Mestrado Profissional associado à residência médica

MEPAREM

A sífilis congênita na realidade de um hospital universitário terciário

Gabriela Martins

Patricia Akemi Tabuchi

Dra. Sarah Alloufa da Silveira

Prof. Dr. João Cesar Lyra

Profa. Dra. Maria Regina Bentlin

Programa de Pós-Graduação em Medicina

Mestrado Profissional Associado à Residência Médica

FMB - UNESP

Mestrado Profissional associado à residência médica

MEPAREM

A sífilis congênita na realidade de um hospital universitário terciário

Gabriela Martins

Patricia Akemi Tabuchi

Dra. Sarah Alloufa da Silveira

Prof. Dr. João Cesar Lyra

Profa. Dra. Maria Regina Bentlin

FACULDADE DE MEDICINA FMB 1963 BOTUCATU unesp

Programa de Pós-Graduação em Medicina

Mestrado Profissional Associado à Residência Médica

FMB - UNESP

unesp

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
Faculdade de Medicina de Botucatu
Programa de Pós-Graduação em Medicina
Mestrado Profissional associado à Residência Médica-MEPAREM

Título:

A sífilis congênita na realidade de um hospital universitário terciário

Autores:

Gabriela Martins (Iniciação cientifica ensino médio – PIBIC Jr)

Patricia Akemi Tabuchi (Iniciação cientifica graduação Medicina – FAPESP)

Dra. Sarah Alloufa da Silveira (Pós graduanda MEPAREM)

Prof. Dr. João Cesar Lyra (Co-orientador)

Profa. Dra. Maria Regina Bentlin (Orientadora)

Editoração e Diagramação:

Ana Silvia S B S Ferreira -Coordenadora do NEAD.TIS - FMB - UNESP

Coordenação do MEPAREM:

Coordenadora: Profa. Adjunta Daniele Cristina Cataneo

Vice-Coordenadora: Profa. Dra. Silméia Garcia Zanati Bazan

Apoio:

NEAD.TIS - Núcleo de Educação a Distância e Tecnologias da Informação em Saúde

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ***ROSANGELA APARECIDA LOBO*** **- CRB 8/7500**

A sífilis congênita na realidade de um hospital universitário terciário [recurso eletrônico] / Gabriela Martins, Patricia Akemi Tabuchi, Sarah Alloufa da Silveira, João Cesar Lyra ; Editoração e diagramação: Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira. - Botucatu : Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina, NEAD.TIS, 2018

1 E-book

Disponível em: http://www.hcfmb.unesp.br/publicacoes
ISBN:9788565318808

1. Sífilis congênita. 2. Doenças sexualmente transmissíveis. 3. Hospitais universitarios. I. Martins, Gabriela. II. Tabuchi, Patricia Akemi. III. Silveira, Sarah Alloufa da. IV. Lyra, João César. V. Ferreira, Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra.

CDD 616.9513

Prefixo Editorial: 65318
Número ISBN: 978-85-65318-80-8
Título: A sífilis congênita na realidade de um hospital universitário terciário
Tipo de Suporte: E-book
Formato Ebook: PDF

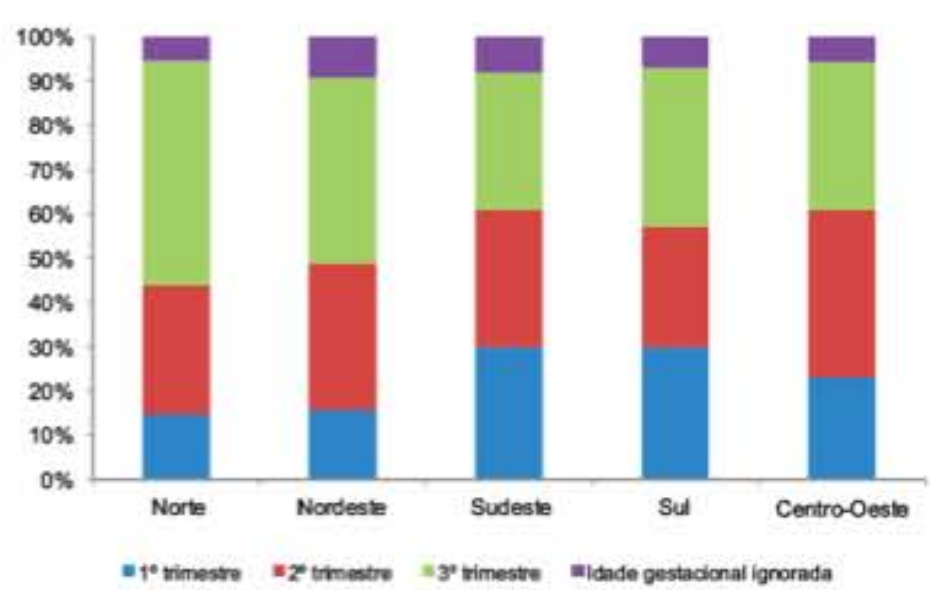
Chegando ao problema:

A sífilis é considerada importante problema de saúde pública mundial não só pelo aumento crescente dos casos na população geral mas também em gestantes, uma vez que nessa situação a infecção pode ser transmitida ao feto com graves implicações. Uma das metas da organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) era a redução da incidência da sífilis congênita para cifras inferiores a 0,5 por 1.000 nascidos vivos até 2015 (1). Infelizmente isso não ocorreu, pelo contrário as taxas continuaram subindo.

A incidência global de sífilis em gestantes é de cerca de dois milhões a cada ano, resultando em 730.000 a 1.500.00 casos de sífilis congênita anualmente2 , sendo que 25% desses casos resultam em óbito fetal e outros 25% em recém-nascidos de baixo peso ou em infecção neonatal grave, ambos associados à mortalidade neonatal (3).

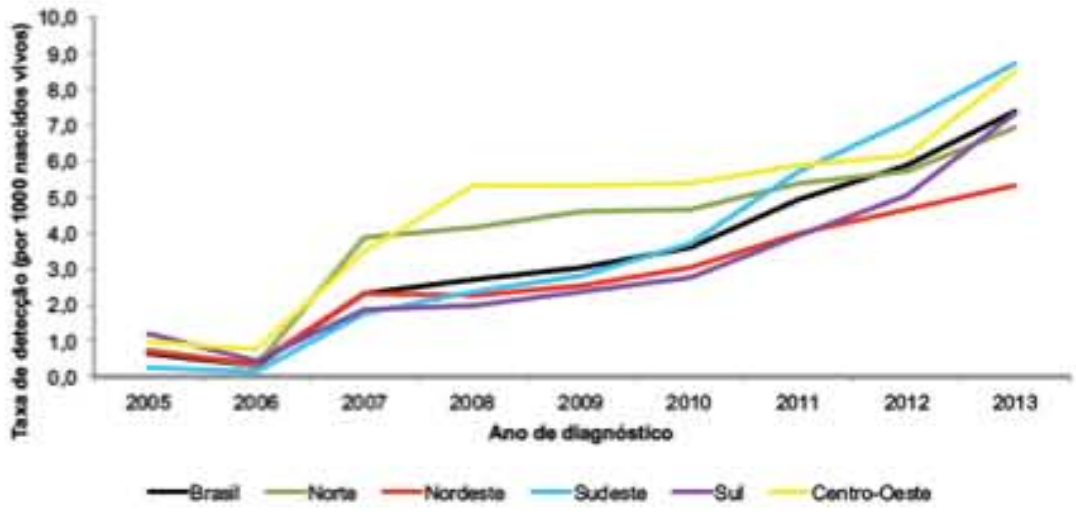
No Brasil essas taxas também são bastante elevadas. Em 2013 todas as regiões do país mostraram aumento das taxas de sífilis em gestantes, e o que é mais grave com diagnóstico tardio, o que compromete o tratamento e afeta mais diretamente a saúde do feto e do recém-nascido (gráficos 1 e 2 – Fonte: Ministério da Saúde, 2015) (1).

Gráfico 1 - Idade gestacional ao diagnóstico, por região, 2013



Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

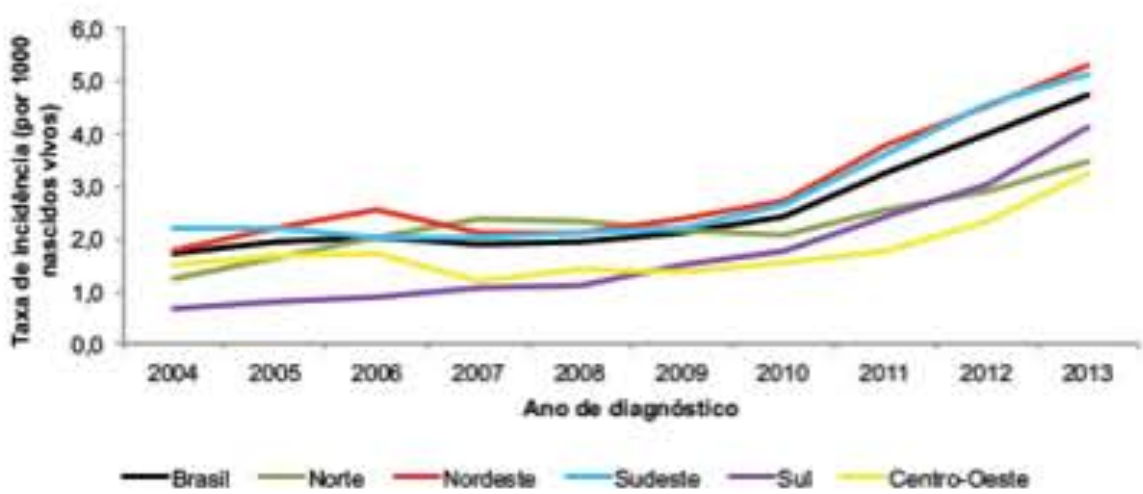
Gráfico 2. Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação. Brasil, 2005 a 2013



Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

No Brasil, a incidência de sífilis congênita mais que dobrou na última década, saindo de cifras próximas a 2 por 1.000 nascidos vivos em 2004 para quase 4 por 1.000 nascidos vivos em 2013 (gráfico 3- Fonte: Ministério da Saúde) (1). Há que se ponderar a existência de subnotificações dos casos, o que pode falsear ainda mais esses dados.

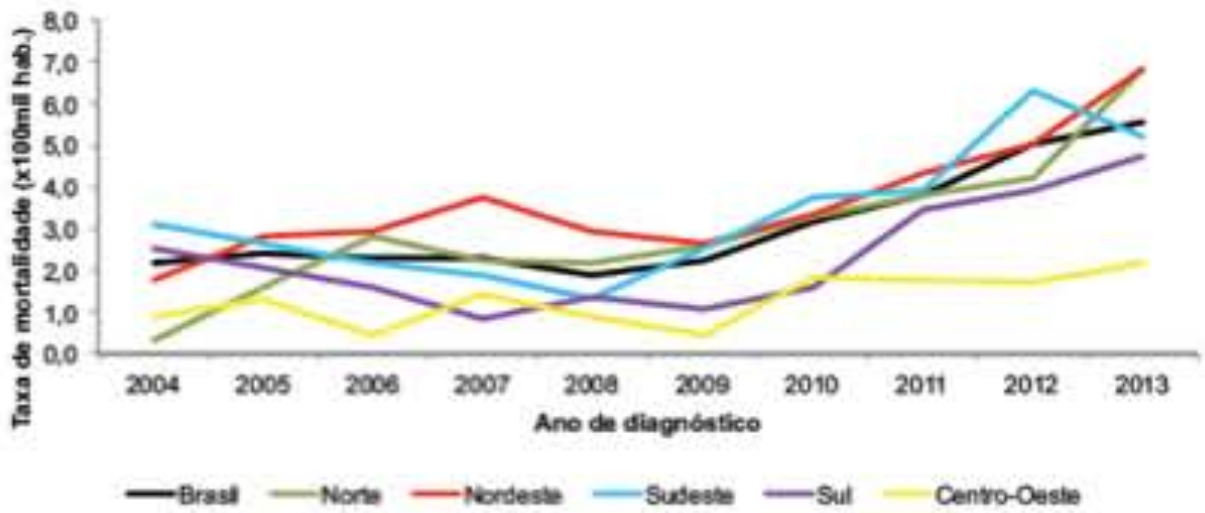
Gráfico 3. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2004 a 2013[1].



Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
Nota: (1) Casos notificados no Sinan até 30/06/2014.

Outro dado muito preocupante é que a mortalidade por sífilis congênita também aumentou, passando de 2,2 por 100.000 nascidos vivos em 2004 para 5,5 por 100.000 em 2013 (gráfico 4 – Fonte: Ministério da Saúde) (1).

Gráfico 4 Taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita segundo região de residência. Brasil, 2004 a 2013



No Estado de São Paulo, a situação não é diferente embora não se tenha muitos dados do interior do estado, mas a situação da capital é preocupante com taxas de sífilis nas gestantes próximas de 15 por 1.000 nascidos vivos e de sífilis congênita superior a 5 por 1.000 nascidos vivos, muito acima da meta proposta pela OPAS (gráfico 3 – Fonte: Ministério da Saúde) (1).

A sífilis congênita é resultado da transmissão hematogênica do Treponema pallidum, via transplacentária, da gestante infectada ao concepto. Pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da doença materna. No entanto, nas fases primária e secundária, a transmissão é de 70-100%, reduzindo-se para 30% nas fases latente tardia e terciária. O tempo de exposição intra-útero também aumenta a transmissão da doença (4) .

Os fatores de risco para a aquisição de sífilis por uma mulher em idade fértil são: baixo nível sócio-econômico, promiscuidade sexual, falta de acesso ao sistema de saúde, uso de drogas e abandono da escola entre outros. Em relação à sífilis congênita, acrescentam-se como fatores de risco: ausência de assistência pré-natal, gestante adolescente sem parceiro fixo, além do tratamento inadequado da gestante (5) .

O diagnóstico de certeza é feito através da microscopia direta em campo escuro, método que permite a identificação do treponema. Outro método microscópico é a imunofluorescência direta, entretanto este método requer coloração específica e microscópio especial para sua realização. Há dois tipos principais de testes sorológicos para sífilis: não treponêmicos e treponêmicos (6) . Os testes treponêmicos não devem ser usados para avaliar a resposta ao tratamento, pois podem persistir positivos, apesar da terapêutica adequada. Diferentemente, os anticorpos treponêmicos passivamente adquiridos da mãe negativam-se após a idade de 15 meses. A persistência desses, após 18 meses de idade, é diagnóstico de sífilis congênita e deve ser acompanhado de teste reagínico positivo (7).

No Brasil o Ministério da Saúde do Brasil preconiza realizar o VDRL na primeira consulta pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, e no início do terceiro trimestre (28ª semana), sendo repetido na admissão para parto ou aborto (8).

As mães não tratadas apresentam, em aproximadamente 40% das vezes, aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal. Mais de 50% dos casos de sífilis congênita notificados são assintomáticos ao nascimento, por isso a triagem materna se faz tão importante (4).

Nos casos sintomáticos a manifestação é variável, e a criança já pode nascer gravemente enferma. A sífilis congênita precoce, ou seja, aquela que ocorre até os 2 anos de idade, pode se manifestar já ao nascimento com baixo peso ao nascer (< 2500g), prematuridade (< 37 semanas), restrição de crescimento, icterícia, anemia, trombocitopenia, rinite serosanguinolenta, hepatomegalia, esplenomegalia, pênfigo palmo-plantar, exantema maculo-papular, pneumonite, pseudoparalisia de membros, osteocondrite, periostite, osteíte entre outras manifestações. O comprometimento do sistema nervoso central assintomático ocorre em até 60% dos casos, por isso a punção lombar é essencial. Neurosifílis é diagnosticada quando VDRL no liquor é reagente, ou quando ocorre alterações na contagem de leucócitos (> 25 células/mm3) ou hiperproteinorraquia > 150mg/dl (9).

Quanto ao tratamento materno, não basta apenas tratar, existem critérios a serem contemplados para que o tratamento seja adequado. Considera-se tratamento materno adequado, todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente. Considera-se tratamento inadequado, aquele realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina, tratamento incompleto, finalização de tratamento nos 30 dias anteriores ao parto, ausência de queda ou elevação dos títulos (VDRL) após tratamento adequado, parceiro não tratado, tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento (10).

O Ministério da Saúde recomenda que seja realizado VDRL em amostra de sangue periférico de todos os recém-nascidos cujas mães apresentaram VDRL reagente na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis congênita. Orienta, ainda, realizar radiografia de ossos longos, hemograma e análise do liquor (quando necessário) em todos recém-nascidos que se enquadrem na definição de caso (10).

Desde 2011 observa-se aumento crescente do número de casos sífilis em gestantes e em seus recém-nascidos na maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC FMB) – UNESP. Em meados de 2012, estudo piloto nessa maternidade mostrou incidência de sífilis congênita de 16,7 / 1000 nascidos vivos, sendo que 90% dessas gestantes apresentaram tratamento inadequado para sífilis, e o não tratamento do parceiro foi o principal responsável por essa condição (dados divulgados no XXI Congresso Brasileiro de Perinatologia, 2012). Esses dados foram discutidos localmente em reunião conjunta com representantes de diversas esferas da saúde local (serviço de vigilância epidemiológica, secretaria de saúde do município, FMB) no final de 2012. As Unidades Básicas foram orientadas sobre a vigilância da sífilis na gestante, a busca ativa dos casos detectados, a necessidade do tratamento do parceiro. A Unidade Neonatal do HC FMB reestruturou seu ambulatório de seguimento de infecção congênita para o atendimento das crianças expostas à sífilis. Depois dessas iniciativas, não houve avaliação do número de casos de sífilis na Maternidade do HC FMB.

Considerando as medidas tomadas, será que houve redução do número de casos de sífilis congênita na Maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC FMB) UNESP entre 2011 e 2014?

Quais as características dos recém-nascidos expostos à sífilis e de suas mães? Eles estão sendo avaliados no ambulatório de infecções congênitas do HC FMB?

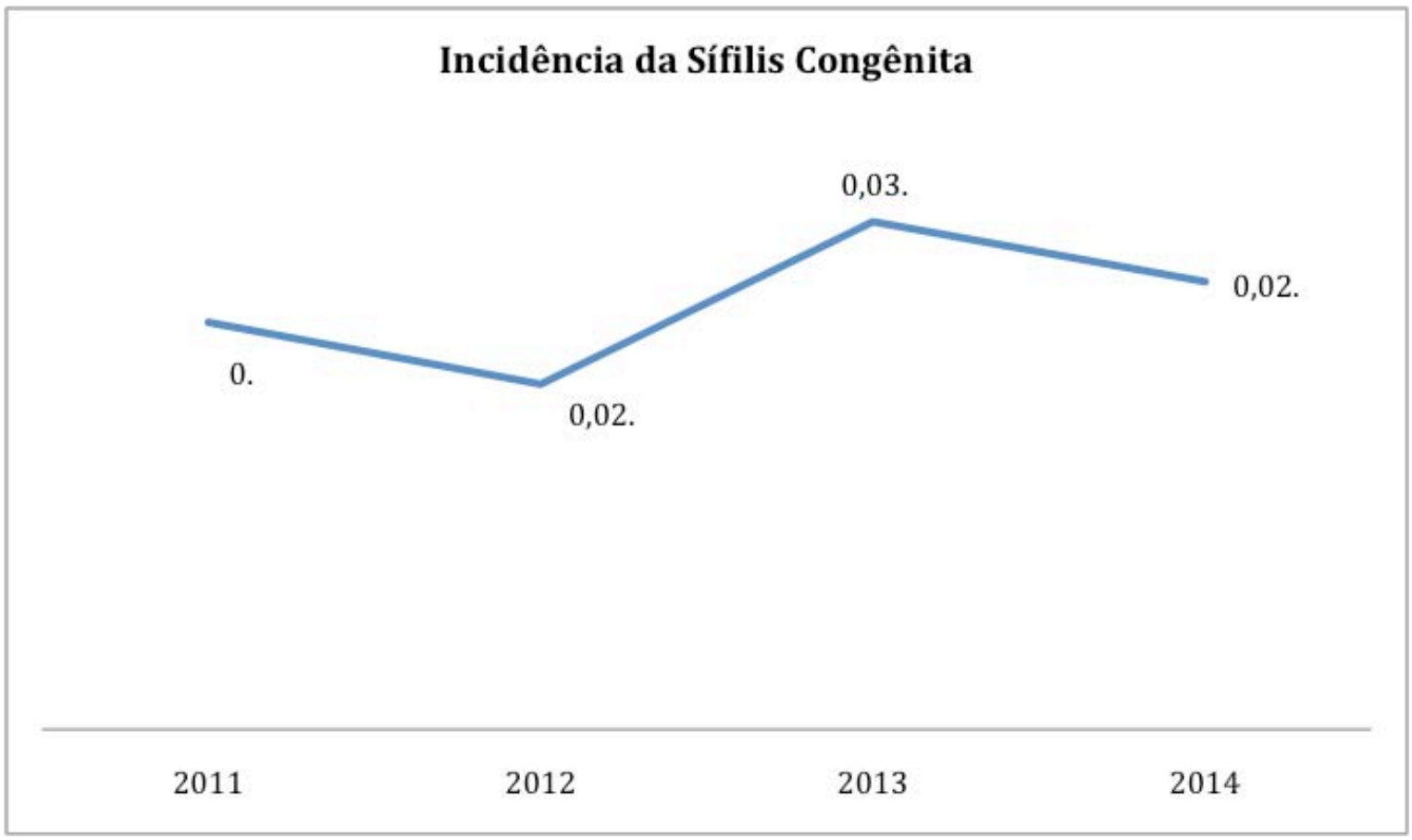
Há necessidade de estabelecer um fluxograma de atendimento aos recém-nascidos expostos para Botucatu e região?

Resposta

No período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014 foram registrados 7848 nascimentos na Maternidade do Hospital das Clínicas de Botucatu. Foram avaliados 164 recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita provável, caracterizando uma incidência de 21 por 1000 nascidos vivos (2,1%). Comparando 2011-2012 com 2013-2014 houve aumento na taxa de incidência de 18,5 para 23,5 por 1000 nascidos

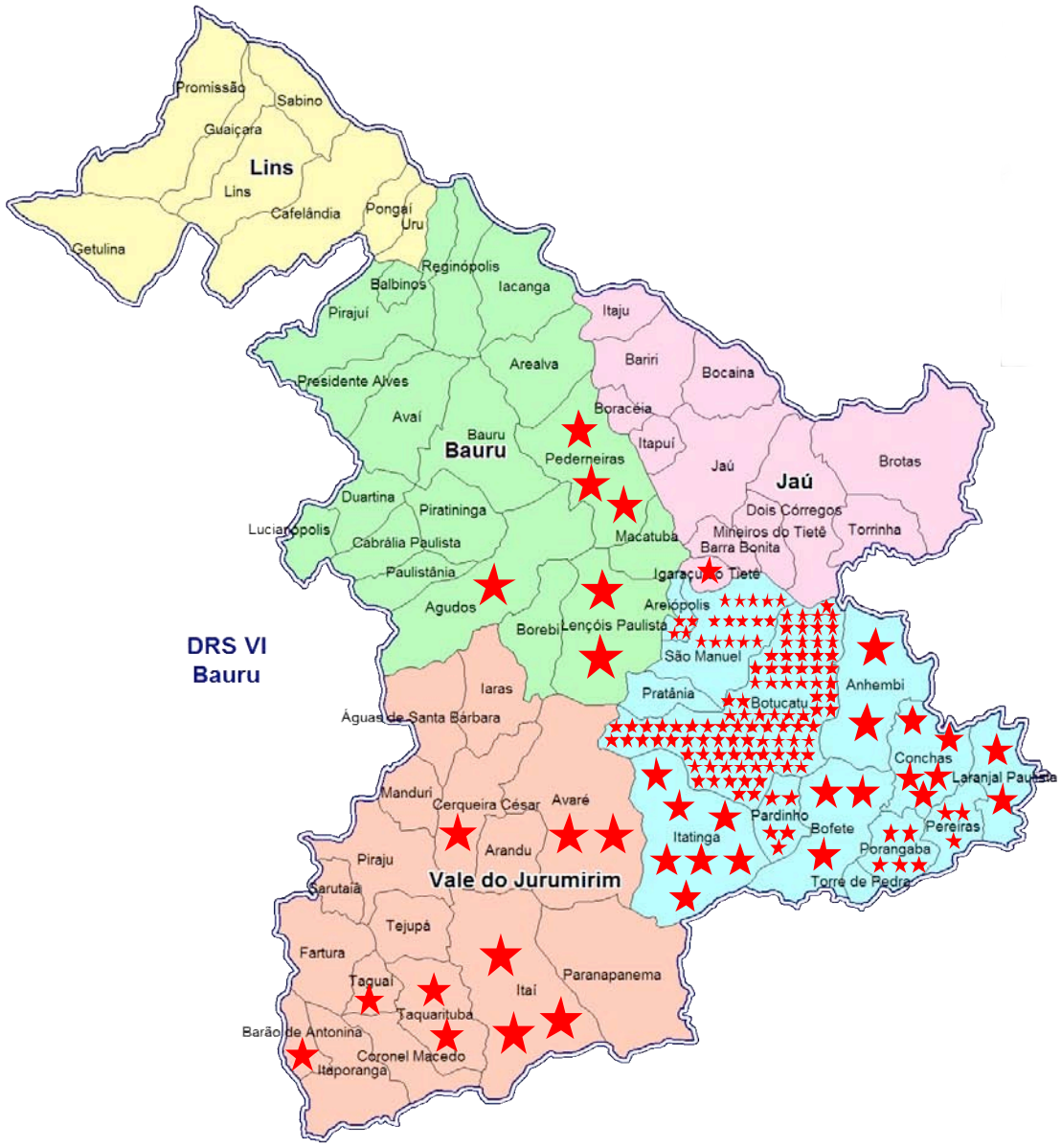
vivos. No ano de 2011 foram notificados 35 casos de sífilis congênita para 1.753 nascimentos, em 2012 foram 33 casos para 1.989 nascimentos, no ano seguinte 50 casos para 1.992 nascimentos e em 2014 foram identificados 46 casos no total de 2.114 nascimentos, conforme ilustra a figura abaixo.

Figura 2 – Incidência da SC do Hospital das Clínicas de Botucatu.



A figura 3 mostra a distribuição dos 164 casos por cidades na região. Observa-se que o município de Botucatu foi responsável por 94 das 164 notificações, ou seja, 57% dos casos, seguido pelo município de São Manuel com 15 notificações (9%), Itatinga 7 (4%) e demais municípios abaixo desse valor percentual.

Figura 3 – Distribuição dos 164 casos de sífilis congênita por cidades do Departamento Regional de Saúde VI (Botucatu e região).



Quanto as características maternas observa-se que 30% das mães eram adolescentes, apenas 15% realizaram o tratamento adequado para sífilis, e o não tratamento do parceiro ocorreu em 65% dos casos. Ao se comparar os dois períodos (2011-2012 e 2013-2014) chama a atenção que em 2013-2014 houve redução da realização de pré-natal de 97% para 80% e aumento do número de parceiros não tratados (49% para 76%). Dados mostrados na tabela 1.

Tabela 1 – Dados do pré-natal e características das mães dos recém-nascidos com sífilis congênita comparando os períodos: 2011-2012 e 2013-2014.

Variáveis Maternas	2011-2014 N=164 (2,1%)	2011-2012 N= 68 (1,8%)	2013-2014 N= 96 (2,3%)	P
Idade < que 20 anos (%)	49 (30%)	19 (28%)	30 (31%)	0,777
Entre 20 e 29 anos (%)	71 (43%)	27 (40%)	44 (46%)	0,535
Entre 30 e 39 anos (%)	39 (24%)	19 (28%)	20 (21%)	0,386
Maior que 40 anos (%)	05 (3%)	03 (4%)	02 (2%)	0,694
Pré–natal (%)	**143 (87%)**	**66 (97%)**	**77 (80%)**	**0,003**
Tratamento adequado (%)	25 (15%)	11 (16%)	14 (15%)	0,953
Parceiro não tratado (%)	**106 (65%)**	**33 (49%)**	**73 (76%)**	**<0,001**

A coinfecção com HIV foi encontrada em apenas uma gestante. Tabagismo, uso de drogas e alcoolismo estiveram presentes em 34,5%, 19% e 15% respectivamente dessas mulheres. O teste não treponêmico, VDRL, obtido no momento do parto foi positivo em 92% dos casos. 86% dos RN apresentaram VDRL positivo e essa positividade aumentou para 91% nos RN filhos de mães com titulação maior ou igual 1:16.

O parto vaginal ocorreu em 62% dos casos e 53% das crianças eram do sexo masculino, sem diferença entre os períodos.

A maioria dos recém-nascidos foi assintomática, 70% dos casos (115 RN), mas prematuridade e o baixo peso ao nascer ocorreram em aproximadamente 25% dos casos também sem diferença entre os períodos, conforme mostrado na tabela 2.

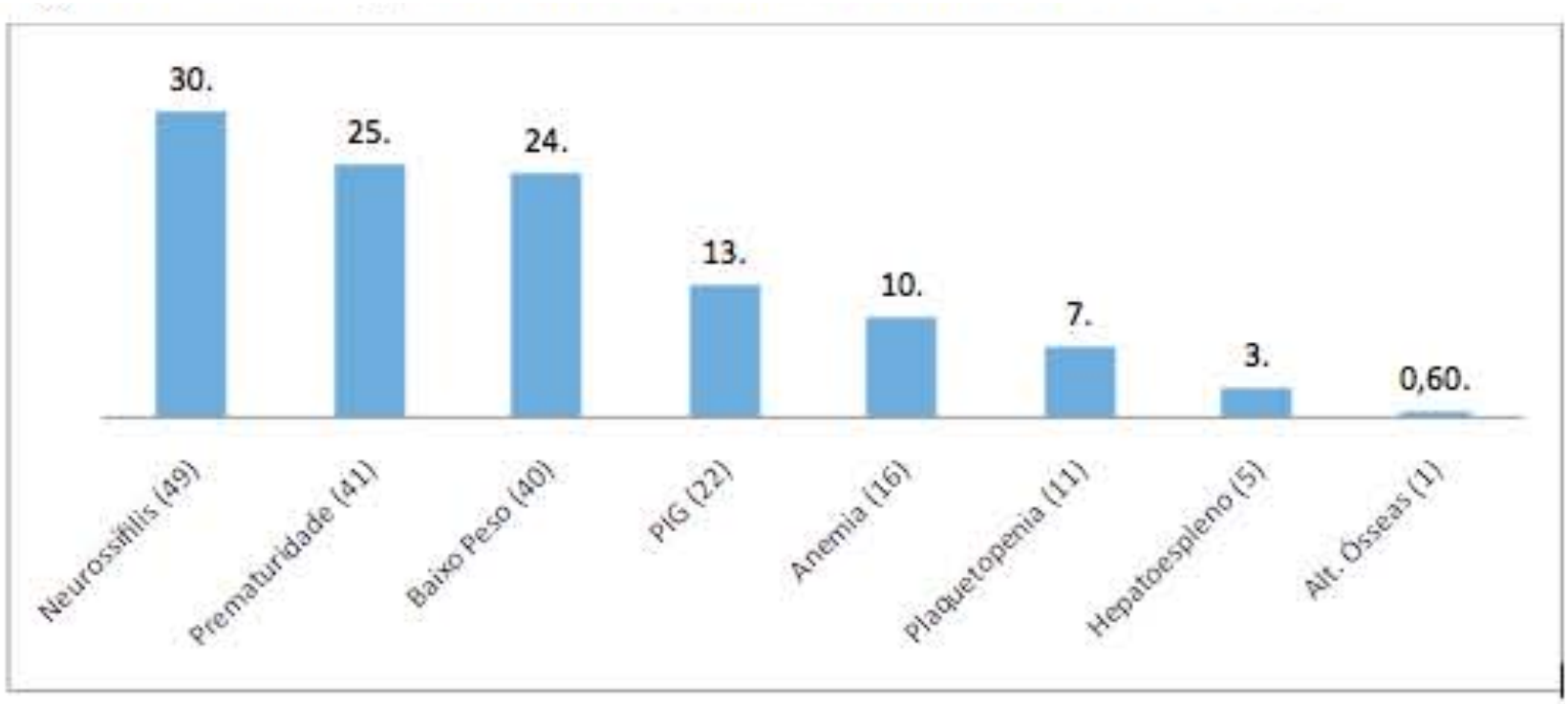
Tabela 2 – Dados dos recém-nascidos com sífilis congênita, comparando os períodos: 2011-2012 e 2013-2014.

Características dos RN	2011-2012 N=68 (%)	2013-2014 N=96 (%)	P
Prematuros < 37 sem	18 (26%)	23 (24%)	0.855
Peso ao nascer (mediana)*	2980g (p25: 2479 – p75: 3416)	3070g (p25: 2595 - p75: 3340)	0,847
Idade Gestacional (mediana)*	38sem (p25: 36 – p75: 39)	38 sem (p25: 37 – p75: 39)	0,884
PN > 3000g	30 (44%)	56 (58%)	0.102
3000g < PN >2500g	21 (31%)	17 (18%)	0.075
PN < 2500g	17 (25%)	23 (24%)	0.975
PN < 1500g	03 (4%)	05 (5%)	0.893

*Mann-Whitney; Sem: Semanas; PN: Peso ao nascer

Outras manifestações podem ser observadas na figura 4. Chama a atenção o percentual elevado de neurossífilis (30%), todos assintomáticos, e a baixa frequência de alterações ósseas, apenas um caso (0,6%). Um dado interessante é que a incidência de neurossífilis

Figura 4 – Manifestações clínicas e laboratoriais encontradas nos RN com SC.



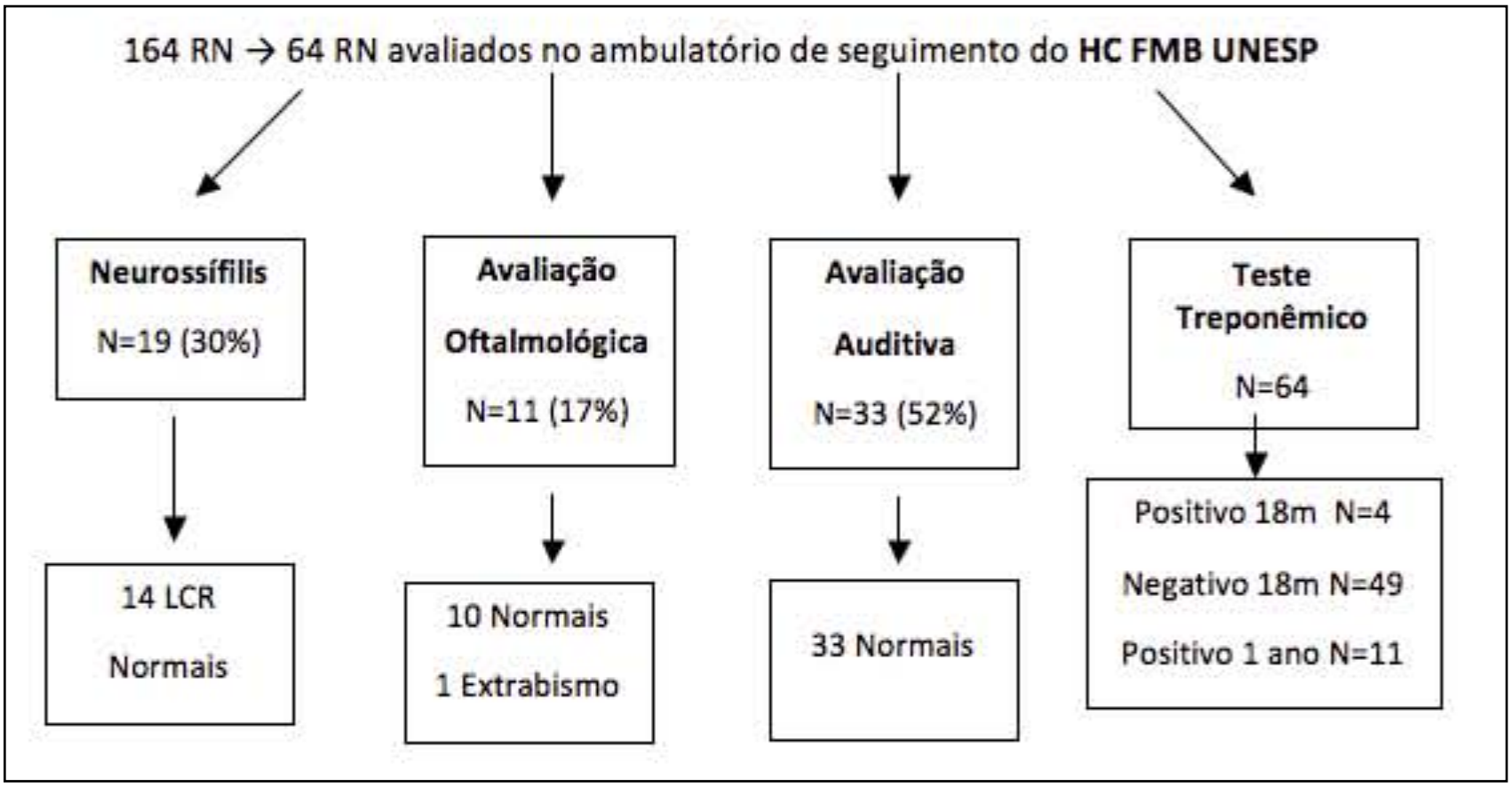
chega a 45% quando se avalia o grupo de mães com titulação do VDRL maior ou igual a 1:16.

Na avaliação do seguimento ambulatorial, dos 164 pacientes incluídos apenas 40% (64 pacientes) realizaram acompanhamento no HC FMB UNESP (figura 5). Desses 64 pacientes a maioria teve teste treponêmico não reagente (TTNR) até os 18 meses de idade, correspondendo 76% (49 RN) dos casos, 6% (4 RN) tiveram teste treponêmico reagente (TTR) e 17% (11RN) apresentavam TTR com 1 ano de idade, sem avaliação aos 18 meses. Durante o seguimento ambulatorial, 22 RN (34%) foram encaminhados para UBS após dois exames de VDRL não reagente. Desses 64 RN acompanhados, 19 tiveram diagnóstico de neurossífilis (9 pacientes com VDRL do líquor reagente ao nascimento e 10 pacientes com hiperproteinorraquia e/ou aumento da celularidade). Todos os pacientes com neurossífilis receberam o tratamento com penicilina cristalina por 10 dias.

Dentre os 49 pacientes que tiveram o diagnóstico de neurossífilis no período neonatal, apenas 19 foram acompanhados no ambulatório de seguimento e dentre esses somente 14 pacientes tiveram coleta de líquor de controle com até 6 meses de idade. Todos os LCR de controle foram normais com VDRL negativo, celularidade e proteínas dentro dos valores de normalidade.

A adesão às avaliações auditivas e oftalmológicas foi baixa. Dos 64 pacientes acompanhados, apenas 33 (52%) realizaram avaliação auditiva e 11 (17%) avaliação oftalmológica. Foi diagnosticado um único caso com estrabismo e os demais sem

Figura 5 – Seguimento ambulatorial de 64RN no HC FMB UNESP.



anormalidades visuais e auditivas.

CONCLUSÃO:

A incidência de sífilis congênita foi alta e permaneceu elevada no período estudado.

A ampla cobertura pré-natal não garantiu o tratamento adequado às gestantes. O não tratamento do parceiro foi a causa mais frequente de tratamento inadequado.

O percentual de adolescentes com sífilis foi alto.

A maioria dos recém-nascidos expostos foi assintomática, mas a incidência de neurossífilis, prematuridade e baixo peso ao nascer foram elevadas. A frequência de lesões ósseas foi muito baixa.

A perda de seguimento ambulatorial foi elevada com consequente acompanhamento inadequado. O estabelecimento do novo fluxo de atendimento visa minimizar essas perdas e garantir o adequado acompanhamento.

Implicações práticas no HC FMB UNESP:

Após a constatação da grande perda de seguimento e da não adesão às avaliações necessárias no acompanhamento pós natal dos RN expostos, foi proposto o seguinte fluxo de atendimento para RN de mães com sífilis:

Fluxograma para seguimento dos RN com provável SC e expostos à sífilis

Seguimento no Ambulatório de Infecções Congênitas do HC FMB UNESP*

- RN expostos a sífilis, residentes em outros municípios da região que não Botucatu;

- Todos os portadores de alterações liquóricas/neurossífilis, independente do local de residência;

Seguimento em Unidades Básicas de Saúde de Botucatu *

- RN expostos a sífilis residentes em Botucatu, sem alterações liquóricas;

Seguimento em Unidades Básicas de Saúde da região *

- Receberão seus pacientes para seguimento, após alta do ambulatório de Infecções congênitas do HC FMB, desde que não tenham tido alterações liquóricas e que tenham teste treponêmico negativo ou em queda e dois VDRL negativos.

*Todo o seguimento será baseado nas recomendações do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de SP12 .

As Unidades Básicas de Saúde, receberão o protocolo de atendimento para continuar o seguimento desses pacientes, incluindo a orientação para agendamento da avaliação auditiva e oftalmológica quando necessárias.

Com esse novo fluxo, espera-se que a perda de seguimento seja minimizada e o atendimento aos pacientes seja otimizado e realizado de forma hierarquizada e segura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento DST/AIDS. Boletim Epidemiológico Sífilis 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 32 p.

2. Ministério da Saúde (BR). Saúde aumenta em 34% notificação de sífilis congênita [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 26 Out 2012]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/7762/785/saude-aumenta-em-34-notificacao-de-sifilis-congenita.html.

3. Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: OMS; 2008.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Manuais; 24).

5. Guinsburg R, Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita: Documento Científico. São Paulo: Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria; 2010.

6. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. Sex Transm Infect. 1999;75:3-17.

7. Signorini DJHP, Monteiro MCM, de Sá CAM, Sion FS, Leitão Neto HG, Lima DP, et al. Prevalência da co-infecção HIV-sífilis em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005. Rev Soc Bras Med Trop. 2007;40:282-5.

8. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006;81:111-26.

9. Criado PR, Segurado AC, Valente NYS, Sotto M, Juang JM. Sífilis secundária pustulosa em paciente HIV positivo: relato de caso. An Bras Dermatol. 1996;71:217-21.

10. Schofer H, Imhof M, Thoma-Greber E, Hartmann M, Gerken G, et al. Active syphilis in HIV infection: a multicentre retrospective survey. The German AIDS Study Group (GASS). Genitourin Med. 1996;72:176-81.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-65318-80-8
9 788565 318808

NEAD.TIS

Programa de Pós-Graduação em Medicina
Mestrado Profissional Associado à Residência Médica
FMB - UNESP

FACULDADE DE MEDICINA
FMB
1963
BOTUCATU
unesp

unesp