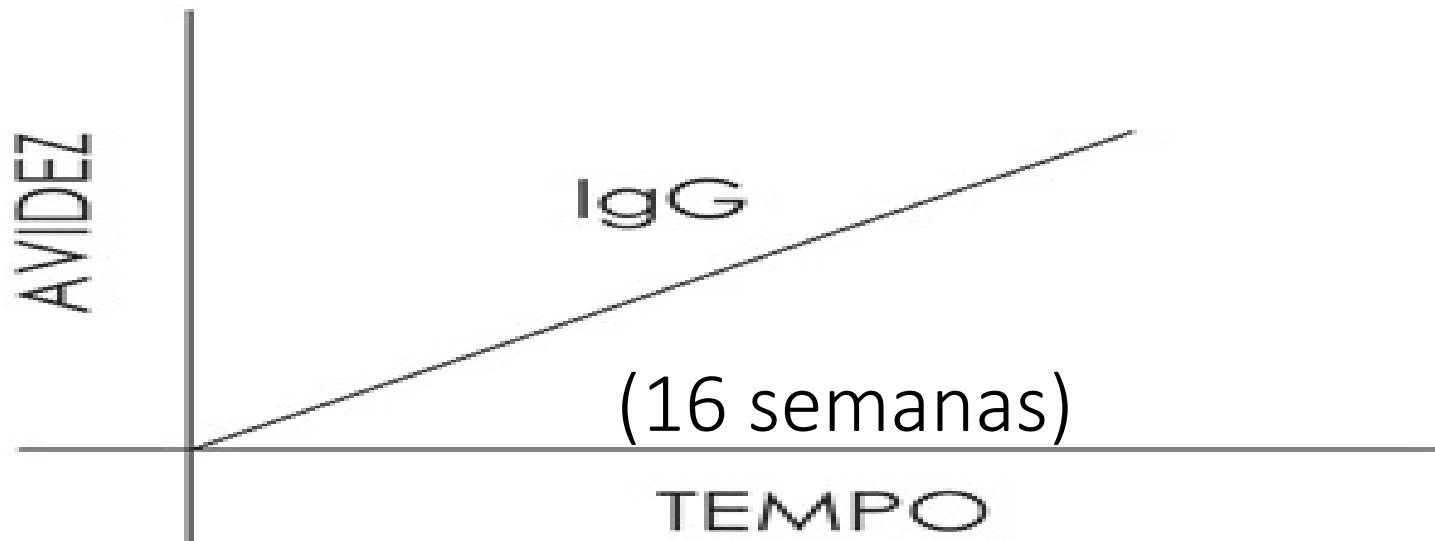
NOTA TÉCNICA Nº 14/2020-COSMU/CGCIV/DAPE/SAPS/MS
OFÍCIO Nº 43/2020/CGZV/DEIDT/SVS/MS

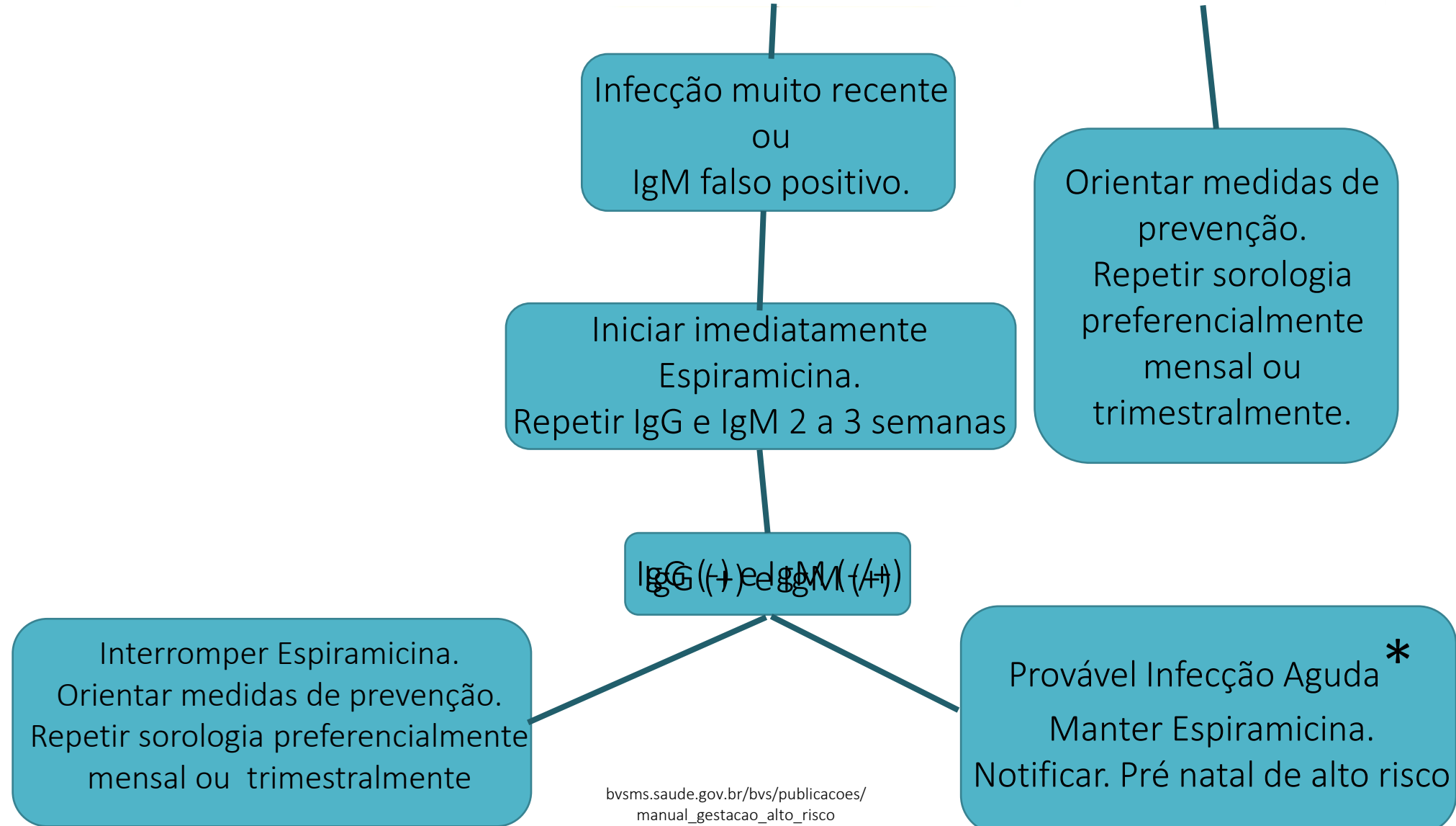
AVIDEZ IgG

MARCADOR TEMPORAL

RECENTES - BAIXA AVIDEZ

ANTIGAS - ALTA AVIDEZ





DEPOIS DE 16 SEMANAS

Solicitar IgG e IgM

IgG (+) e IgM (-)

Infecção Prévia à gestação.
Orientações.

Possibilidade de Infecção
durante à gestação *

Iniciar Imediatamente Espiramicina.
Notificar
Encaminhar Alto Risco

Iniciar imediatamente
Espiramicina.
Repetir IgG e IgM 2 a 3 semanas

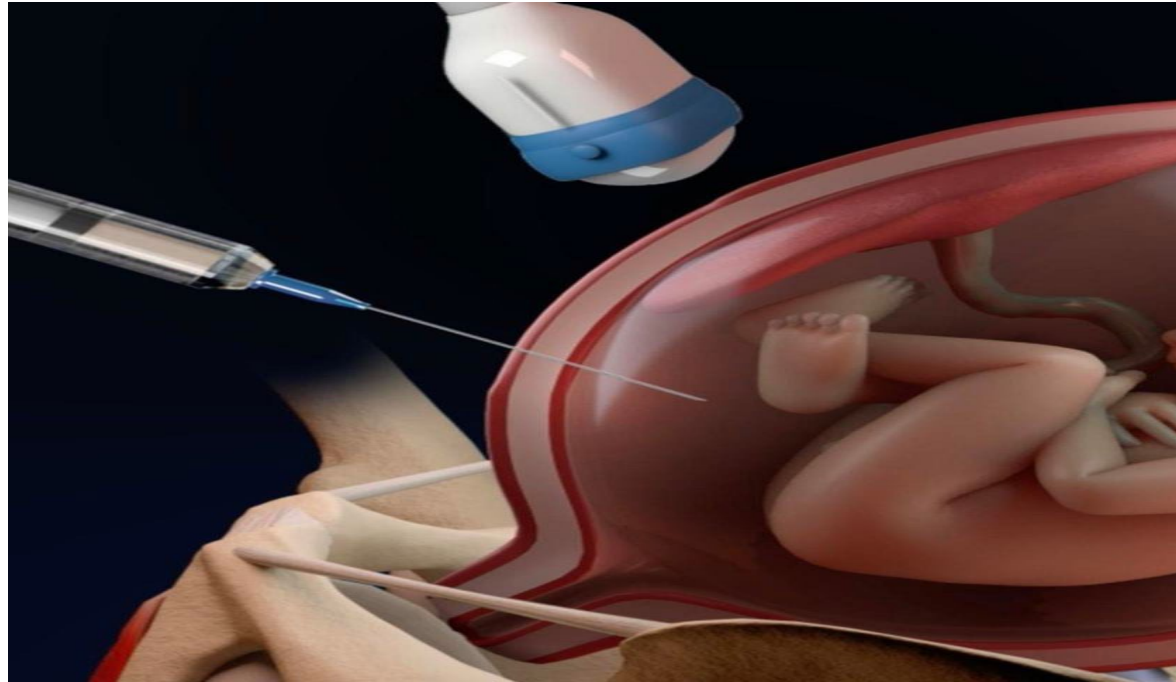
Orientar medidas de
prevenção.
Repetir sorologia
preferencialmente
mensal ou
trimestralmente.

IgG (-) e IgM (-/+)

Interromper Espiramicina.
Orientar medidas de prevenção.
Repetir sorologia preferencialmente
mensal ou trimestralmente

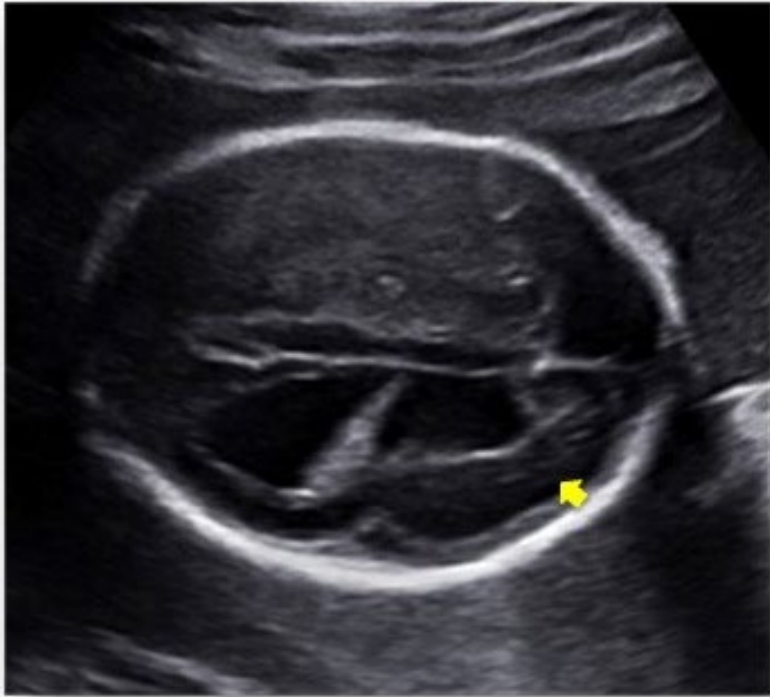
Provável Infecção Aguda *
Manter Espiramicina.
Notificar. Pré natal de alto risco

Realização da amniocentese entre a 18ª e a 32ª semana – RT-PCR



Padrão-ouro para o diagnóstico fetal.
A sensibilidade/especificidade - 92% e 100%

Hidrocefalia



Calcificações intracranianas



Está indicada:

- Soroconversão maternal
- Sinais Ultrassonográficos de infecção fetal :
 - Microcefalia
 - Hidrocefalia
 - Calcificações cerebrais
 - Catarata
 - Hepatomegalia
 - Restrição de crescimento intrauterino
 - Espessamentos placentários.



*POSSIBILIDADE DE INFECÇÃO AGUDA



OBSERVAÇÃO:

Solicitar:

- Amniocentese a partir de 18 semanas gestacionais
- US obstétrico mensal

OBS: 01- A amniocentese, no momento, não é realizada pela Rede Pública em Alagoas, portanto **deve-se** tratar as gestantes com IgM reagente, como prováveis infectadas pelo toxoplasma gondii.

NOTA TÉCNICA Nº 04/SUMCA/GAEST/SUAS/SESAU

Março/2023

ASSUNTO: TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

Adaptado: NOTA TÉCNICA Nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

*POSSIBILIDADE DE INFECÇÃO AGUDA



★OBSERVAÇÃO:

Solicitar:

- Amniocentese a partir de 18 semanas gestacionais
- US obstétrico mensal

Exames **não disponíveis ou evidência de infecção** fetal:

- Alterar esquema para sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico e manter até o parto
- Investigar o RN

Adaptado: NOTA TÉCNICA N° 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

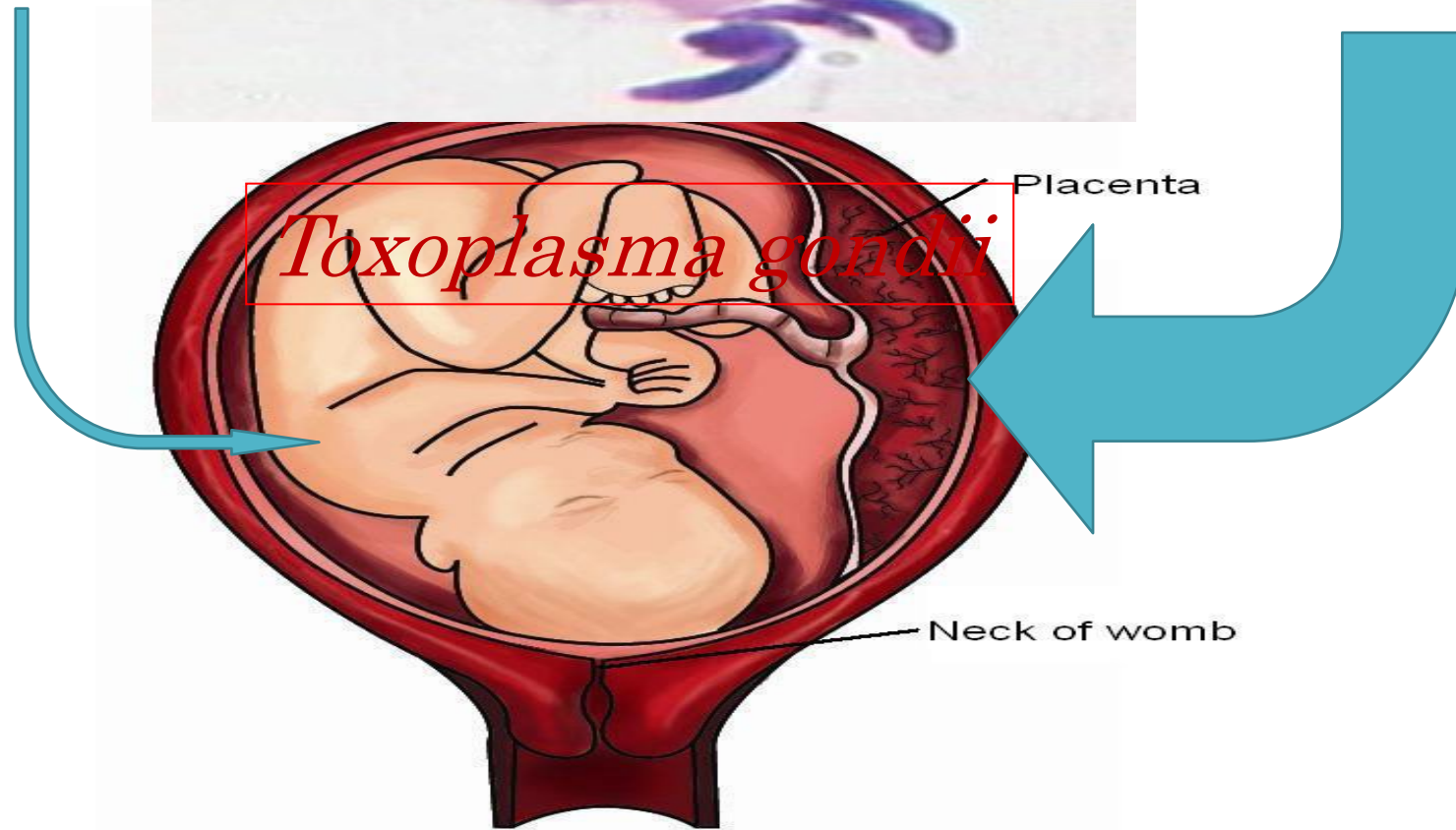
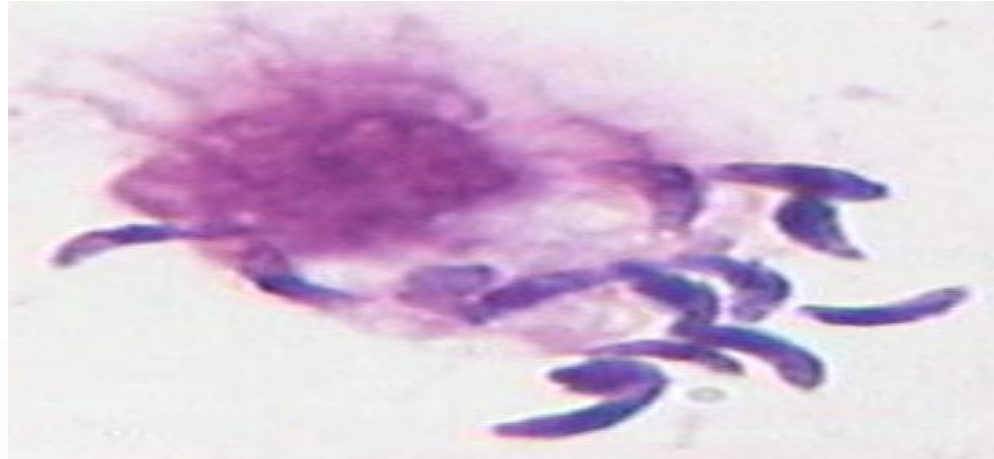
PROFILAXIA E TRATAMENTO

Toda gestante em investigação de infecção aguda deve iniciar o tratamento profilático com a Espiramicina.

Caso a suspeição de quadro agudo não seja confirmada - suspender o tratamento.

Posologia: Espiramicina 01 grama 8/8 horas.

ESPIRAMICINA



Confirmação de infecção fetal (amniocentese/RT-PCR e ou alterações sugestivas na USG obstétrica)

Adoção do esquema tríplice:

Sulfadiazina, Pirimetamina e Ác. Folínico.

O esquema tríplice - após a 16ª semana.

Até lá, mesmo o acometimento fetal - Espiramicina.

Forte suspeição de doença aguda na gestante com mais de 32 semanas, o esquema tríplice deve ser iniciado - Métodos invasivos de diagnóstico fetal não estão mais indicados.

- Alto risco de transmissão vertical.

POSOLOGIA:

Sulfadiazina 500 mg – 02 comps 8/8 horas

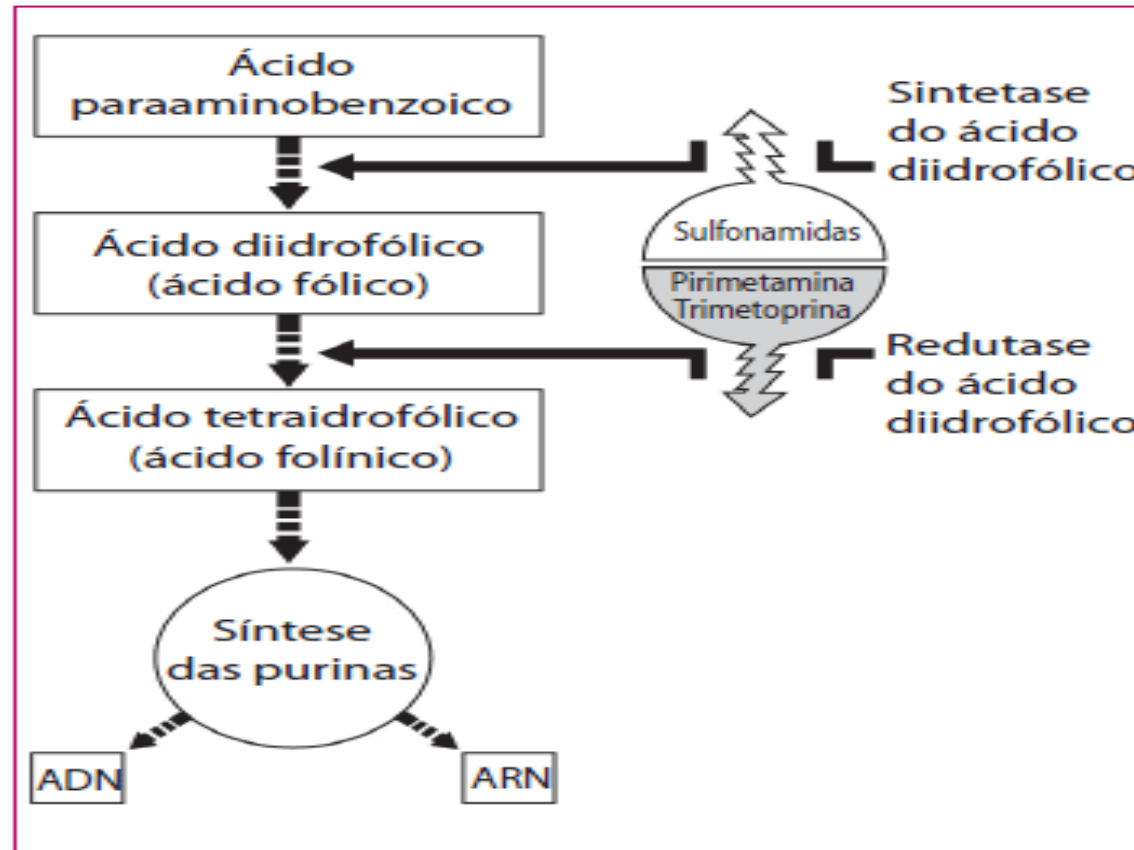
Pirimetamina 25 mg – 02 comps dia

Ácido Folínico 15 mg – 01 comp dia

O esquema deve ser mantido até final da gestação.

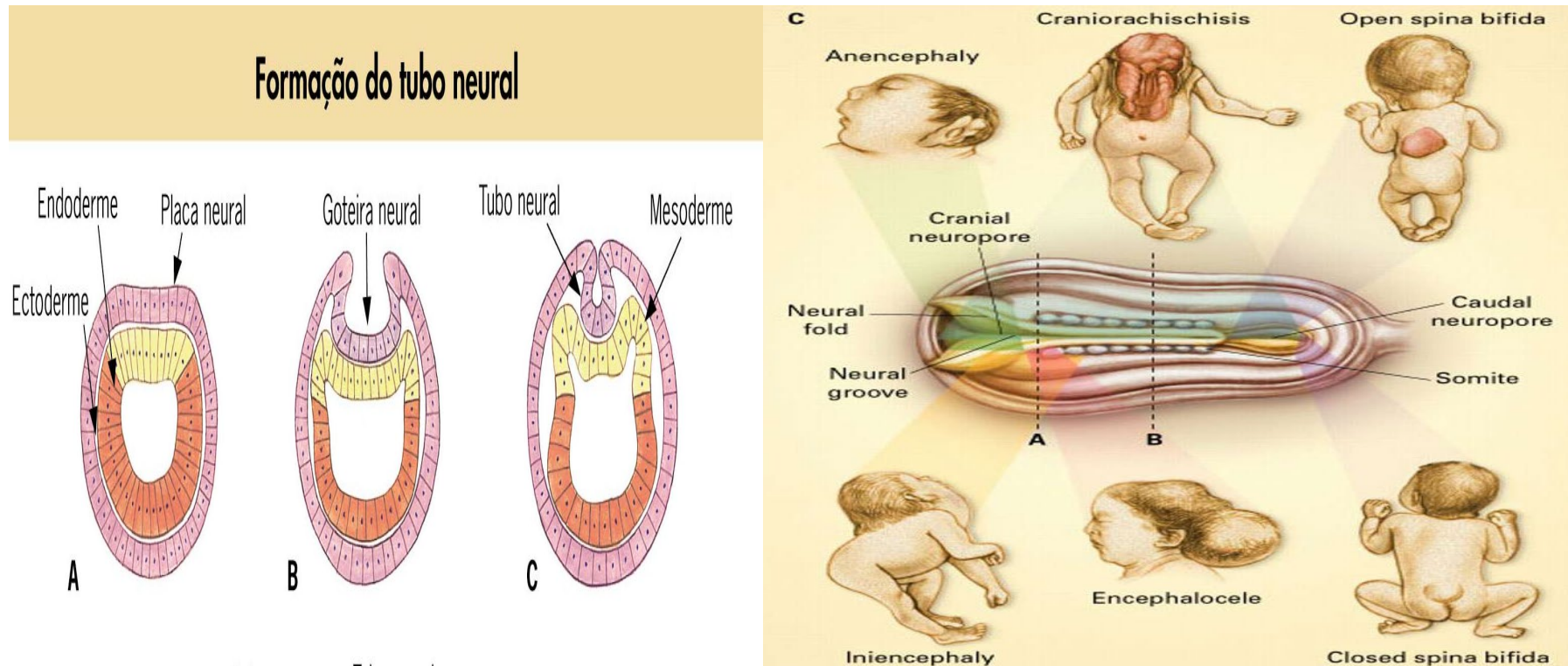
Realizar hemograma, função renal e hepática quinzenal devido à toxicidade dessas medicações. Se necessário, suspender e retomar o uso de Espiramicina.

INIBIDORES DA SÍNTESE DE FOLATOS E SUA REDUÇÃO



CONTRA-INDICAÇÕES

- INICIO DA GRAVIDEZ



CONTRA-INDICAÇÕES

- NO FINAL DA GRAVIDEZ

Bilirrubina

Albumina



Sífilis e gravidez

Conceito

- Infecção sistêmica, privativa do ser humano.
- Evolução crônica.
- Surtos de agudização e períodos de latência.
- Alta infectividade – Notadamente nos estágios iniciais.
- Transmissão preponderantemente sexual —————> Vertical
 - PLACENTA
 - PARTO

SÍFILIS

Treponema pallidum



SÍFILIS - EVOLUÇÃO CLÍNICA

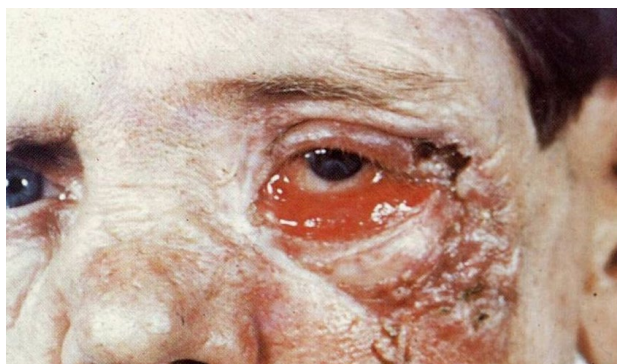
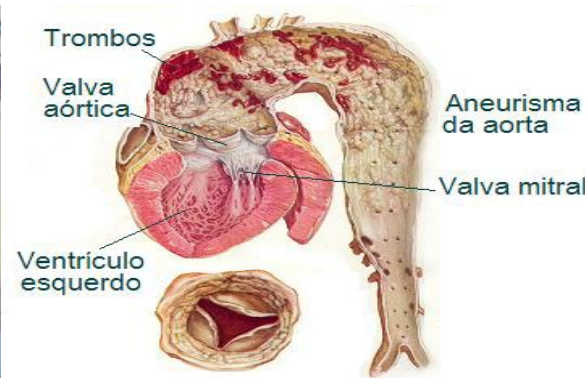
Sífilis Primária

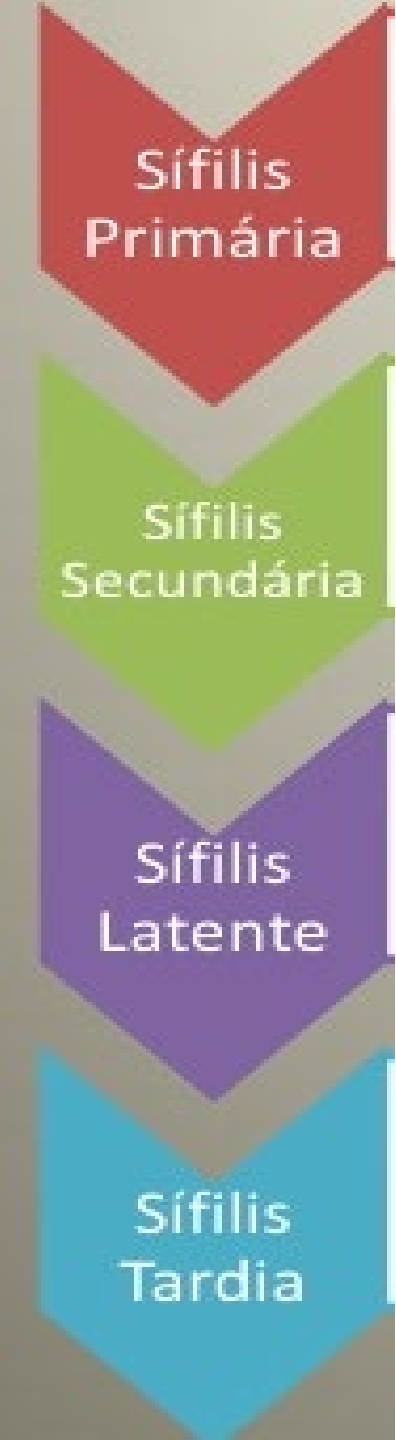
Sífilis Secundária

Sífilis Latente

Sífilis Tardia

Lesões de 1º e 2º grau, 10-15%
 Lesões de 3º e 4º grau, 10-15%
 Lesões de 5º e 6º grau, 10-15%
 Lesões de 7º e 8º grau, 10-15%
 Lesões de 9º e 10º grau, 10-15%
 Lesões de 11º e 12º grau, 10-15%
 Lesões de 13º e 14º grau, 10-15%
 Lesões de 15º e 16º grau, 10-15%
 Lesões de 17º e 18º grau, 10-15%
 Lesões de 19º e 20º grau, 10-15%
 Lesões de 21º e 22º grau, 10-15%
 Lesões de 23º e 24º grau, 10-15%
 Lesões de 25º e 26º grau, 10-15%
 Lesões de 27º e 28º grau, 10-15%
 Lesões de 29º e 30º grau, 10-15%
 Lesões de 31º e 32º grau, 10-15%
 Lesões de 33º e 34º grau, 10-15%
 Lesões de 35º e 36º grau, 10-15%
 Lesões de 37º e 38º grau, 10-15%
 Lesões de 39º e 40º grau, 10-15%
 Lesões de 41º e 42º grau, 10-15%
 Lesões de 43º e 44º grau, 10-15%
 Lesões de 45º e 46º grau, 10-15%
 Lesões de 47º e 48º grau, 10-15%
 Lesões de 49º e 50º grau, 10-15%
 Lesões de 51º e 52º grau, 10-15%
 Lesões de 53º e 54º grau, 10-15%
 Lesões de 55º e 56º grau, 10-15%
 Lesões de 57º e 58º grau, 10-15%
 Lesões de 59º e 60º grau, 10-15%
 Lesões de 61º e 62º grau, 10-15%
 Lesões de 63º e 64º grau, 10-15%
 Lesões de 65º e 66º grau, 10-15%
 Lesões de 67º e 68º grau, 10-15%
 Lesões de 69º e 70º grau, 10-15%
 Lesões de 71º e 72º grau, 10-15%
 Lesões de 73º e 74º grau, 10-15%
 Lesões de 75º e 76º grau, 10-15%
 Lesões de 77º e 78º grau, 10-15%
 Lesões de 79º e 80º grau, 10-15%
 Lesões de 81º e 82º grau, 10-15%
 Lesões de 83º e 84º grau, 10-15%
 Lesões de 85º e 86º grau, 10-15%
 Lesões de 87º e 88º grau, 10-15%
 Lesões de 89º e 90º grau, 10-15%
 Lesões de 91º e 92º grau, 10-15%
 Lesões de 93º e 94º grau, 10-15%
 Lesões de 95º e 96º grau, 10-15%
 Lesões de 97º e 98º grau, 10-15%
 Lesões de 99º e 100º grau, 10-15%





Sífilis
Primária

Sífilis
Secundária

Sífilis
Latente

Sífilis
Tardia

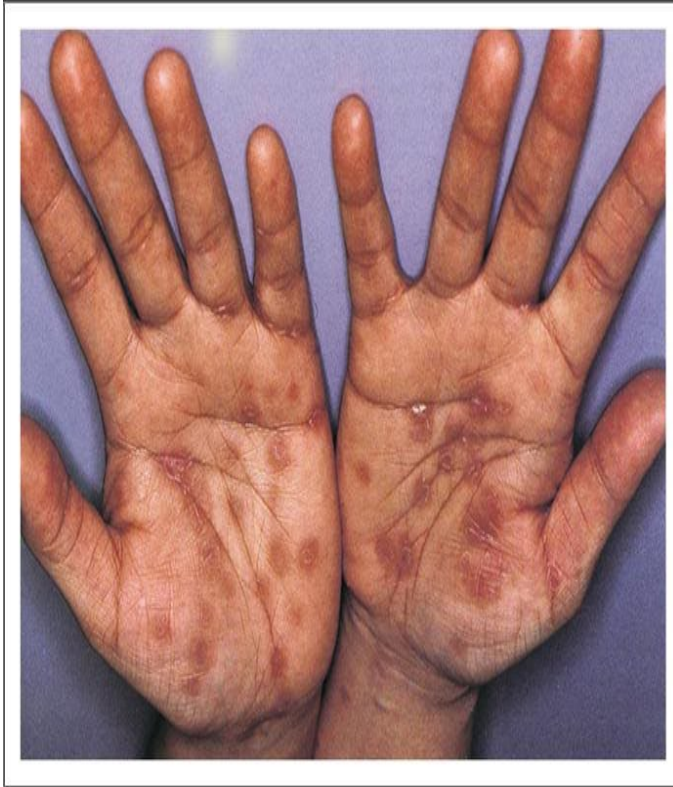
SÍFILIS - EVOLUÇÃO CLÍNICA

Sífilis
Primária

Sífilis
Secundária

Sífilis
Latente

Sífilis
Tardia



SÍFILIS



FEBRE MACULOSA BRASILEIRA



MONKEYPOX

Toda pessoa com quadro de erupção cutânea sem causa determinada deve ser investigada com testes para sífilis

Sífilis
Primária

Sífilis
Secundária

Sífilis
Latente

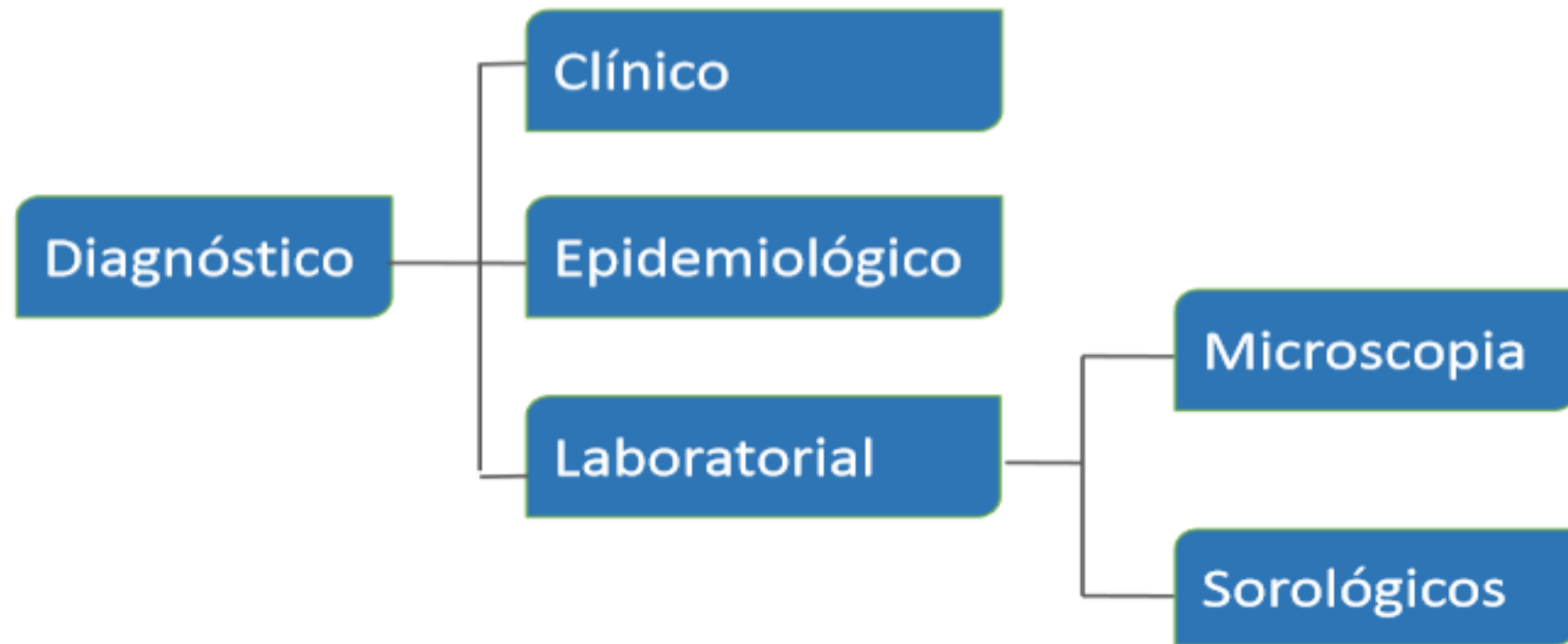
Sífilis
Tardia

SÍFILIS RECENTE < 1 ANO

SÍFILIS TARDIA > 1 ANO



Diagnóstico da Doença



SOROLOGIA

TESTES TREPONÊMICOS

- ✓ FTA – Abs
- ✓ MHA-TP
- ✓ ELISA
- ✓ Western-blot
- ✓ **TESTE RÁPIDO**

- São os primeiros a se tornarem reagentes.
- Continuam reagentes após tratamento.
- Alta especificidade
- Qualitativo
- Sensibilidade: 84%; 100%; 96%
- Execução simplificada
- Permite ampliação do acesso ao diagnóstico





SOROLOGIA

✓TESTE RÁPIDO



- Teste de triagem
- Em caso positivo, realizar nova coleta para outros exames laboratoriais
- Em situação especial - Diagnóstico.

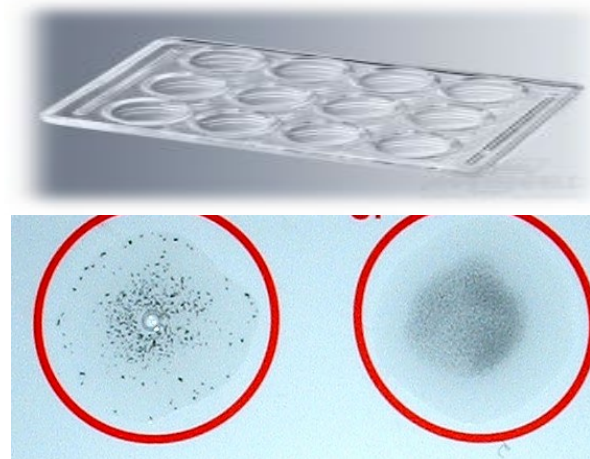


- ✓ Localidades e serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial e/ou regiões de difícil acesso;
- ✓ Populações-chave (pessoas que apresentam risco acrescido à IST): pessoa privada de liberdade, profissionais do sexo;
- ✓ Populações flutuantes, ribeirinha ou indígena;
- ✓ Pessoas vivendo com HIV/aids e hepatites virais;
- ✓ Vítima de Violência Sexual
- ✓ Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;

SOROLOGIA

TESTES NÃO TREPONÊMICOS

- ✓ VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)
- ✓ RPR (Rapid Plasm Reagin)



- Baseados na pesquisa de anticorpos anticardiolipinas
- Dosagens qualitativas e quantitativas – seguimento terapêutico
- Ponto de corte – 1/16
- **Não é específico**

Teste	Sensibilidade (%) de acordo com o estágio da sífilis			
	Primária	Secundária	Latente	Terciária
VDRL	78 (74-87) ^a	100	95 (88-100)	71 (37-97)

Resultados falso-positivos

Testes não treponêmicos

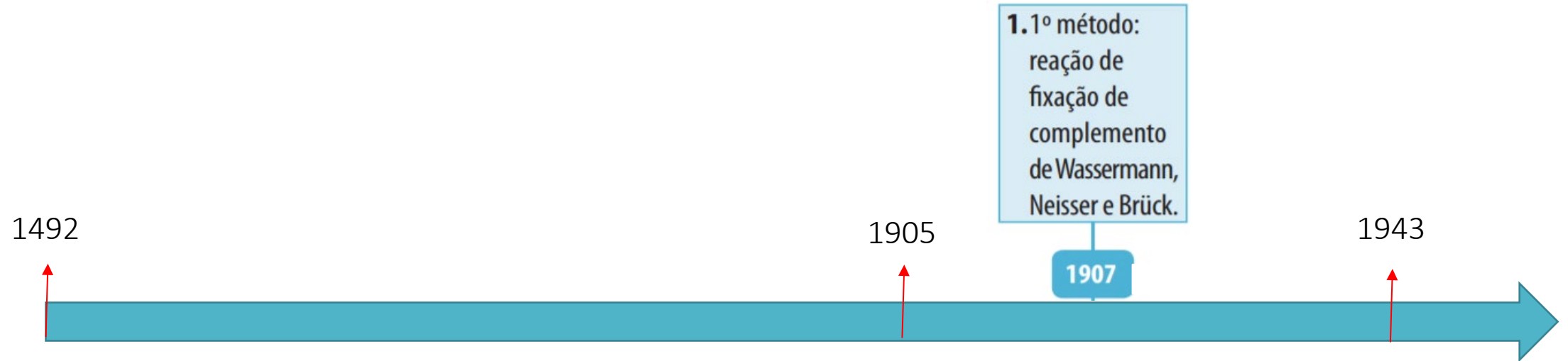
Situações que podem gerar resultados falso-positivos transitórios

- Algumas infecções;
- Após vacinações;
- Após transfusões de hemoderivados;
- Gravidez;
- Em idosos.

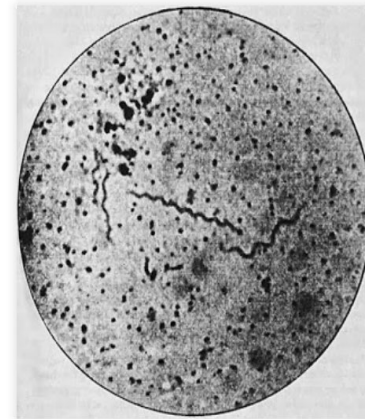
Situações que podem gerar resultados falso-positivos permanentes

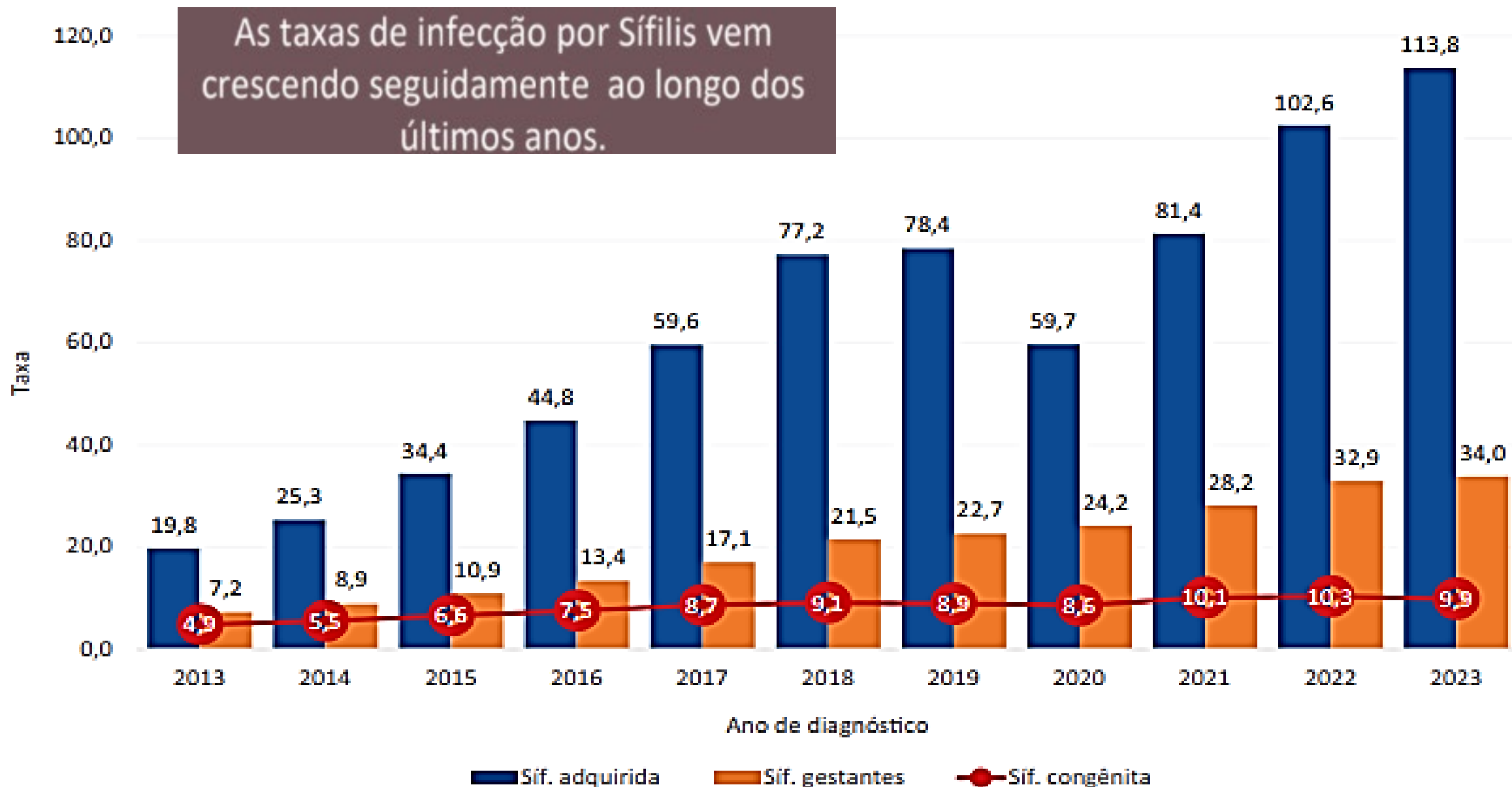
- Portadores de lúpus eritematoso sistêmico;
- Síndrome antifosfolipídica e outras collagenoses;
- Hepatites virais crônica;
- Usuários de drogas ilícitas injetáveis;
- Hanseníase;

SÍFILIS



Schaudinn: enfim a descoberta do micróbio da sífilis







PROJETO SAÚDE PÚBLICA
MATERNIDADE

AIDS

Casos de sífilis aumentam na população adulta e em bebês no pós-pandemia

Saúde registrou 122 mil casos no primeiro semestre de 2022, incluindo em gestantes e sífilis congênita

F



20.ago.2023 às 9h15

Cresce o número de adolescentes que não usam camisinha

Hábito fez aumentar os casos de aids e sífilis entre os jovens brasileiros

Por **Giulia Vidale**



Novos velhos tempos: não é um retrocesso aos anos sem cuidado da era pré-aids, mas há um evidente desleixo (Roberto Setton/VEJA)

Sexo sem camisinha...

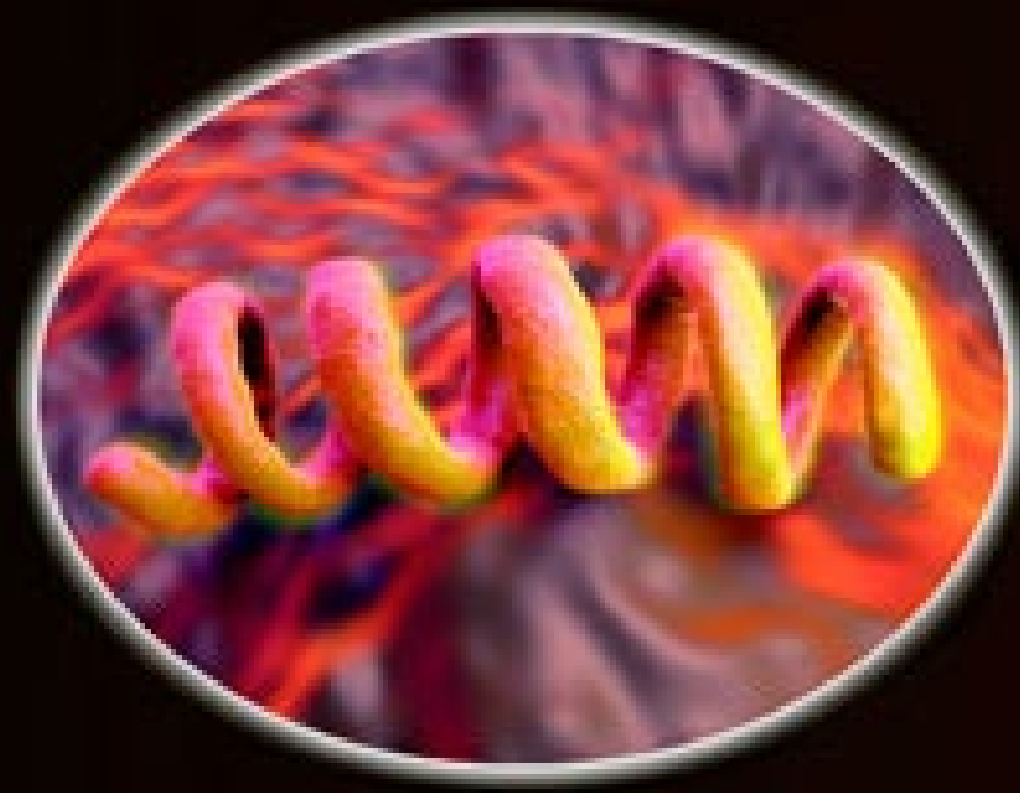
REDAÇÃO ÉPOCA

02/12/2019 - 12h47 - Atualizado 02/12/2019 13h10

o uso da "pílula do dia seguinte" do HIV aumentou em 186% .

...isso é besteira, a pílula
do dia seguinte salva! 🤔



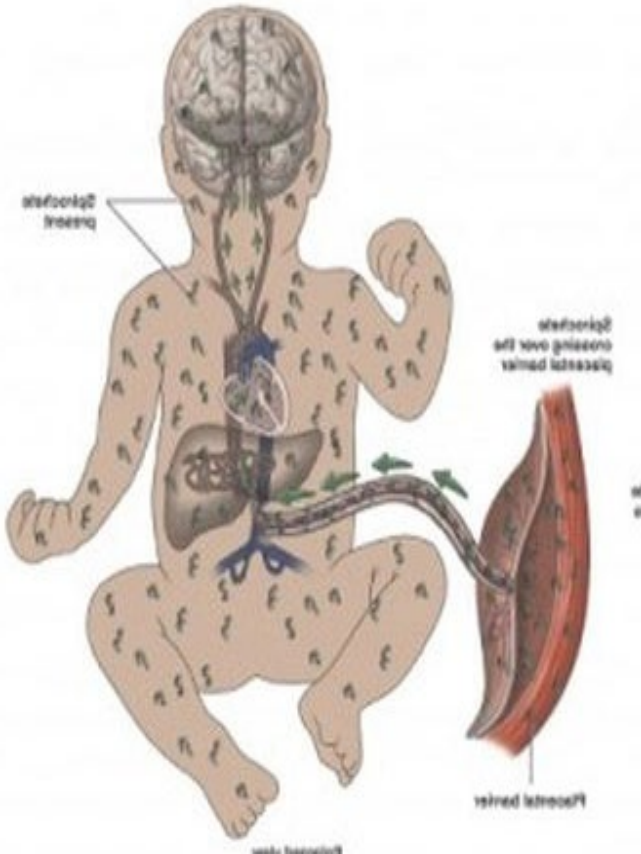


SÍFILIS
GESTACIONAL

➤ A sífilis pode ser transmitida da mãe para o filho em qualquer fase gestação.

100%

Sífilis Primária



90%

Sífilis Secundária

30%

Sífilis Tardia

Testagem da gestante

TR treponêmico

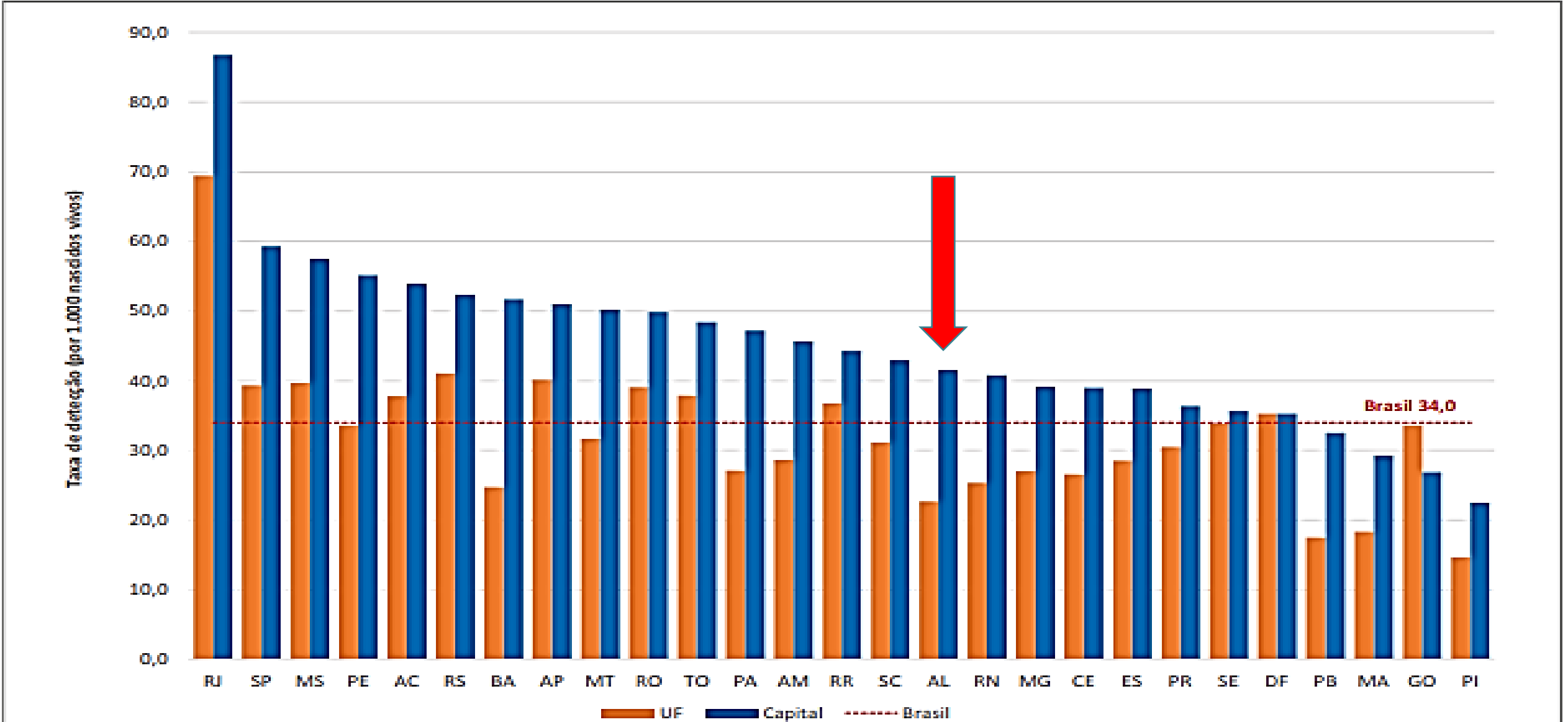
- 1ª consulta de pré-natal (idealmente no 1º trimestre);
- Início do 3º trimestre (a partir da 28ª semana);
- Parto ou em caso de aborto;
- Exposição de risco/violência sexual.

Testagem rápida e tratamento imediato da gestante



Em todos os casos de gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) segundo Unidade Federativa (UF) e capitais. Brasil, 2023

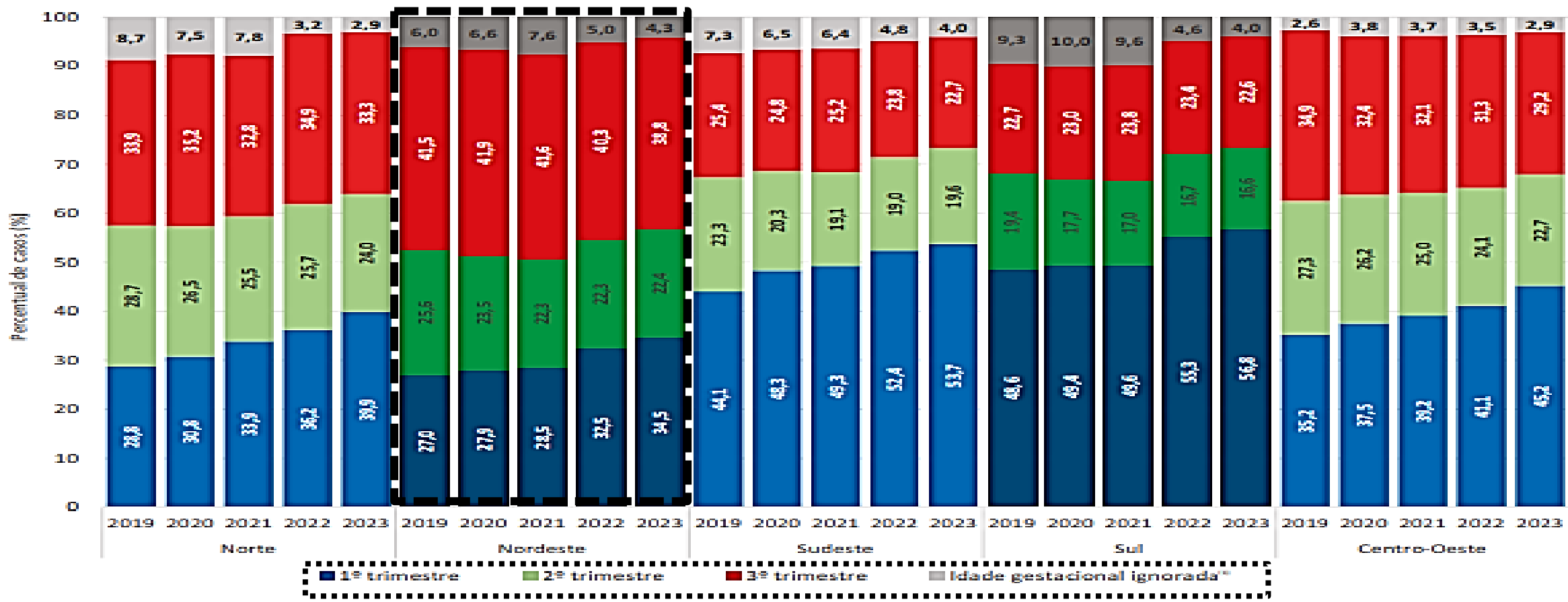


Fonte: Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (atualizado em 30/06/2024); Sinasc – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (dados extraídos em agosto de 2024).

A transmissão da sífilis da mãe para o bebê, durante a gravidez, é consequência:

- ✓ Sífilis materna não diagnosticada.

Distribuição percentual de gestantes segundo idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2019 a 2023



Fonte: Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (atualizado em 30/06/2024).
Nota: (1) Categoria preenchida quando não se consegue classificar a gestante em algum trimestre gestacional no momento do diagnóstico de sífilis.

A transmissão da sífilis da mãe para o bebê, durante a gravidez, é consequência:

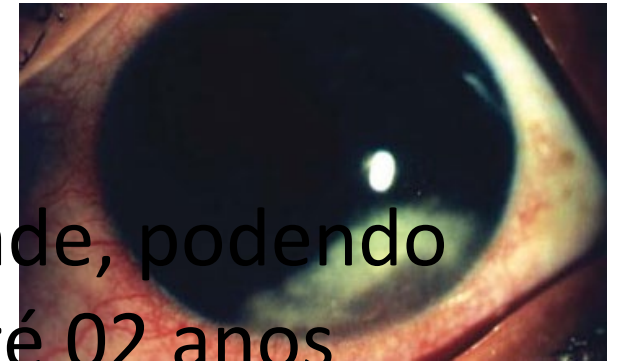
✓ Não tratada.



✓ Tratada inadequadamente.

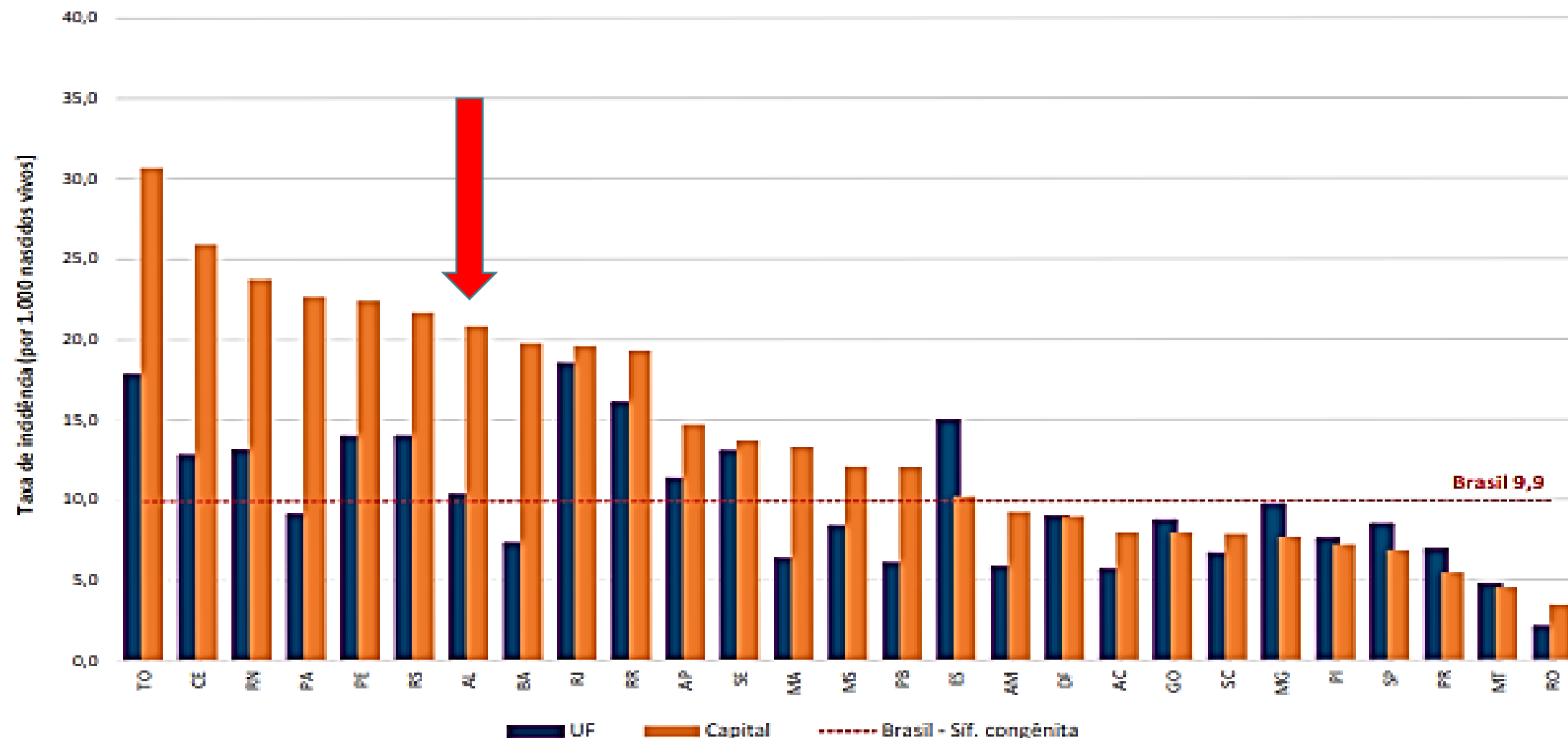


- A Sífilis na gestação pode resultar em diversos eventos adversos:
- ✓ aborto.
 - ✓ morte fetal.
 - ✓ baixo peso ao nascimento.
 - ✓ morte neonatal
 - ✓ Ou sífilis congênita



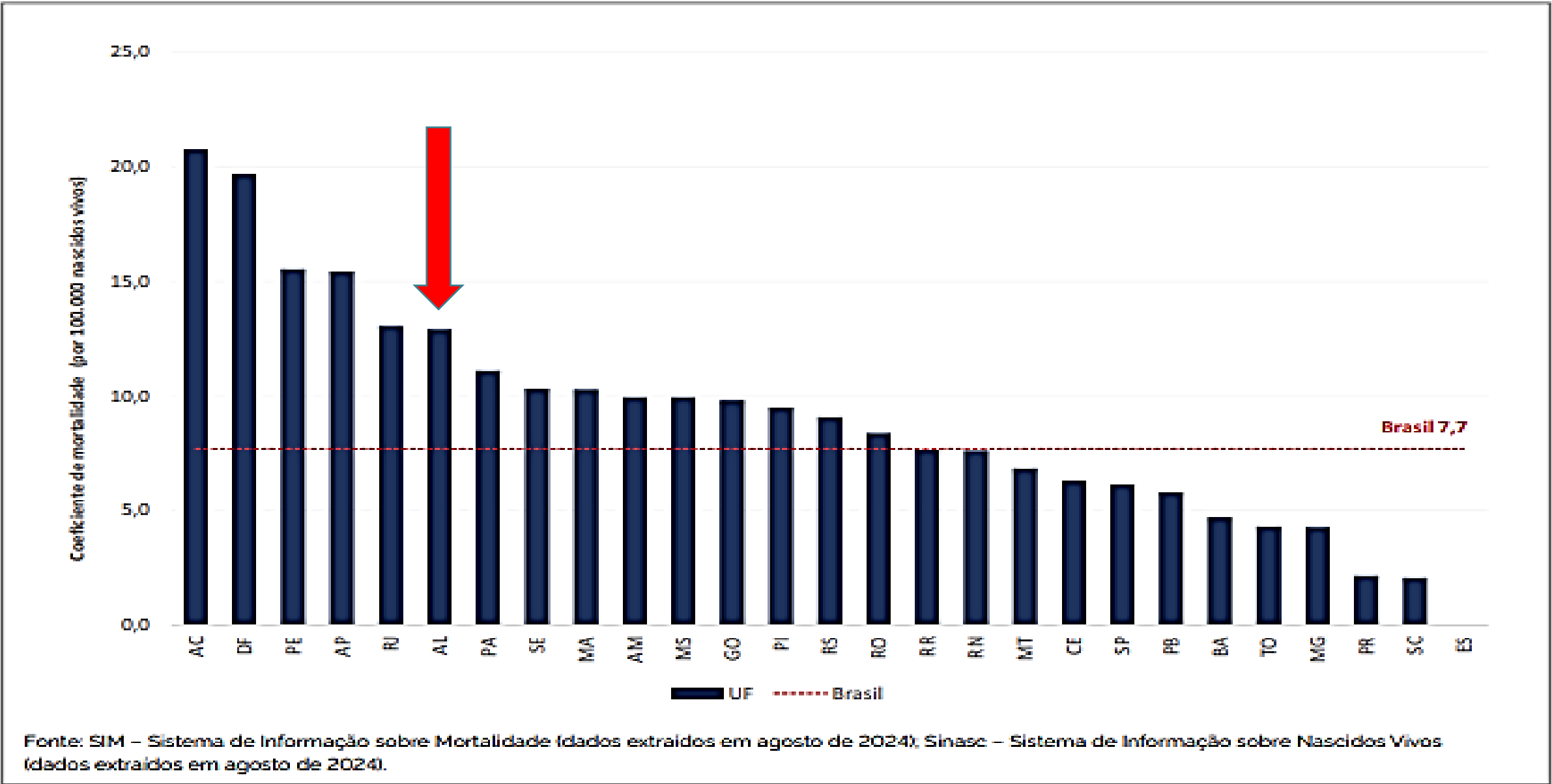
➤ A sífilis congênita apresenta elevada mortalidade, podendo chegar a 40% das crianças infectadas em até 02 anos

Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) segundo Unidade Federativa (UF) de residência e capitais. Brasil, 2023



Fonte: Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (atualizado em 30/06/2024); Sinasc – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (dados extraídos em agosto de 2024).

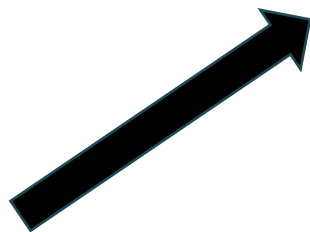
FIGURA 21 Coeficiente de mortalidade infantil específica por sífilis congênita (por 100.000 nascidos vivos) segundo Unidade Federativa (UF) de residência. Brasil, 2023



TRATAMENTO SÍFILIS



**DURAÇÃO
IGNORADA!!!**



SÍFILIS RECENTE

(primária, secundária
e latente recente)

Até um ano de **EVOLUÇÃO**

TRATAMENTO

Com benzilpenicilina benzatina
2,4 milhões UI, IM, dose única.

Sendo 1,2 milhão UI em cada glúteo

SÍFILIS TARDIA

(latente tardia e
terciária)

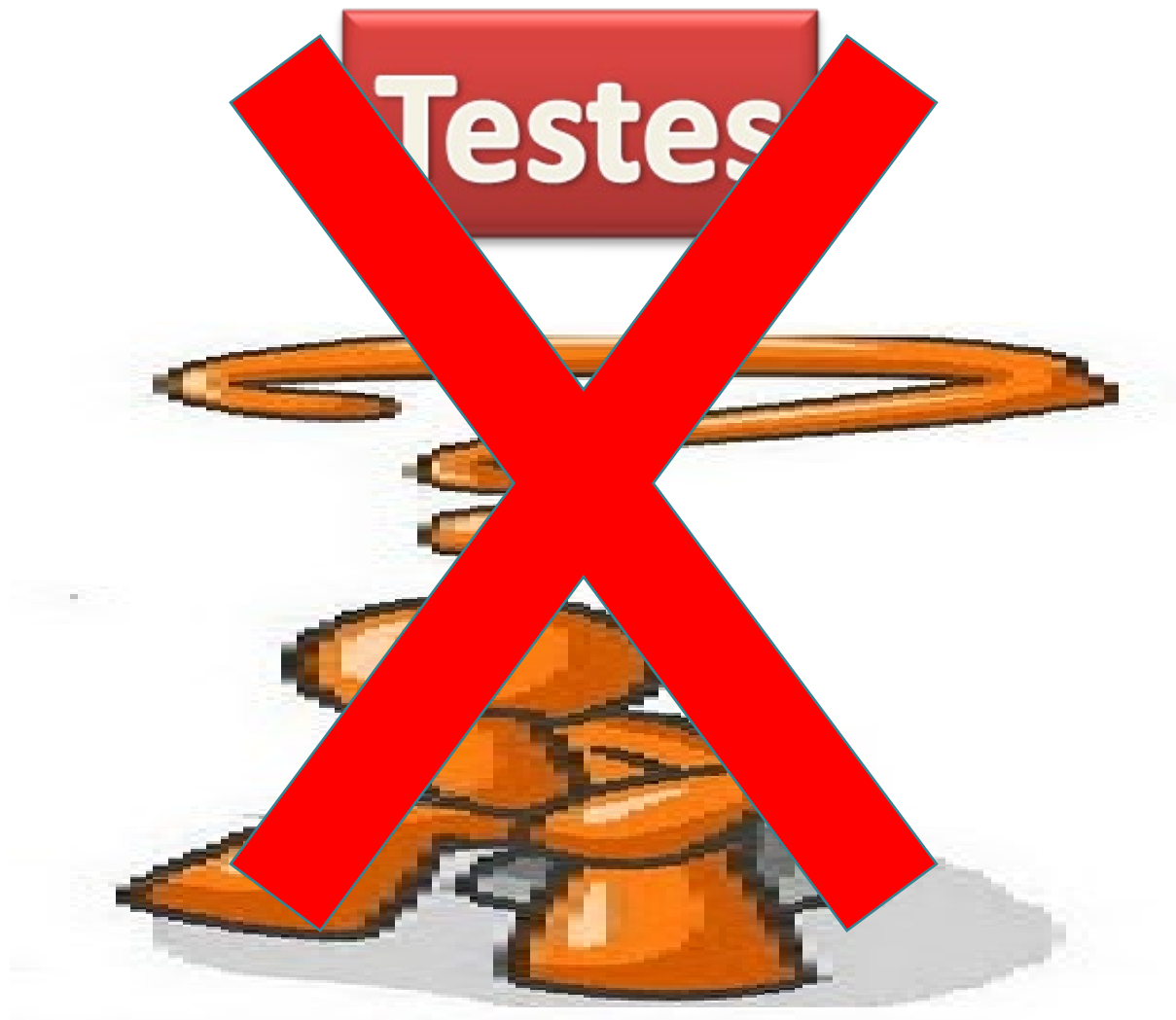
Mais de um ano de **EVOLUÇÃO**

TRATAMENTO

Mesma dosagem da anterior,
porém 1x/semana por 3 semanas



ALLERGIC TO PENICILLIN



Benzil penicilina e produtos de degradação “in vitro” do antibiótico.

(benzilpeniciloato, benzilpeniloato, ácido benzilpenicilóico etc.)

A administração de penicilina benzatina pode ser feita com segurança na Atenção Básica.

Penicilina benzatina
para prevenção da
Sífilis Congênita
durante a gravidez

Nº 150
Janeiro/2015



medicamento

RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO

7. RECOMENDAÇÃO DA CONITEC

Os membros da CONITEC, presentes na 32ª reunião ordinária, realizada nos dias 4 e 5 de fevereiro de 2015, decidiram, por unanimidade, recomendar a manutenção da penicilina benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez e o seu uso nas Unidades de Atenção Primária.

Sífilis adquirida

- Alternativas:
- -Doxiciclina 100mg, 12/12 hr
- -Tetraciclina 500 mg, 6/6 hr
- -Eritromicina 500 mg, 6/6 hr

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde

Prevenção e atenção das Infecções Sexualmente

Transmissíveis IST

Excerto do Manual de Bolso (sífilis)

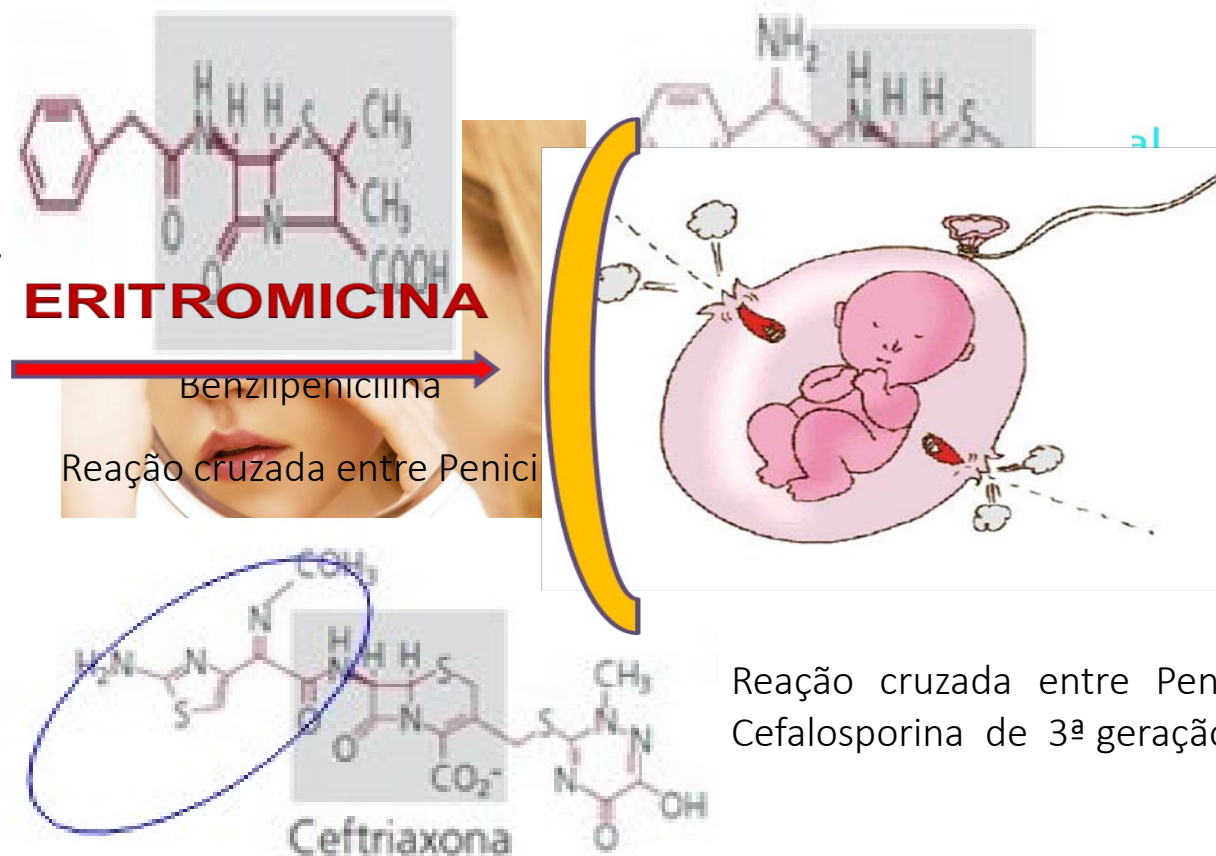


Sífilis Gestante

- Esterato de Eritromicina 500mg, 6/6 hr
15 dias sífilis recente
30 dias sífilis tardia.
- Ceftriaxona 1 g/dia por 10 a 14 dias.

Qualquer tratamento que não seja realizado com Penicilina é considerado inadequado.

O RN deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente, conforme PCDT.

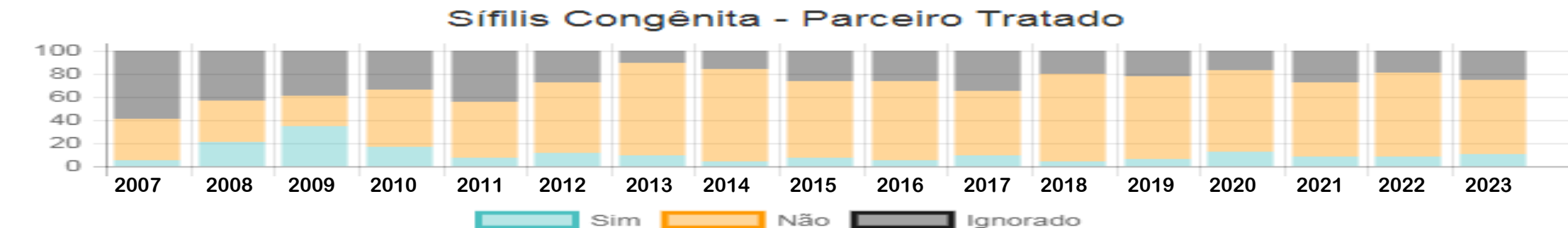


Dessensibilização rápida a medicamentos (DRM) - Penicilina

PLANO TERAPÊUTICO DESSENSIBILIZAÇÃO à PENICILINA			REQUISIÇÃO PARA DOSE 1ª VIA – PRONTUÁRIO	PÁG. 1/1
DATA:	ALERGIA:		Preencha os dados completos do(a) paciente OU cole aqui a etiqueta de identificação	
NOME:				
DATA DE NASCIMENTO:	NOME DA MÃE:			
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:		
PREPARO DA SOLUÇÃO DE PENICILINA V ORAL (10.000ui/mL): Penicilina V oral (80.000ui/mL): aspirar 1 mL da solução e diluir em 7 mL de água filtrada = Penicilina V oral (10.000ui/mL)				
PREPARO DA SOLUÇÃO DE PENICILINA V ORAL (1.000ui/mL): Penicilina V oral (10.000ui/mL): aspirar 1 mL da solução e diluir em 9 mL de água filtrada = Penicilina V oral (1.000ui/mL)				
PLANO TERAPÊUTICO			HORÁRIOS	
1. Penicilina V oral (1.000 Unidades Internacionais/mL) – 0,1 mL Via Oral.				
2. Penicilina V oral (1.000 Unidades Internacionais/mL) – 0,2 mL Via Oral, 15 minutos após Item 1				
3. Penicilina V oral (1.000 Unidades Internacionais/mL) – 0,4 mL Via Oral, 15 minutos após Item 2				
4. Penicilina V oral (1.000 Unidades Internacionais/mL) – 0,8 mL Via Oral, 15 minutos após Item 3				
5. Penicilina V oral (1.000 Unidades Internacionais/mL) – 1,6 mL Via Oral, 15 minutos após Item 4				
6. Penicilina V oral (1.000 Unidades Internacionais/mL) – 3,2 mL Via Oral, 15 minutos após Item 5				
7. Penicilina V oral (1.000 Unidades Internacionais/mL) – 6,4 mL Via Oral, 15 minutos após Item 6				
8. Penicilina V oral (10.000 Unidades Internacionais/mL) – 1,2 mL Via Oral, 15 minutos após Item 7				
9. Penicilina V oral (10.000 Unidades Internacionais/mL) – 2,4 mL Via Oral, 15 minutos após Item 8				
10. Penicilina V oral (10.000 Unidades Internacionais/mL) – 4,8 mL Via Oral, 15 minutos após Item 9				
11. Penicilina V oral (80.000 Unidades Internacionais/mL) – 1 mL Via Oral, 15 minutos após Item 10				
12. Penicilina V oral (80.000 Unidades Internacionais/mL) – 2 mL Via Oral, 15 minutos após Item 11				
13. Penicilina V oral (80.000 Unidades Internacionais/mL) – 4 mL Via Oral, 15 minutos após Item 12				
14. Penicilina V oral (80.000 Unidades Internacionais/mL) – 8 mL Via Oral, 15 minutos após Item 13				
15. Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 Unidades (Frasco-Ampola). Administrar 1.200.000, Unidades em cada nádega POR VIA INTRAMUSCULAR, após administração do Item 14.				

É importante ressaltar que as dessensibilizações para BLs devem ser realizadas por equipes especializadas, por médicos especialistas em alergia e imunologia, em ambiente hospitalar, e na presença de estrutura para ressuscitação.

- O parceiro deve ser tratado concomitantemente à gestante com penicilina ou drogas alternativas.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

- Tratamento com uma dose (série) de penicilina benzatina IM (2.400.000 UI).
- No caso de teste reagente para sífilis, seguir as recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico da infecção

Recomendações aos médicos no pré-natal

Registrar na caderneta de pré-natal da gestante todas as medidas que compõem as ações para prevenir a sífilis congênita, evitando, assim, que a criança exposta seja submetida a intervenções desnecessárias no pós-parto

- Anotar na carteira da gestante os “3D” – Data, Droga e Dose do tratamento da sífilis da gestante e parceiro sexual.

TRATAMENTO ADEQUADO SÍFILIS NA GESTANTE

- Feito com Penicilina Benzatina, completo conforme estadiamento da doença (única opção considerada 100% eficaz);
- Iniciado com pelo menos 30 dias de antecedência ao parto;
- Observância dos intervalos entre as doses. Caso o intervalo entre as doses ultrapasse 09 dias (até 14 sífilis adquirida), o esquema deverá ser reiniciado;
- Registro de resposta imunológica adequada ao tratamento
 - Redução de dois ou mais títulos no VDRL até 6 meses.

CONTROLE DE CURA

VDRL QUANTITATIVO: Mensal (Trimestral adquirida)

Redução de dois ou mais títulos no VDRL

(ex.: de 1:64 para 1:16), em 6 meses.

Ausência de redução da titulação em
Negativação após 9 a 12 meses.
duas diluições no intervalo de 6 a 12

Paciente que tiveram múltiplos episódios de sífilis podem mostrar um declínio mais lento dos títulos.
meses ou a elevação de títulos dos testes

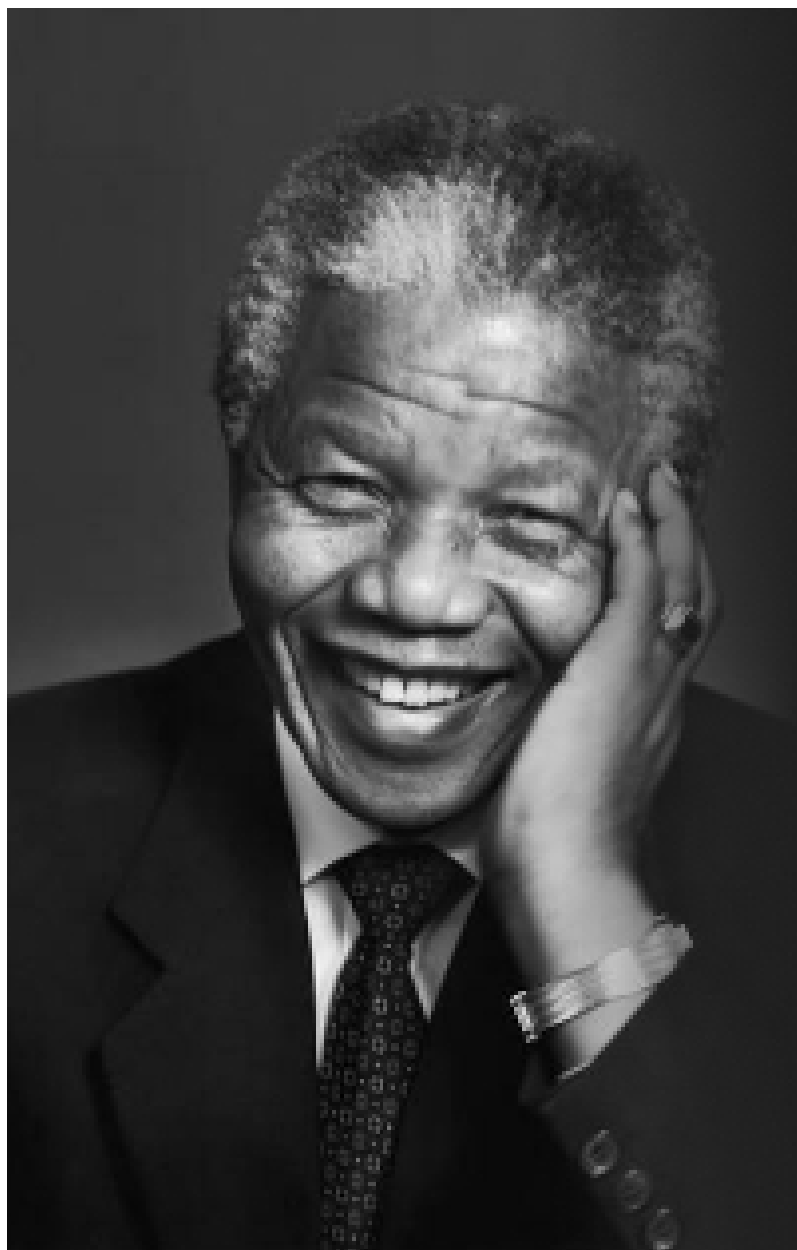
em duas diluições em relação ao último
exame realizado após o tratamento

Sífilis Tardia - Queda de duas titulações de 12 meses e
adecuada de acordo com a evolução de sífilis
Duas titulações baixas após 2º ano.
sintomas indica possível reinfeção.

CURA

NOVO TRATAMENTO

CURA



A educação é a
arma mais
poderosa que você
pode usar para
mudar o mundo.

Nelson Mandela

“ PENSADOR



