

# MANEJO HEPATITES VIRAIS B/C - 2015

## SÍFILIS ADQUIRIDA/GESTANTE/CONGÊNITA

FILIPE DE BARROS PERINI

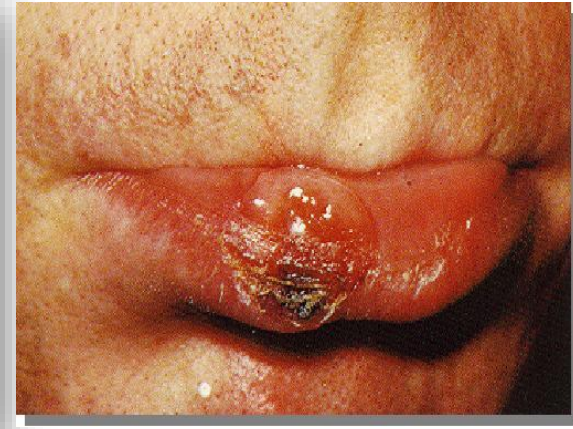
Assessor Técnico GEDST-DIVE-SES

Infectologista Policlínica Municipal do Continente - SMS-PMF

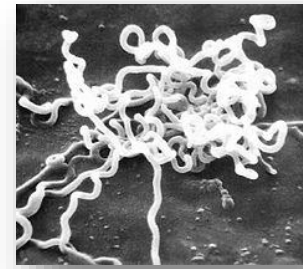
Assessor Técnico DMAC-SMS-PMF

Preceptor do estágio em infectologia da Residência Médica em MFC-SMS-PMF



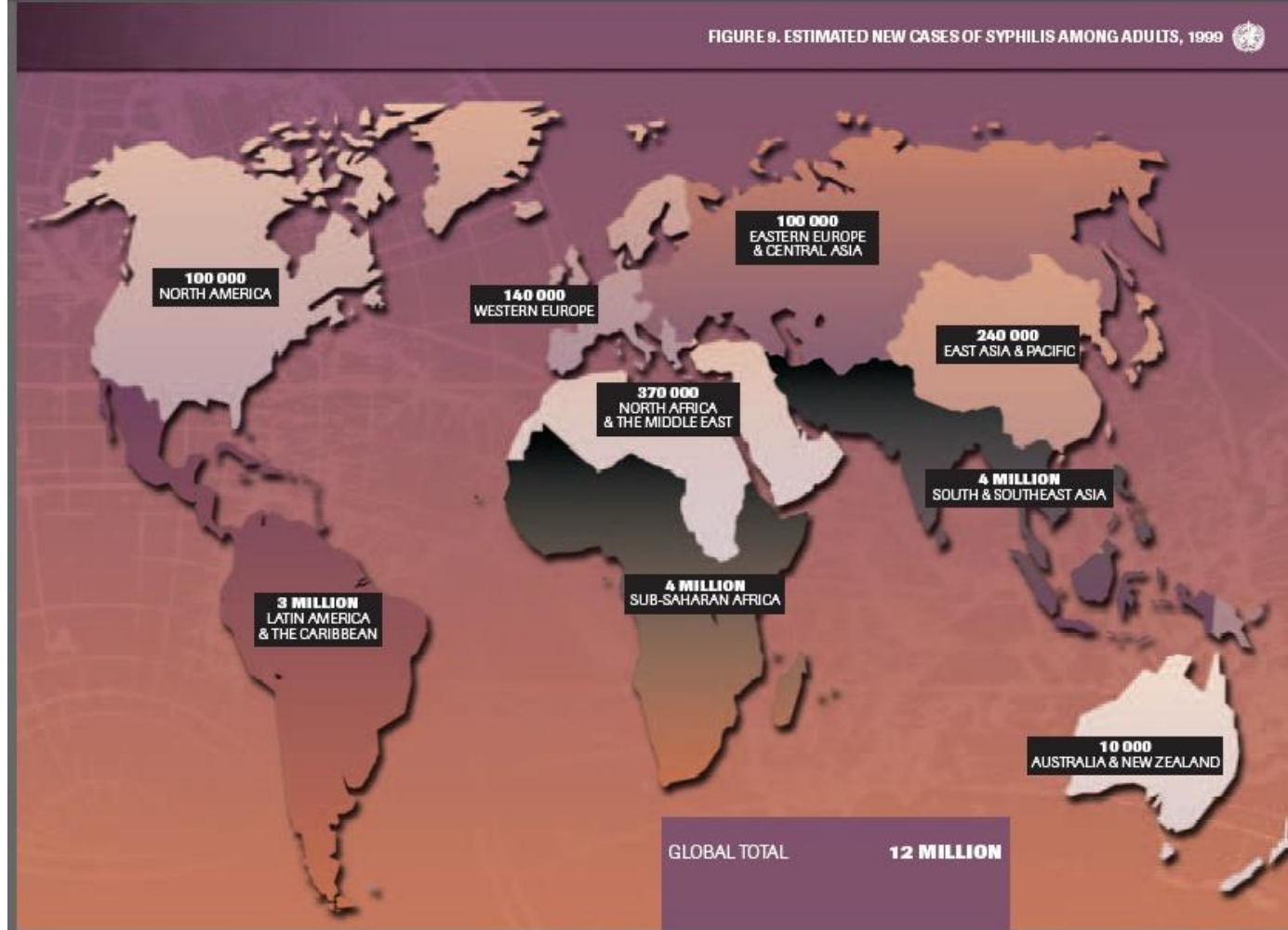


# SÍFILIS



- “Conhecida” desde final do sec. XV
  - 1547 – 1ª descrição da doença
  - 1932-72 - “Tuskegee Study of Untreated Syphilis in the Negro Male”
- Agente etiológico - espiroqueta *Treponema pallidum*
  - Não cresce em cultura “in vitro”
- “Grande impostora” ou “simuladora”
  - Enfermidade infecciosa SISTÊMICA de evolução CRÔNICA
  - Alterna períodos de ATIVIDADE e aparente INATIVIDADE com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas

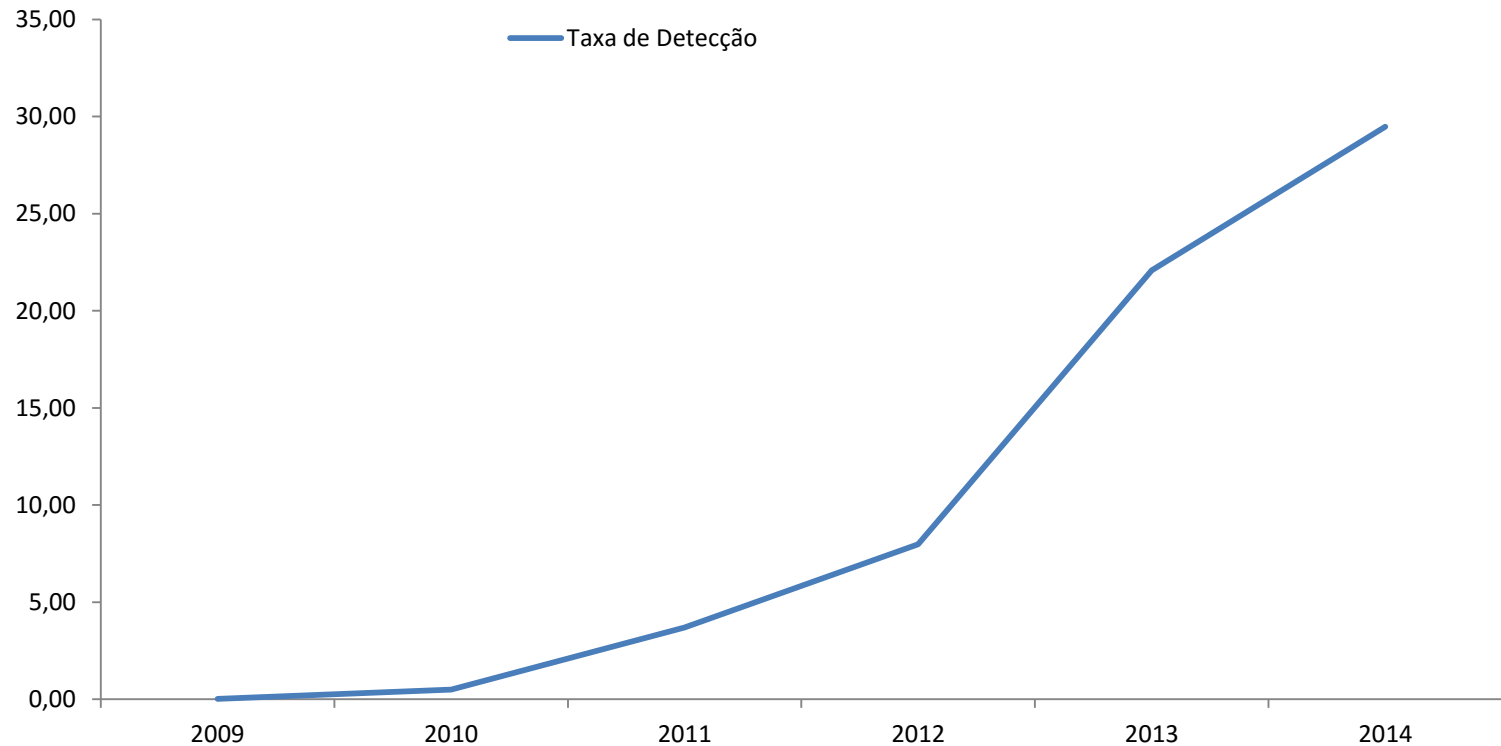
FIGURE 9. ESTIMATED NEW CASES OF SYPHILIS AMONG ADULTS, 1999



- OMS estima em 12 milhões de casos novos por ano no mundo

- **AUMENTO** global na **INCIDÊNCIA DA SÍFILIS**  
– especialmente em HSH e portadores de HIV
- Recrudescimento da **SÍFILIS CONGÊNITA** em vários países.
- A sífilis continua contribuindo de forma significativa nas taxas de **MORTALIDADE INFANTIL**.

# Taxa de detecção de Sífilis Adquirida (por 100.000 hab), Santa Catarina, 2009 a 2014



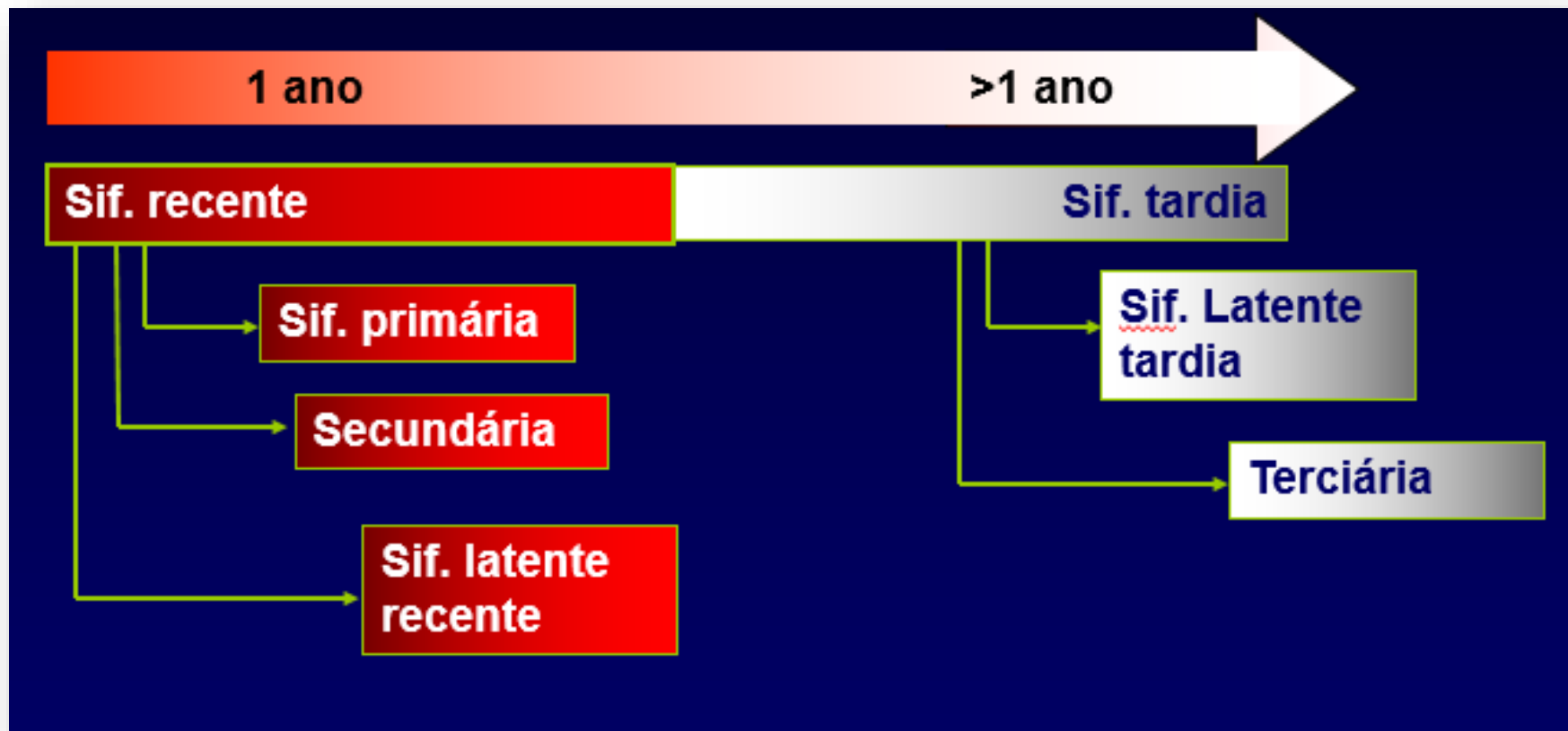
Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

Dados preliminares sujeitos à alterações, capturados em 05/08/2015

# TRANSMISSÃO

- Sexual
  - Beijo ou toque em pessoa com lesões **ATIVAS** nos lábios, cavidade oral, seios, genitália etc;
  - 16-30% de infectividade
- Vertical (Sífilis Congênita)
  - Transplacentária
  - Canal do parto
- Transfusão (sangue ou hemoderivados)
  - Rara
- Inoculação acidental
  - Manuseio de material infectado

# ESTÁGIOS CLÍNICOS





# SÍFILIS PRIMÁRIA

1 ano

Exposição

Incubação 1ª.

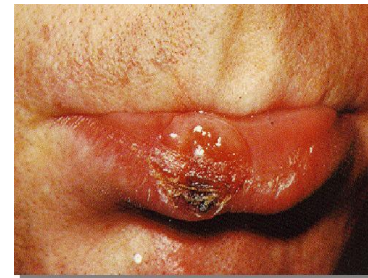
21 dias em  
média (3-90)

**Sífilis primária:**

Cancro duro

Adenopatia

regional



# SÍFILIS PRIMÁRIA



- Lesão ulcerada, fundo limpo, indolor, borda bem delimitada, regular e endureada
- Não percebida em 15-30% dos pacientes
- Desaparece após 4 a 6 semanas
- ALTAMENTE INFECTANTE
- Uso de ATB ou sífilis prévia pode alterar lesão



# SÍFILIS SECUNDÁRIA

1 ano

Sífilis primária

Incubação 2ª.

4 a 10 sem

**Sífilis Secundária:**

- Artralgia, febre, cefaléia
- Rash
- Poliadenopatia regional
- Alopécia
- Condiloma plano

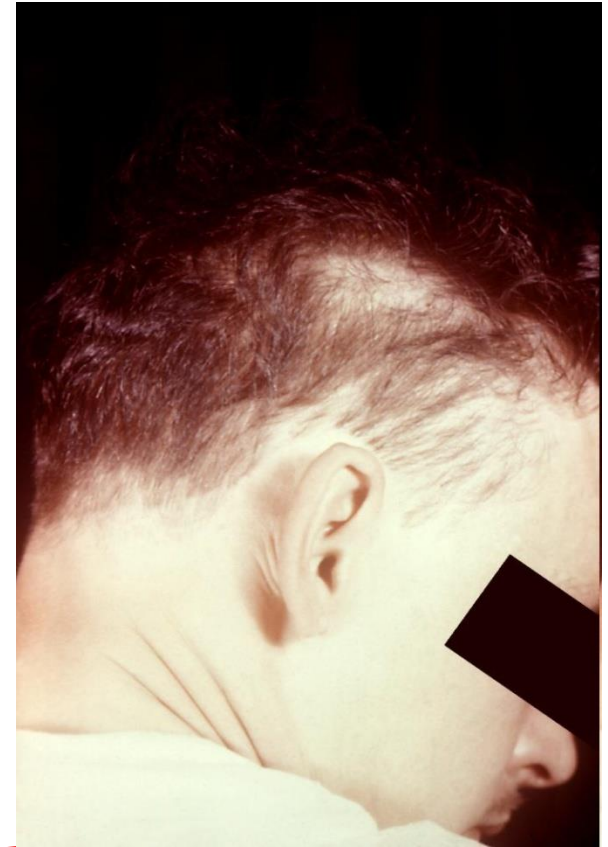






## SIFÍLIDE PALMO-PLANTAR

# ALOPÉCIA



# RASH GENERALIZADO - ROSÉOLA



# PLACA MUCOSA





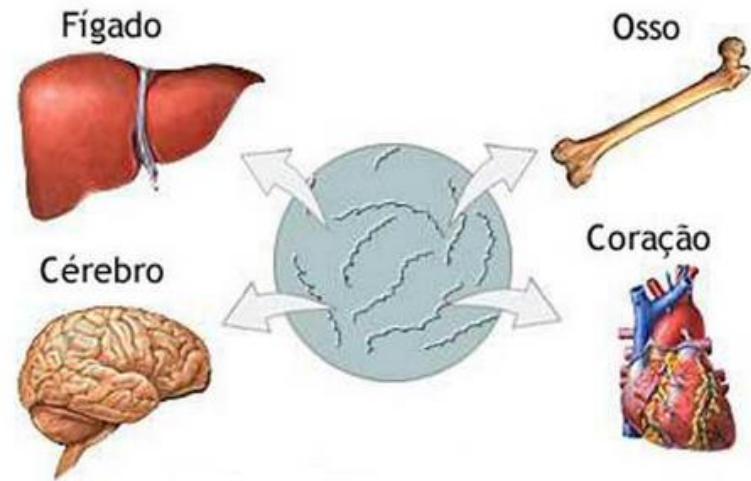
# SÍFILIS LATENTE

## ASSINTOMÁTICA

- RECENTE se **menos de 1 ano** da infecção
- TARDIA se **mais de 1 ano** da infecção
- Diagnóstico exclusivamente por testes sorológicos
- Recorrências de secundarismo
  - Principalmente 1 ano (sífilis latente recente)

# Sífilis Terciária

- Geralmente após anos da infecção primária
  - Doença inflamatória de progressão lenta
- Pode afetar qualquer órgão do corpo
  - Neurosífilis
  - Sífilis cardiovascular
  - Goma sífilítica
  - Osteíte sífilítica



# INTERAÇÃO TREPONEMA E HIV

- Sífilis
    - Aumenta a eficácia da transmissão do HIV
      - as lesões da sífilis são uma porta de entrada para o HIV
  - HIV - afeta o curso natural da sífilis
    - Múltiplos cancros, mais profundos
    - Sobreposição sífilis primária e secundária
    - Progressão mais rápida para a sífilis terciária
    - Resultados falso-negativos da sorologia da sífilis
    - Menor eficácia da terapia padrão para sífilis precoce (falha terapêutica)
- A prevalência da Sífilis é 8x maior em PVHIV.



# TRIAGEM: QUANDO SOLICITAR EXAMES PARA SÍFILIS?

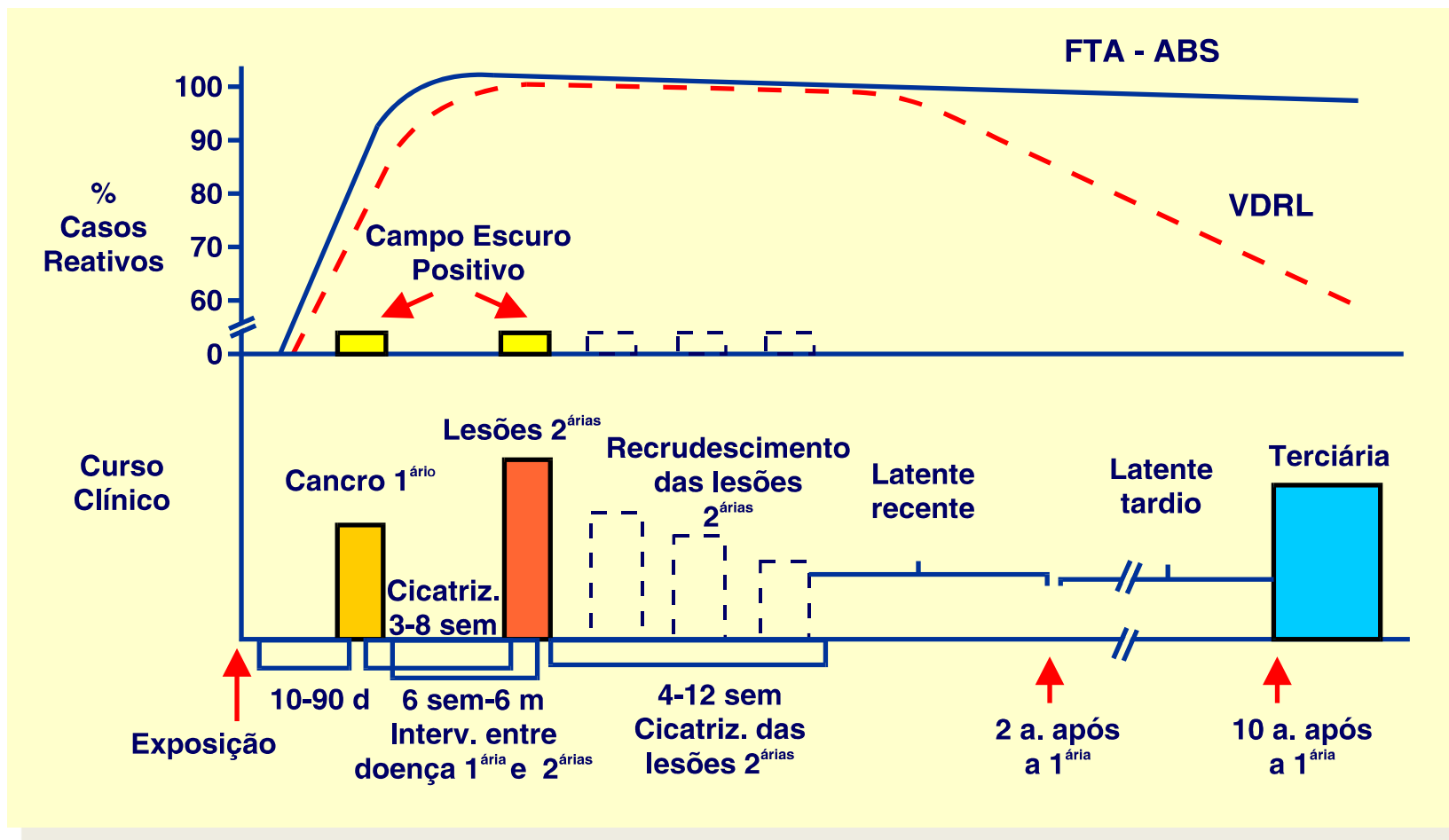
- Deve-se pensar em sífilis todo o tempo!!
  - Por quê ?
    - Intermináveis diagnósticos diferenciais:
      - Hanseníase
      - Alergias
      - Herpes genital, cancro mole, donovanose, LFV
      - Lúpus, sarcoidose
      - Sínd. Mononucleose e outras doenças exantemáticas
      - Eritema polimorfo
      - Entre MUITOS outros...

# O QUE SOLICITAR?

- MICROSCOPIA
  - Microscopia Direta em campo escuro
  - ImunoFluorocência direta
    - Fases sintomáticas (pouco usados)
  
- SOROLOGIA
  - **Teste não treponêmicos**
    - VDRL e RPR
    - Tituláveis - seguimento
  - **Teste treponêmicos**
    - FTA-Abs
    - TPHA
    - TESTE RÁPIDO
      - Permanecem positivos



# CURSO DA SÍFILIS NÃO TRATADA



# NORMATIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS

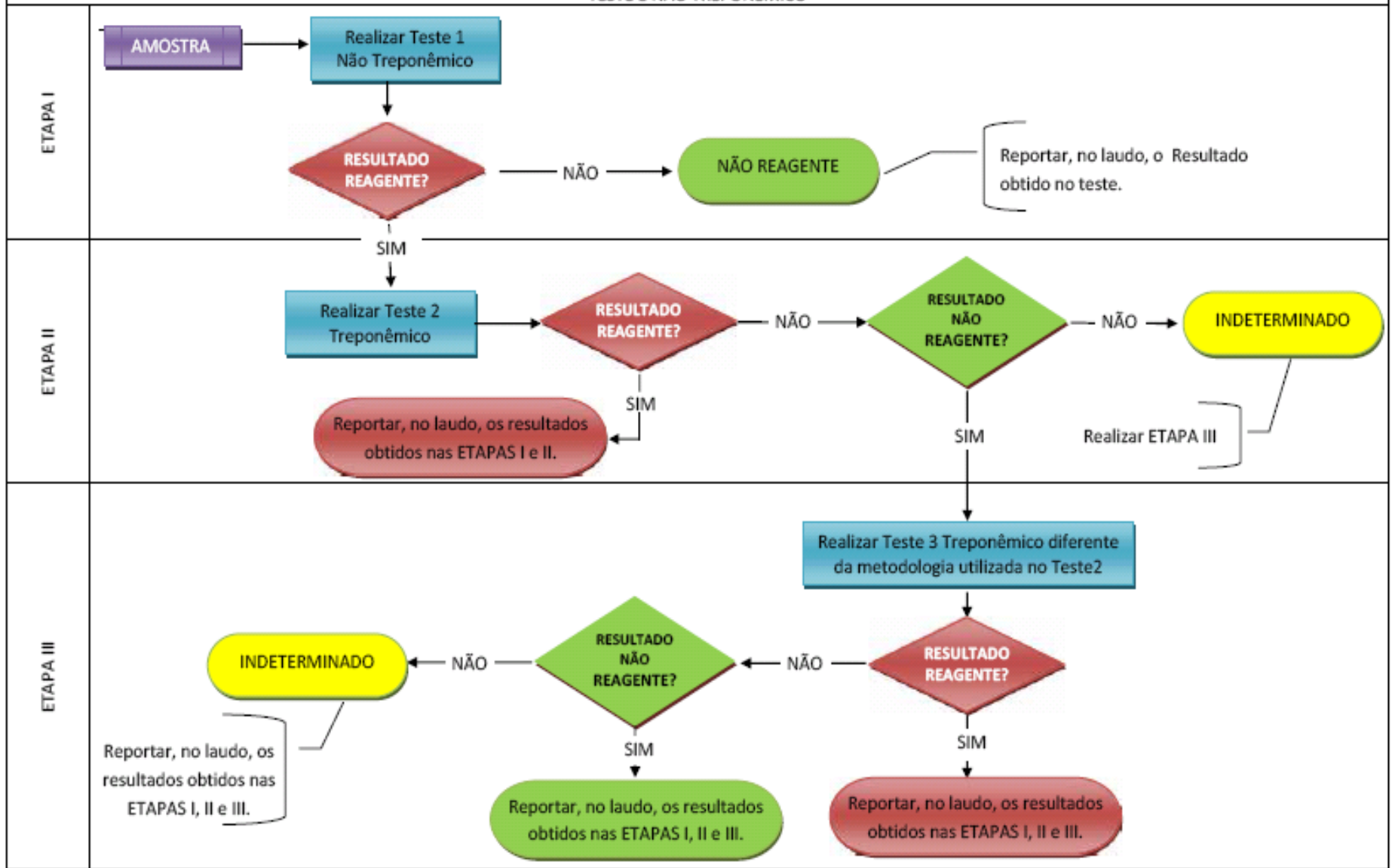


Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº- 3.242, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2011

*Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações.*


FUXOGRAMA LABORATORIAL DA SÍFILIS  
TESTE 1 NÃO TREPONÊMICO



Legenda:  Processo predefinido.

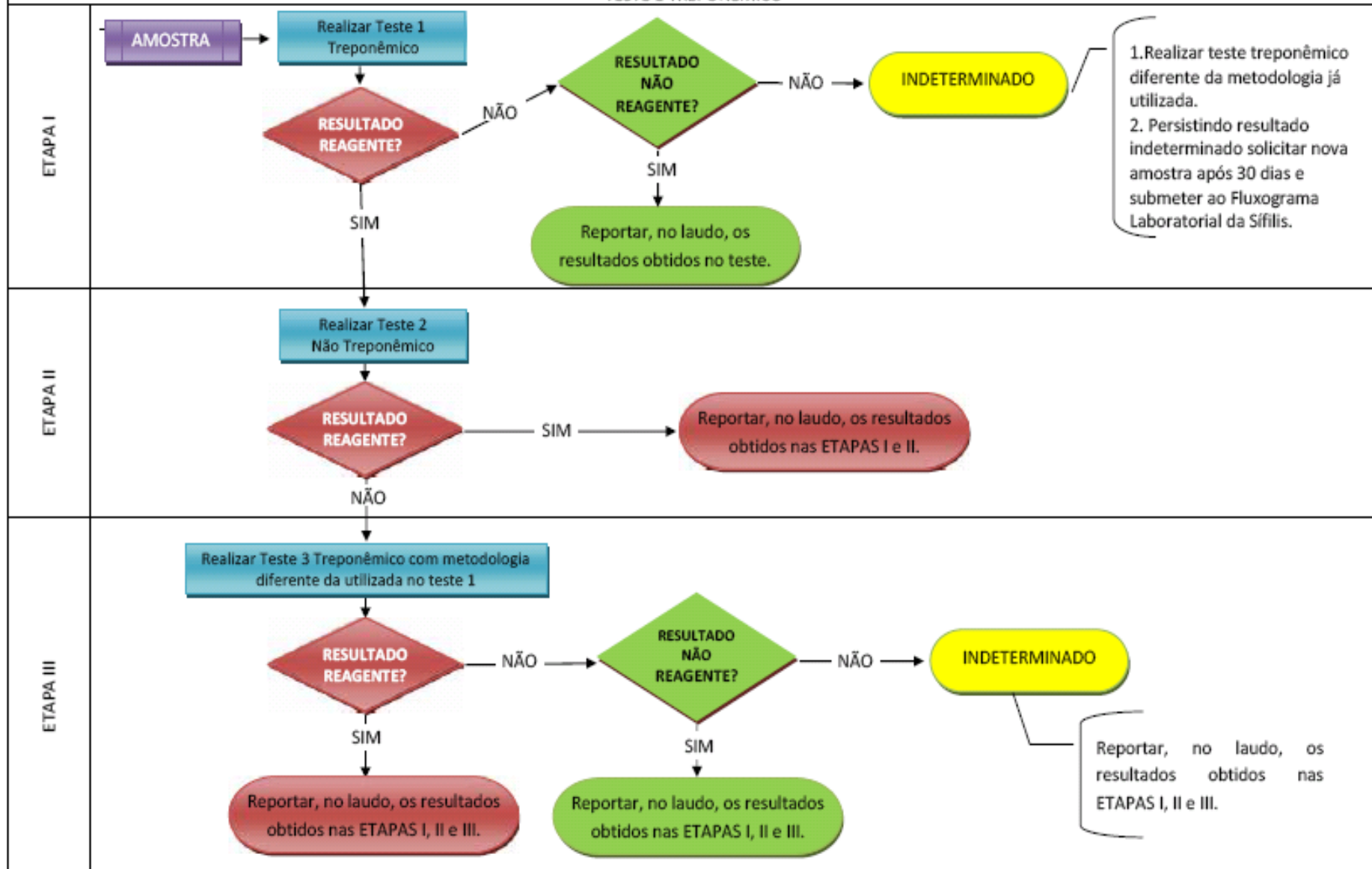
 Processo

 Exige uma tomada de decisão.

 Finalizador.



FUXOGRAMA LABORATORIAL DA SÍFILIS  
TESTE 1 TREPONÊMICO

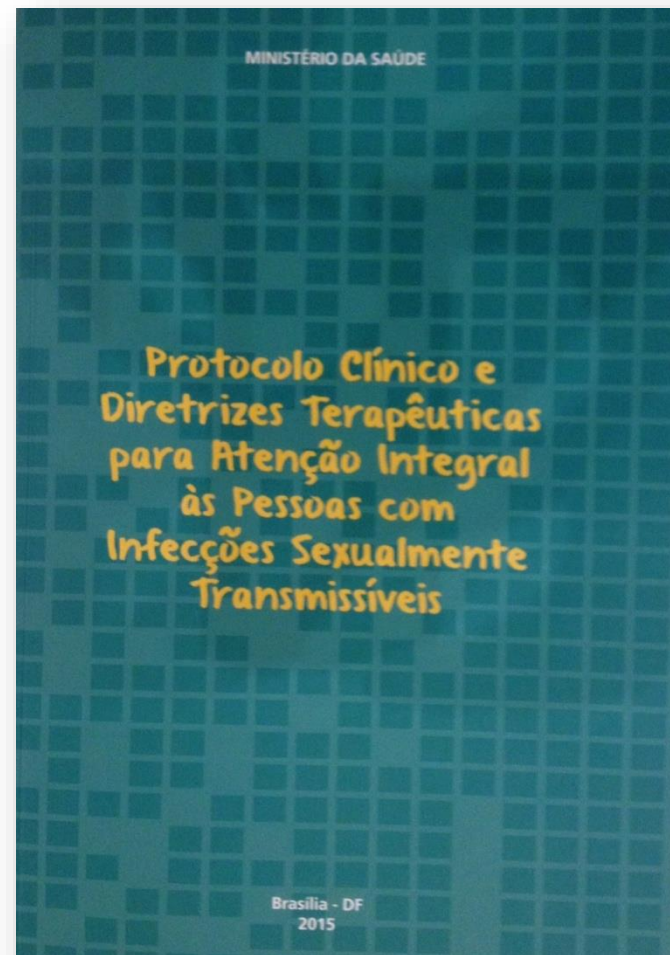


Legenda: Processo predefinido. Processo. Exige uma tomada de decisão. Finalizador.

# COMO INTERPRETAR

<b>VDRL</b> (teste não treponêmico)	<b>FTA-ABS</b> (teste treponêmico)	<b>INTERPRETAÇÃO</b>
+	+	Sífilis (recente ou tardia)
+	-	VDRL falso positivo para sífilis
-	+	Sífilis curada ou pré-cancro (janela imunológica do VDRL)
-	-	Ausência de infecção ou período de incubação

# Novo PCDT IST



# DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO



## SÍFILIS

**Sífilis Primária, Sífilis Secundária  
ou latente precoce**

**Sífilis latente tardia, Terciária ou  
duração ignorada**

**P.Benzatina  
2,4milhões UI (dose única)**

**P.Benzatina  
7,2milhões UI  
(2,4milhões UI 1x/sem por 3 sem)**

**Seguimento clínico sorológico**

## Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em não gestantes ou não nutrízes e seguimento

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa* (exceto para gestantes)	Seguimento (teste não treponêmico)
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de 1 ano de evolução)	Penicilina G 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
Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h (VO), por 30 dias#	Teste não treponêmico trimestral
Neurosífilis	Penicilina G Cristalina 18-24 milhões UI por dia, por via endovenosa, administradas em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Doxiciclina 100mg, 12/12h (VO), por 28 dias.	Exame de líquido de 6/6 meses até normalização

# OUTROS TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

- **Ceftriaxona<sup>1</sup>:**

- Sífilis Primária/Secundária e Latente Precoce
  - 250mg EV ou IM por 5 dias
- Sífilis Latente Tardia e Terciária
  - 1g EV ou IM ao dia, por 14 dias.

- **Azitromicina:**

- Sífilis precoce
  - 2g VO DU <sup>2 3</sup>
  - 1g/sem por 3-4 semanas <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Diretrizes de Atendimento de Sífilis em Adultos - Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ

<sup>2</sup> Sex Transm Dis. 2002, Hook EW

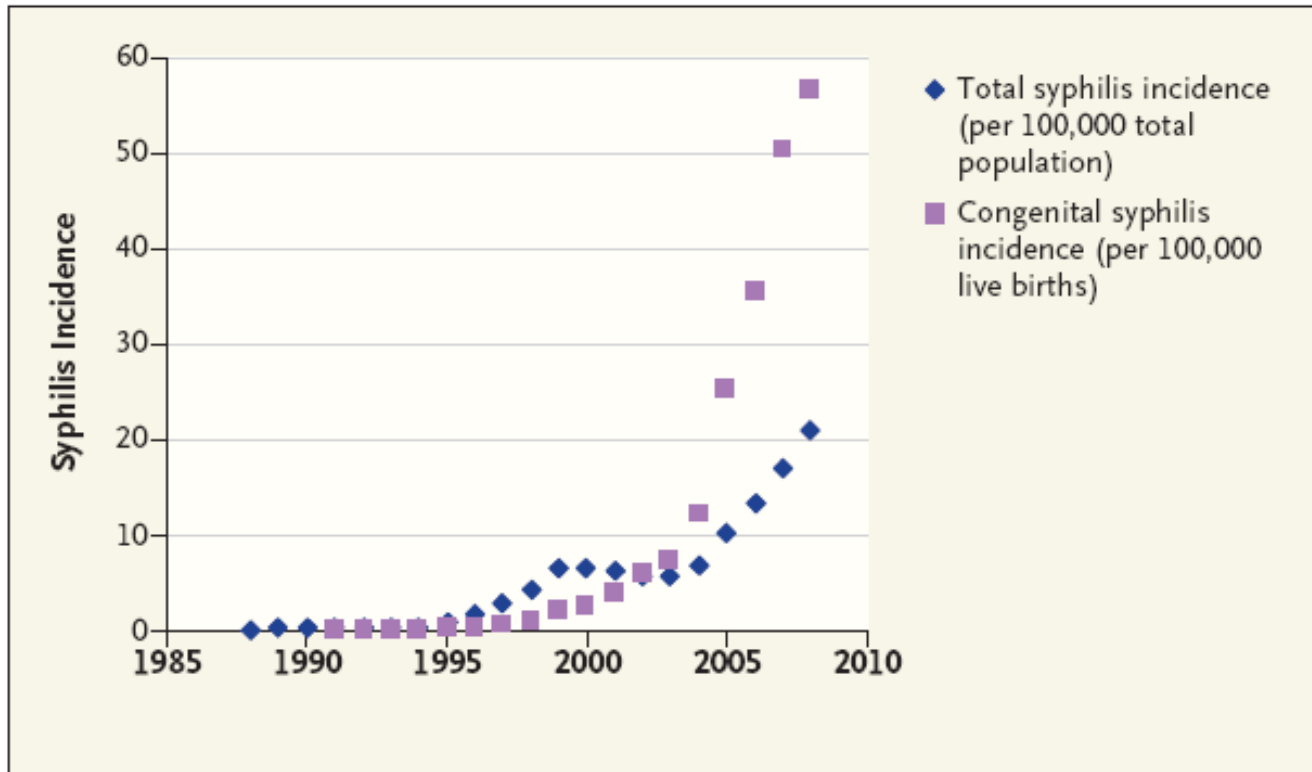
<sup>3</sup> N Engl J Med. 2005 Riedner G; London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.

<sup>4</sup> DST J. Bras. Doenças Sex. Transm; 2001. Passos, Mauro Romero Leal

# SEGUIMENTO PÓS-TRATAMENTO

- **VDRL QUANTITATIVO: trimestral**
  - Espera-se depois do tratamento (adequado) nas fases primária e secundária:
    - 2 títulos em 3 meses (ex. 1:32 para 1:8) e
    - 3 títulos em 6 meses (1:4 após seis meses)
  - título poderá reverter (negativo) em até 1 ano
    - frequente estabilização em baixos títulos, indicando sucesso terapêutico (**cicatriz imunológica** ,  $\leq 1:4$ )
  - elevação em 2 títulos ou mais indica **nova investigação e tratamento.**

# SÍFILIS vs SÍFILIS CONGÊNITA



Reported Overall Incidence of Syphilis per 100,000 Population and Incidence of Congenital Syphilis per 100,000 Live Births in China.

Data are from the National Center for STD Control in Nanjing, China.





# PREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES, AL, 2009

Pais	Sifilis
1. Honduras	0.07%
2. Chile	0.15%
3. Guyana	0.17%
4. México	0.27%
5. El Salvador	0.29%
6. Perú	0.33%
7. Rep. Dominicana	0.36%
8. Nicaragua	0.45%
9. Guatemala	0.55%
10. Cuba	0.77%
11. Colômbia	1.14%
12. Argentina	1.40%
13. <b>Brasil</b>	<b>1.60%</b>
14. Paraguai	3.43%

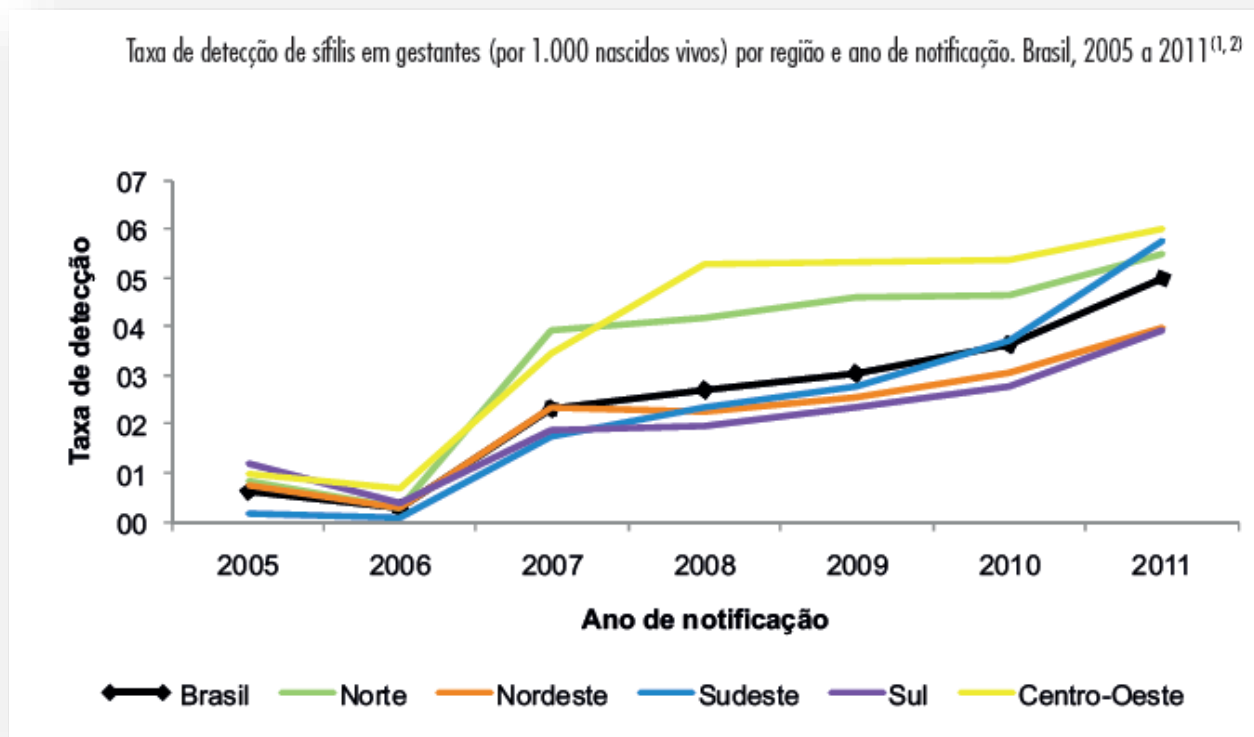
Pais	Sifilis
15. Bolívia	-
16. Costa Rica	-
17. Equador	-
18. Panamá	-
19. Uruguai	-

4x maior que HIV

14 países - 13º lugar

# SÍFILIS EM GESTANTES - BRASIL

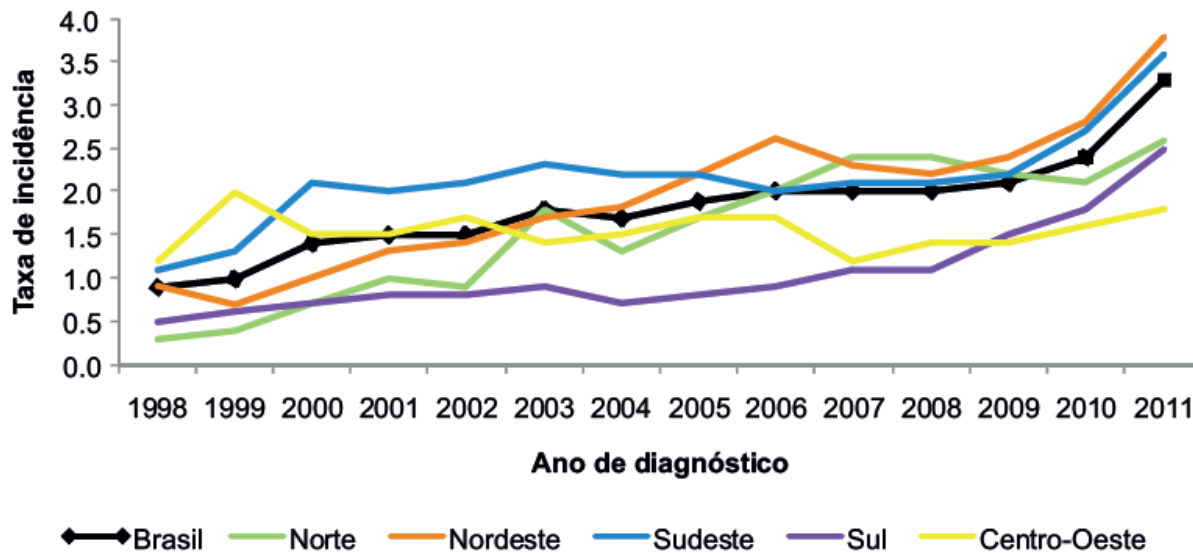
- >14 mil casos ano
- Taxa de detecção: 5 casos por 1000 nascidos vivos



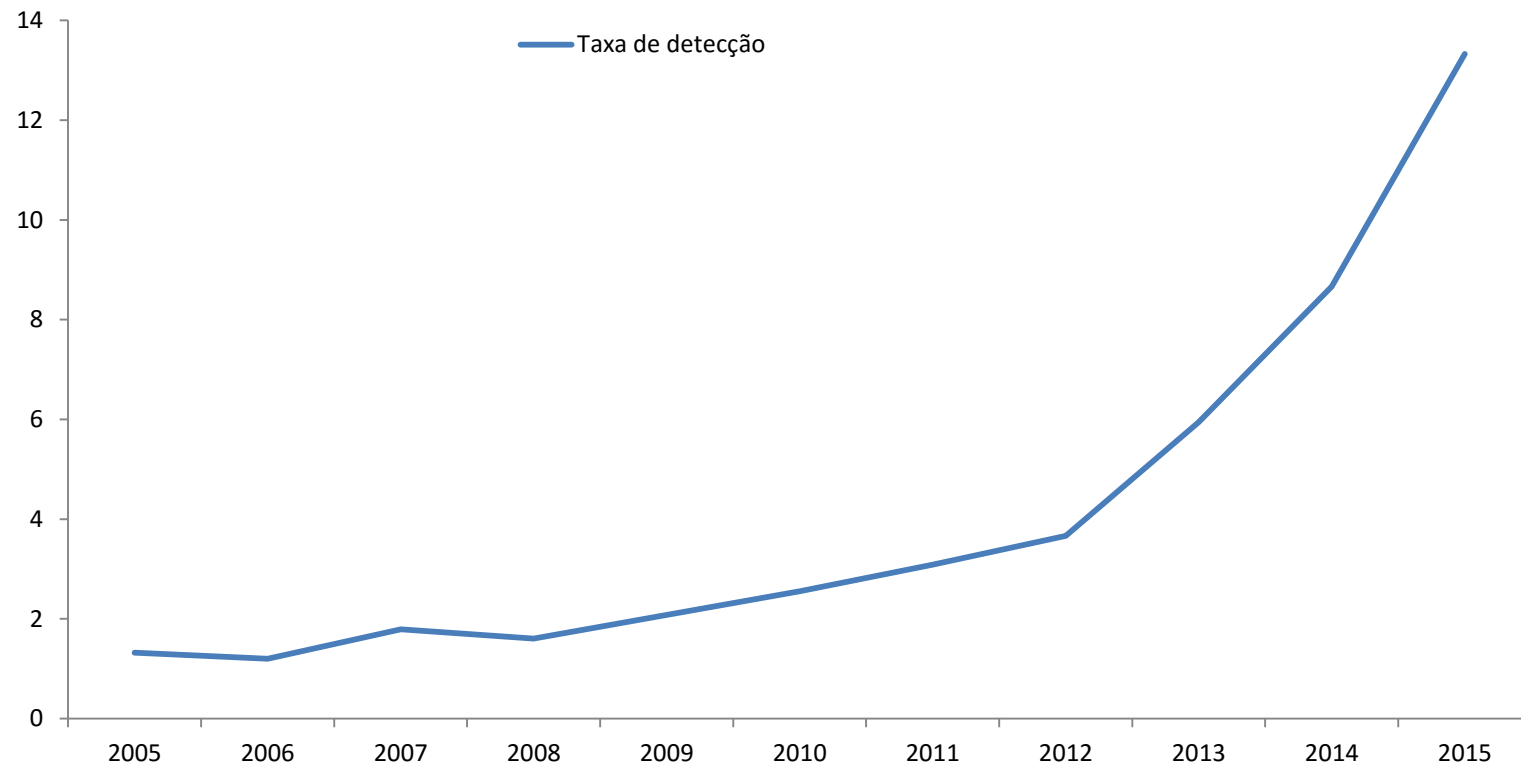
# SÍFILIS CONGÊNITA - BRASIL

- Taxa de incidência 3,3 casos por 1000 nascidos vivos
- Meta (OMS) <0,5 casos por 1000 nascidos vivos

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, 1998 a 2011<sup>(1, 2)</sup>



# Taxa de detecção de Sífilis em gestantes (por 1.000 NV), Santa Catarina, 2005 a julho 2015

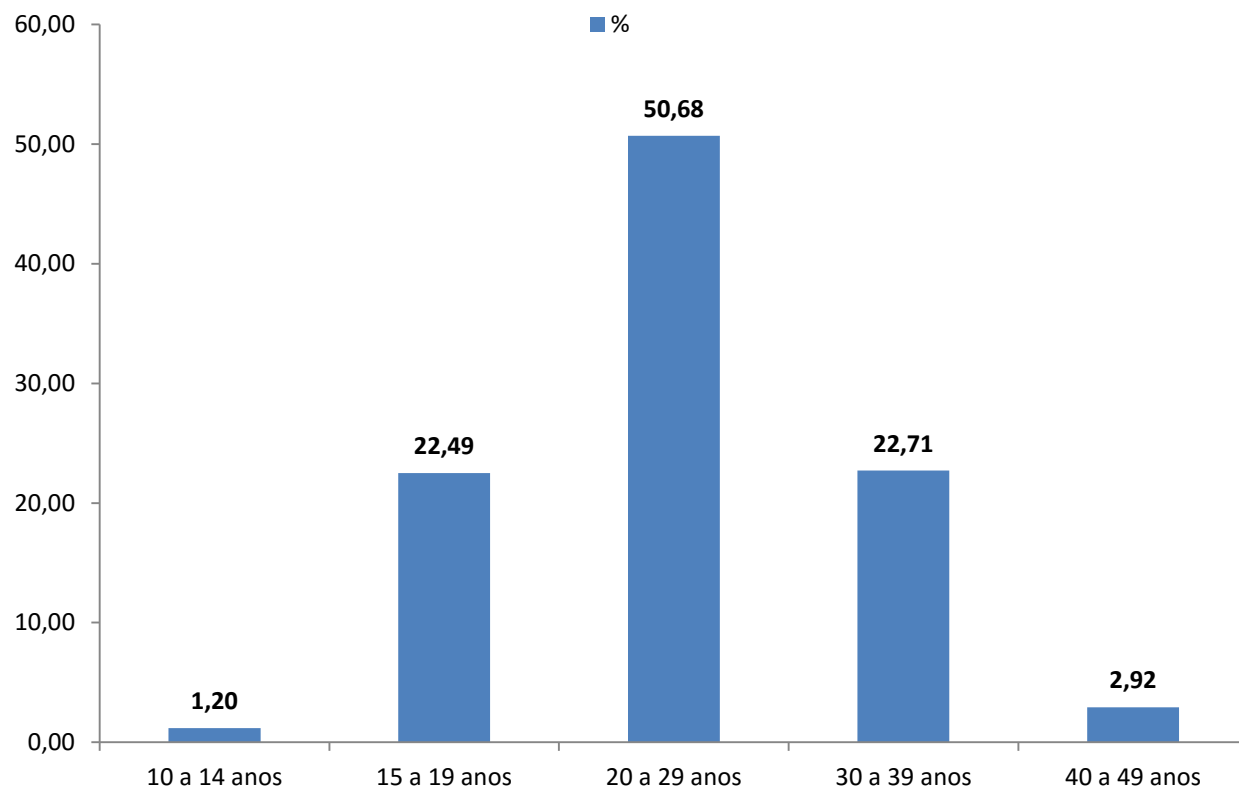


Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

Dados preliminares sujeitos à alterações, capturados em 05/08/2015

# Casos de sífilis em gestantes segundo faixa etária (nº e percentual), Santa Catarina, 2005 a julho 2015

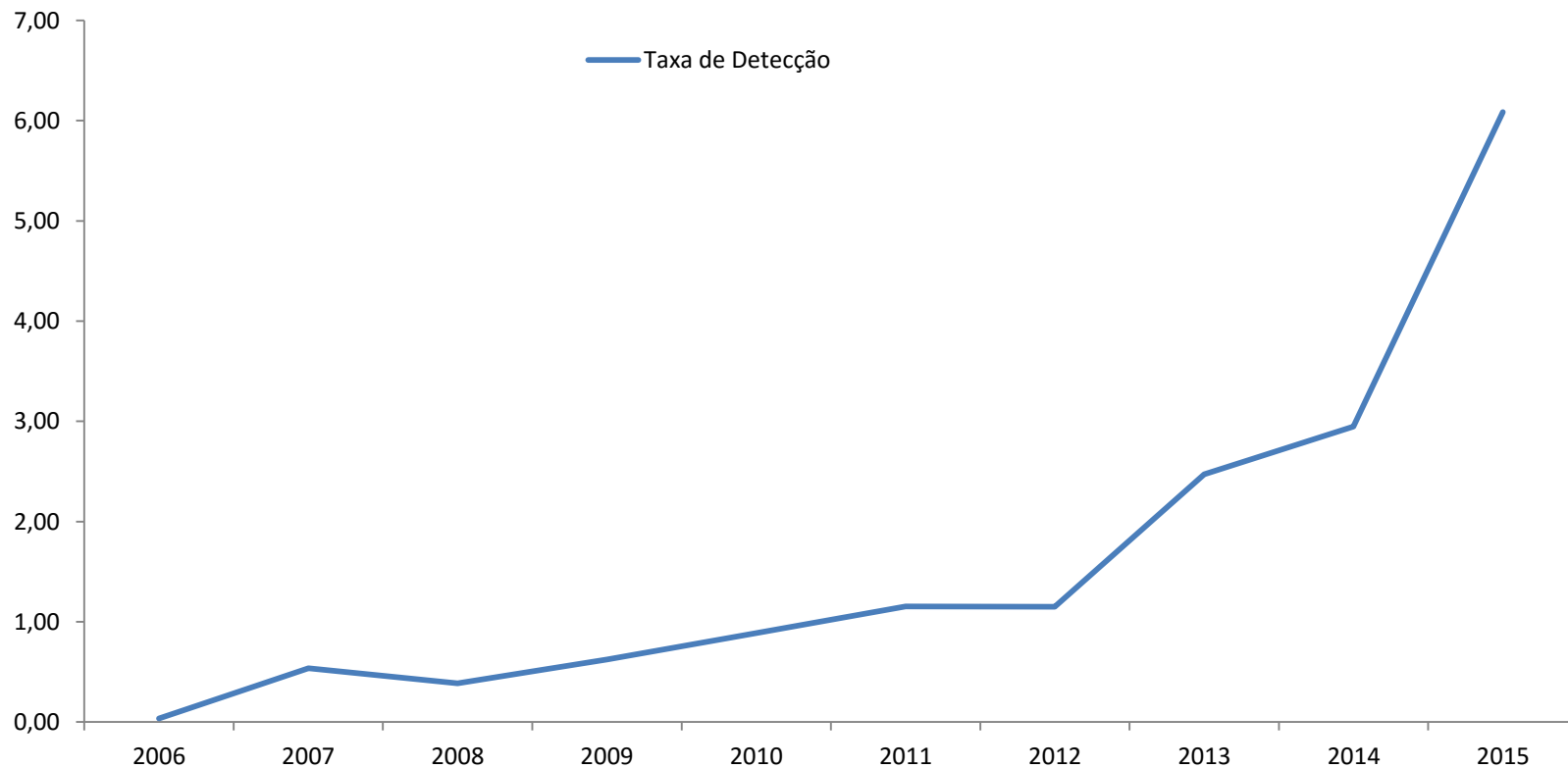
Faixa Etária	Nº	%
10 a 14 anos	39	1,20
15 a 19 anos	731	22,49
20 a 29 anos	1647	<b>50,68</b>
30 a 39 anos	738	22,71
40 a 49 anos	95	2,92
Total	3250	100



Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

Dados preliminares sujeitos à alterações, capturados em 05/08/2015

# Taxa de detecção de Sífilis Congênita (por 1.000 NV), Santa Catarina, 2006 a julho de 2015



Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

Dados preliminares sujeitos à alterações, capturados em 05/08/2015

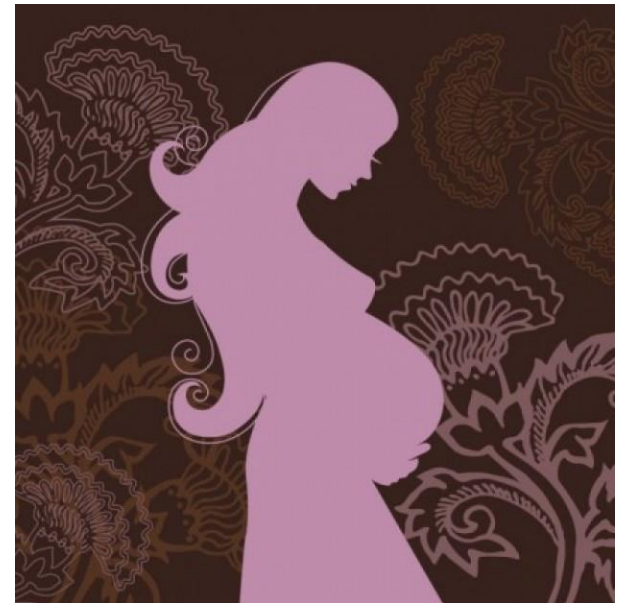
# SÍFILIS CONGÊNITA

- Detecção: “**evento marcador**” de programas de DST e do sistema de atenção ao pré-natal.
- Constitui um parâmetro de avaliação **da qualidade da atenção à saúde da mulher.**
- É prevenível quando se identifica e se trata apropriada e precocemente a gestante infectada e as parcerias sexuais



# SÍFILIS NA GESTAÇÃO/CONGÊNITA

- 29% de óbitos perinatais
  - 11% de óbitos neonatais
  - 26% de natimortos
- 
- Santa Catarina 2014:
    - 268 casos de Sífilis Congênita
      - 20 abortos
      - 16 natimortos



# SÍFILIS NA GESTAÇÃO

- Dados de pré-natal

- Gestantes em pré-natal: 96,5%
- 6 ou + consultas: 60,3%
- 1 teste VDRL: 75,1%
- 2 testes VDRL: 16,9%
  - 0,4% positivaram

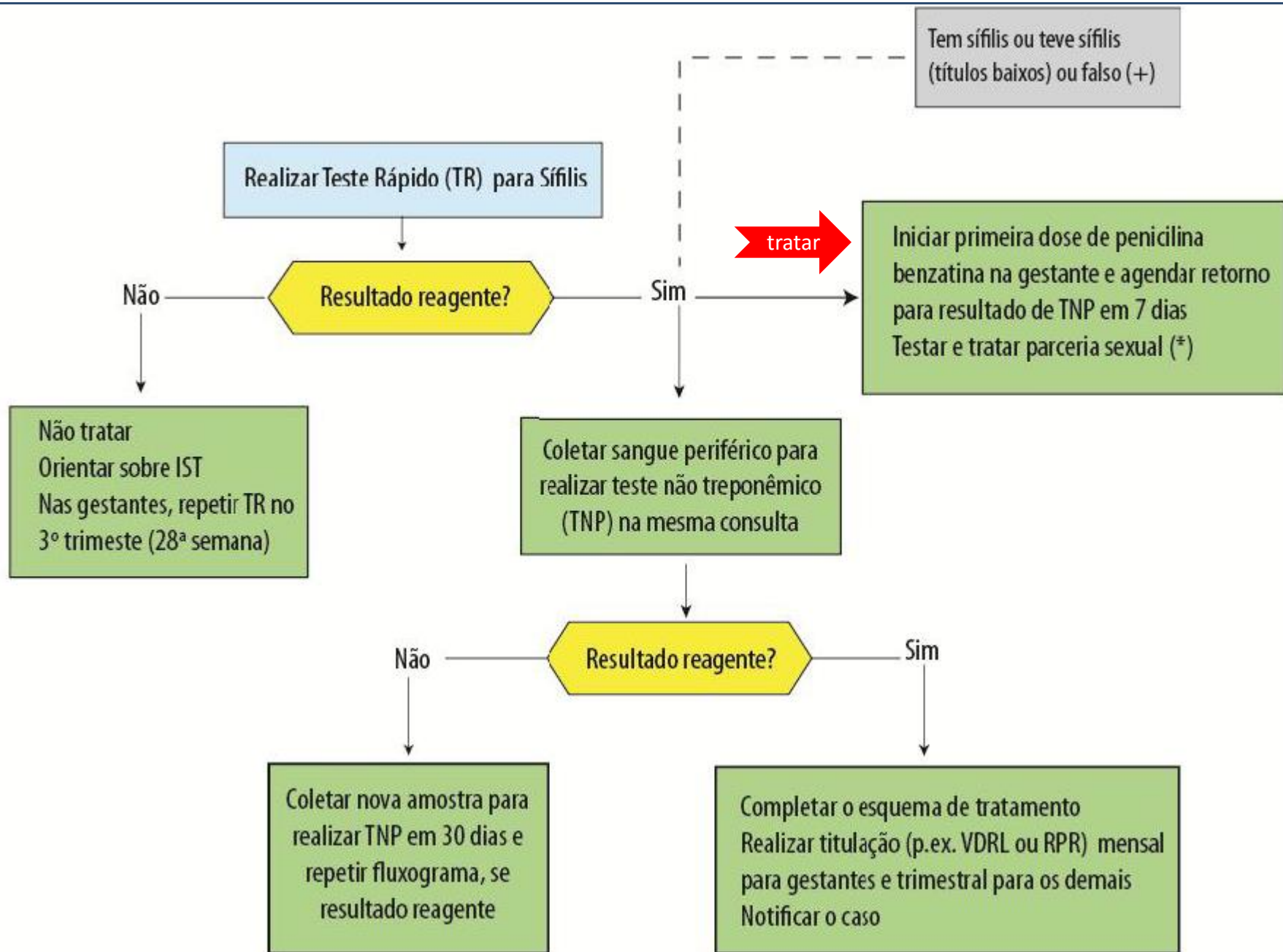
- Apenas **12%** das parturientes realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal, realizaram os testes de HIV e os dois testes de sífilis na gestação.

# SÍFILIS NA GESTAÇÃO

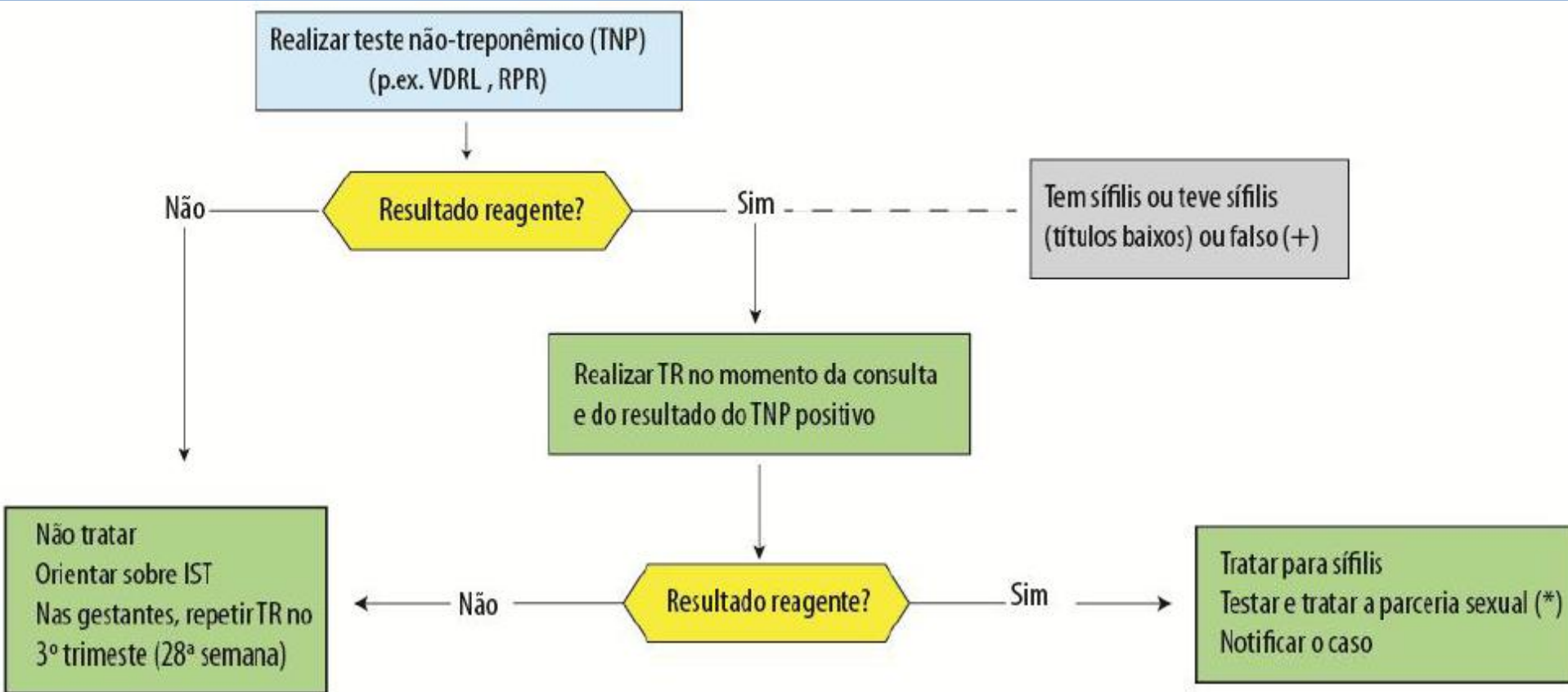
- Adequada triagem e tratamento materno são a chave para a prevenção da sífilis congênita
  - Testar TODAS as gestantes
- 3 testes:
  1. TRIMESTRE de pré-natal (preferencialmente 1º trimestre)
  2. repetir no 3º TRIMESTRE (próximo da 28ª semana)
  3. ADMISSÃO NA MATERNIDADE (parto /abortamento)

**“OPORTUNIDADE” PARA O TESTE RÁPIDO**

# Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste rápido com teste não treponêmico confirmatório



# Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste não treponêmico com teste rápido confirmatório



# "NOVA" ABORDAGEM DAS PARCERIAS SEXUAIS

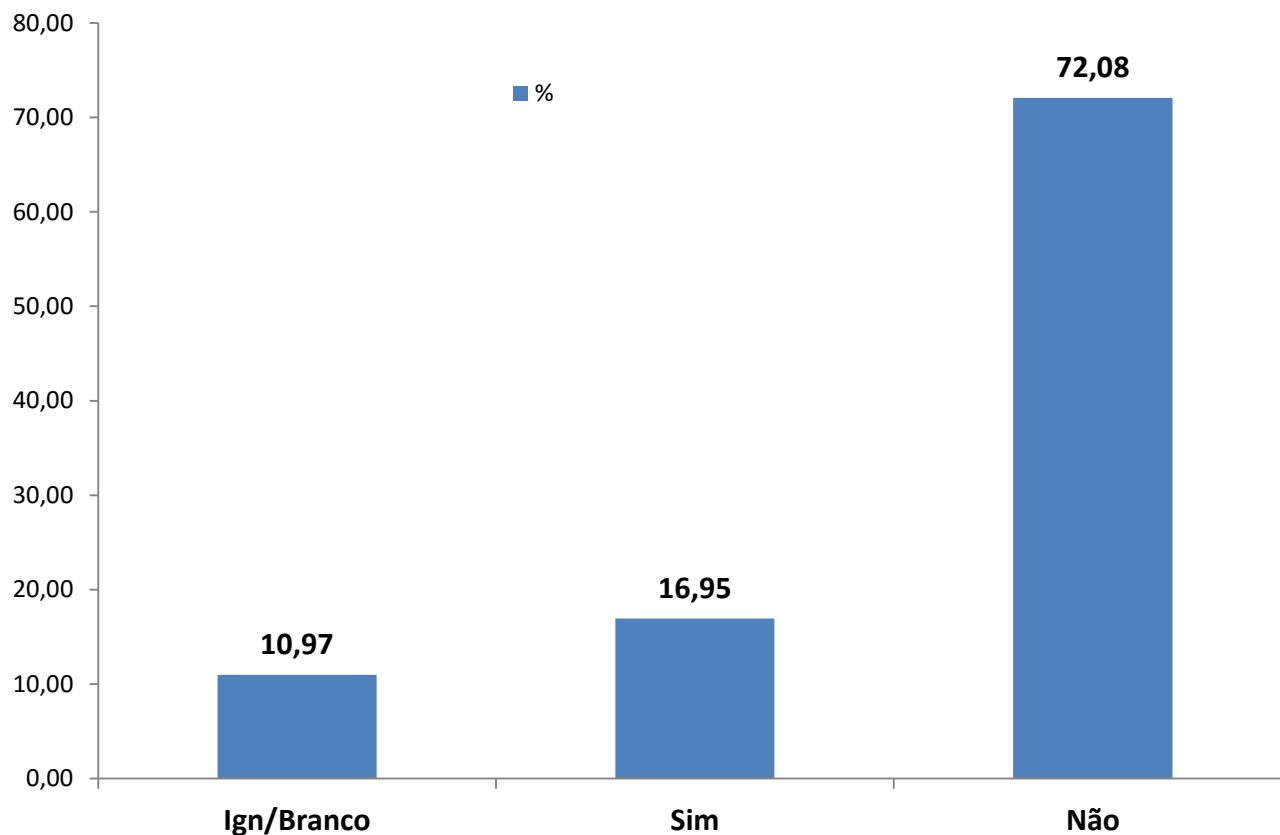
- As parcerias sexuais deverão ser testadas
- As **parcerias sexuais com TR positivo** deverão:
  - (1) realizar Teste Não Treponêmico;
  - (2) tratar com esquema de **sífilis latente tardia** na ausência de sintomatologia ou história clínica de úlcera genital.
- O não tratamento da **parceria sexual com sífilis** implica "tratamento inadequado da mãe" e o conceito será considerado como "sífilis congênita".

- APENAS PARA FINS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:
  - A ausência da informação de tratamento da parceria sexual deixa de ser um dos critérios de notificação de sífilis congênita

**Nova série histórica a partir de 2015 com a mudança dos critérios**

# Casos notificados de Sífilis Congênita (número e percentual), segundo realização do tratamento do parceiro, Santa Catarina, 2006 a julho 2015

Trata do Parceiro	N	%
Ign/Branco	121	10,97
Sim	187	16,95
Não	795	<b>72,08</b>
Total	1103	100

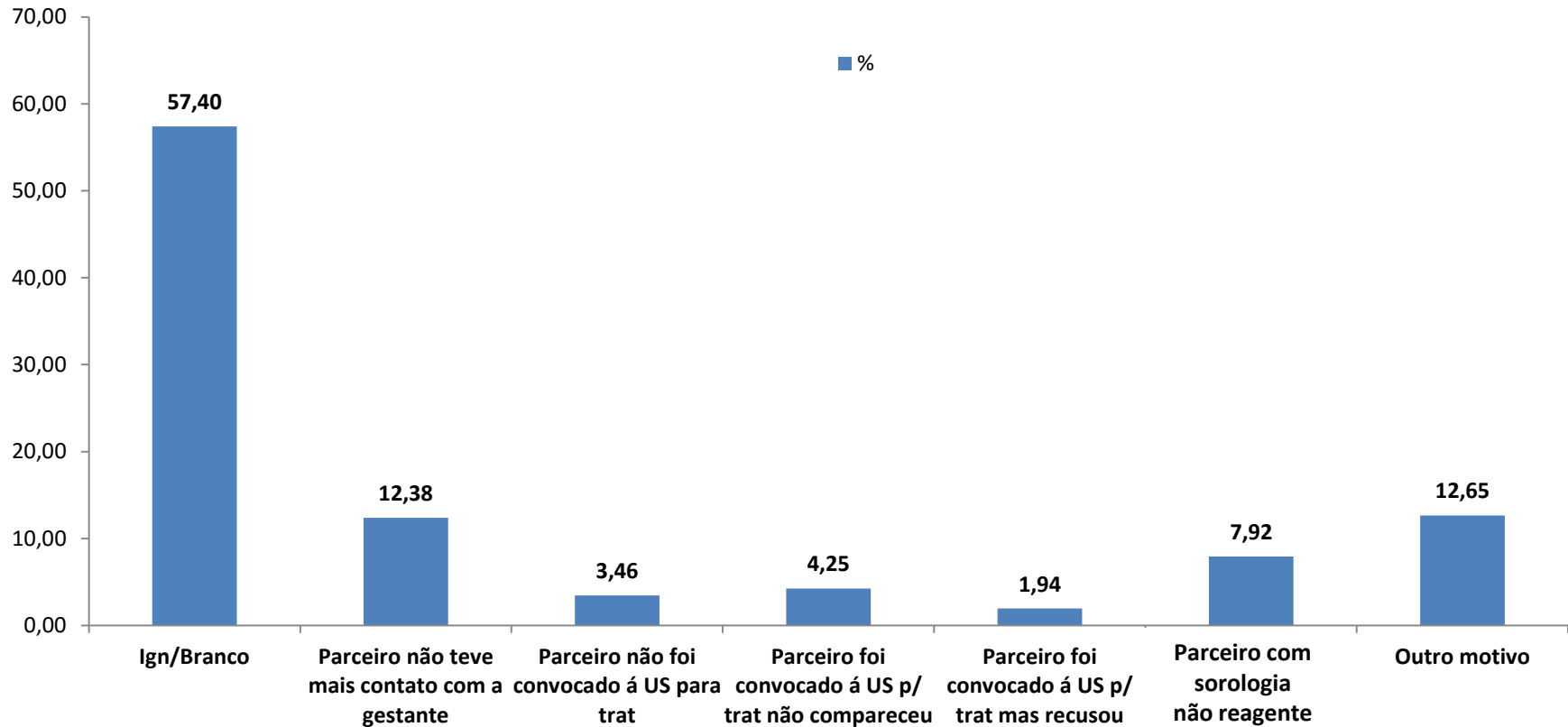


Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

Dados preliminares sujeitos à alterações, capturados em 05/08/2015



# Casos notificados de Sífilis em gestantes (número e percentual) segundo motivo da não realização do tratamento do parceiro, Santa Catarina, 2005 a julho 2015



Fonte: Sinan Net DIVE/SUV/SES-SC

Dados preliminares sujeitos à alterações, capturados em 05/08/2015

# TRATAMENTO PARA GESTANTES COM SÍFILIS

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	1 série Dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000 UI	1 semana	VDRL mensal

Boa evidência de segurança para tratamento na APS

# TRATAMENTO PARA GESTANTES COM SÍFILIS

- Gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina
  1. Após teste de sensibilidade
  2. Devem ser dessensibilizadas
  3. Posteriormente tratadas com penicilina
  - Na impossibilidade, deverão ser tratadas com:
    - Ceftriaxona 500mg, IM, 1x/dia, por 10 dias<sup>1</sup>
- Doxiciclina e tetraciclina são **contra-indicadas**

<sup>1</sup> Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Cuidado Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – 2015 MS/DDAHV

# TRATAMENTO NÃO-PENICILINA

## GESTANTE COM SÍFILIS

- A gestante será considerada **não adequadamente tratada** para fins de transmissão fetal
- Obrigatória a **investigação e o tratamento adequado da criança** logo após seu nascimento
- Notificação de sífilis congênita

# PENICILINA – “RISCO?”

# O MITO

- “A reação alérgica a Penicilina Benzatina é algo comum”
- “A administração da Penicilina G Benzatina gera um grande perigo de anafilaxia/choque anafilático”
- “A administração da Penicilina G Benzatina na Atenção Primária traz um risco ao paciente e a equipe de saúde assistente, que supera os benefícios do seu uso”

# PENICILINA

- Apesar de as penicilinas estarem disponíveis **desde 1940**, são medicamentos que constantemente têm sua **segurança questionada**.
- Estima-se que cerca de **90%** dos indivíduos que se dizem hipersensíveis à penicilina **não são alérgicos**<sup>1</sup>
- Muitas vezes, o relato de reações refere-se a **distúrbios neuro-vegetativos ou reações vaso-vagais**:
  - Ansiedade, medo, sudorese, associados à dor ou à possibilidade de dor

# REAÇÃO DE JARISCH-HERXHEIMER

mais comum na fase recente da sífilis (85%)

- Inicia-se entre 2-4h após tratamento, podendo durar 24 a 48h

---

- Febre

- Calafrios

- Mialgia

- Cefaléia

- Hipotensão

- Taquicardia

- Acentuação das lesões cutâneas

- Não se trata de alergia
- Tratar com sintomáticos



# Portarias

- Portaria nº 156/GM/MS, de 19 de janeiro de 2006
  - Medicamentos e instrumental mínimo para tratar eventuais reações adversas de anafilaxia
  - Aumento da insegurança dos profissionais

# Portarias

- Portaria nº 156/GM/MS, de 19 de janeiro de 2006
- **Portaria GM nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**
  - Revoga a Portaria nº 156
  - Administração da penicilina nas unidades de APS, sem necessidade de equipamentos de emergência
  - Receio permanece
- Necessárias informações corretas e atualizadas sobre os riscos dessa administração

# Parecer técnico



**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA**

Autarquia Federal criada pela Lei N° 5.905/73

**PARECER COREN/SC N° 010/CT/2013**

*Assunto: Solicitação de Parecer Técnico sobre a aplicação de Benzetacil em Unidade Básicas de Saúde, quando prescrito por Médico.*

Florianópolis, 13 de setembro de 2013.

# Parecer técnico



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA  
Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

PARECER COREN/SC Nº 010/CT/2013

*Assunto: Solicitação de Parecer Técnico sobre a aplicação de Benzetacil em Unidade Básicas de Saúde, quando prescrito por Médico.*

Florianópolis, 13 de setembro de 2013.

## III – Da Conclusão

Ante ao exposto, o Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina é de parecer favorável a realização de Benzetacil na Unidade Básica de Saúde, pelos profissionais de Enfermagem, de acordo com o previsto na Portaria Nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, desde que, o médico responsável pela prescrição do referido medicamento esteja presente e que a Unidade de Saúde tenha à disposição medicação, material e equipamento adequado para dar suporte a todo e qualquer tipo de reação de hipersensibilidade, incluindo choque anafilático. Entenda-se por material e equipamento

# Parecer técnico



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

### PARECER COREN/SC Nº 01/CT/2015

*Assunto: Solicitação de Parecer Técnico sobre a aplicação de Benzilpenicilinas em Unidade Básicas de Saúde, quando prescrito por Médico.*

Parecer Homologado pelo Plenário do COREN-SC na 528ª Reunião Plenária Ordinária do dia 23 de abril de 2015.

# Parecer técnico



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA  
Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

PARECER COREN/SC Nº 01/CT/2015

*Assunto: Solicitação de Parecer Técnico sobre a aplicação de Benzilpenicilinas em Unidades Básicas de Saúde, quando prescrito por Médico.*  
Parecer Homologado pelo Plenário do COREN-SC na 528ª Reunião Plenária Ordinária do dia 23 de abril de 2015.

## III. Da Conclusão

Diante do exposto a administração da Benzilpenicilina poderá ser realizada pelos profissionais de enfermagem mediante prescrição médica, em Unidades Básicas de Saúde.

Conclui-se que a administração parenteral da Benzilpenicilina pode ser realizada em Unidades Básicas de Saúde e demais serviços que possam contar com atendimento de urgência e emergência em situação de reação anafilática, conforme determinado em Portaria MS 3161/2011.



15/01/2014

## Cofen discute uso da Benzetacil com Ministério da Saúde

Na reunião foi tratada que as condições necessárias sejam garantidas aos profissionais habilitados a administração da Benzetacil.

[Leia mais](#)



03/02/2015

## Cofen participa de encontro sobre enfrentamento à sífilis

1.506 bebês menores de um ano morreram em decorrência da sífilis no Brasil, entre os anos de 2000 e 2013

[Leia mais](#)



19/03/2015

## Ministério da Saúde e Cofen debatem enfrentamento à sífilis

Enfermagem tem papel fundamental no enfrentamento da doença

[Leia mais](#)



# Penicilina

MAS QUAL É O RISCO?



# RISCO – POSSÍVEL OU PROVÁVEL ?

- POSSIBILIDADE

- O risco, pensado como POSSIBILIDADE de ocorrência de agravo ou dano, pode ser considerado inerente à própria vida.
  - “tudo é possível”

- PROBABILIDADE

- A probabilidade é uma **medida**, é a relação existente entre o número de agravos/danos que poderiam acontecer em uma dada situação e sua real ocorrência.
- É, portanto, a PROBABILIDADE que pode ser avaliada e gerenciada, já que ela admite **gradação**.

- Os alimentos são a maior causa de anafilaxia<sup>1</sup>
  - A segunda maior é decorrente da picada de abelha ou vespa

### CAUSAS DE ANAFILAXIA E REAÇÕES ANAFILACTÓIDES

- | Alimentos,
- Veneno de Himenópteros (Abelhas e Vespas),
- Látex,
- Medicamentos,
- Conservantes (ex.bissulfitos) e Corantes (ex.tartrazina) de alimentos,
- Anafilaxia induzida por exercício.

Fonte: EWAN, P. W. ABC of allergies British Medical Journal, v. 316, 9 may 1998

- Os alimentos são a maior causa de anafilaxia<sup>1</sup>
  - A segunda maior é decorrente da picada de abelha ou vespa

### ALIMENTOS QUE CAUSAM ANAFILAXIA COM MAIOR FREQUÊNCIA

- Frutos do mar (camarão, ostra),
- Nozes (ex. castanha do Pará, amêndoas),
- Gergelim,
- Leite,
- Amendoim,
- Ovos,
- Peixe.

Fonte: EWAN, P. W. ABC of allergies British Medical Journal, v. 316, 9 may 1998

# Safety of Benzathine Penicillin for Preventing Congenital Syphilis: A Systematic Review

Tais F. Galvao<sup>1\*</sup>, Marcus T. Silva<sup>1</sup>, Suzanne J. Serruya<sup>2</sup>, Lori M. Newman<sup>3</sup>, Jeffrey D. Klausner<sup>4</sup>,  
Mauricio G. Pereira<sup>1</sup>, Ricardo Fescina<sup>2</sup>

<sup>1</sup> University of Brasilia, Faculty of Medicine, Brasilia, Distrito Federal, Brazil, <sup>2</sup> Pan-American Health Organization, Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), Montevideo, Uruguay, <sup>3</sup> Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland, <sup>4</sup> Division of Infectious Diseases and Program in Global Health, David Geffen School of Medicine, University of California Los Angeles, Los Angeles, California, United States of America

- Revisão sistemática (13 estudos)
- Objetivo:
  - Estimar o risco de **reações adversas graves à penicilina benzatina** na prevenção da sífilis congênita em mulheres grávidas
- Não foram observadas Reações Adversas Graves ou Mortes nas **1244** gestantes estudadas
- População Geral:
  - 54 casos de anafilaxia em 2.028.982 pacientes tratados
    - 0 a 3 casos de anafilaxia para cada 100 mil pessoas tratadas.

# Safety of Benzathine Penicillin for Preventing Congenital Syphilis: A Systematic Review

Tais F. Galvao<sup>1\*</sup>, Marcus T. Silva<sup>1</sup>, Suzanne J. Serruya<sup>2</sup>, Lori M. Newman<sup>3</sup>, Jeffrey D. Klausner<sup>4</sup>,  
Maurício G. Pereira<sup>1</sup>, Ricardo Fescina<sup>2</sup>

**1** University of Brasília, Faculty of Medicine, Brasília, Distrito Federal, Brazil, **2** Pan-American Health Organization, Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), Montevideo, Uruguay, **3** Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland, **4** Division of Infectious Diseases and Program in Global Health, David Geffen School of Medicine, University of California Los Angeles, Los Angeles, California, United States of America

- Revisão sistemática (13 estudos)
- Objetivos:

## CONCLUSÃO:

A incidência de **reações adversas graves** relatadas nos estudos utilizados para a elaboração desta meta-análise foi **muito baixa**.  
**A terapia à base de penicilina é conduta de escolha** para importantes doenças prevalentes na atenção básica em saúde, o que sugere que os possíveis riscos não ultrapassam seus benefícios.

2.028.982 pacientes tratados  
casos de anafilaxia para cada 100 mil pessoas tratadas.

# Safety of Benzathine Penicillin for Preventing Congenital Syphilis: A Systematic Review

Tais F. Galvão<sup>1\*</sup>, Marcus T. Silva<sup>1</sup>, Suzanne J. Serruya<sup>2</sup>, Lori M. Newman<sup>3</sup>, Jeffrey D. Klausner<sup>4</sup>,  
Maurício G. Pereira<sup>1</sup>, Ricardo Fescina<sup>2</sup>

**1** University of Brasília, Faculty of Medicine, Brasília, Distrito Federal, Brazil, **2** Pan-American Health Organization, Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), Montevideo, Uruguay, **3** Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland, **4** Division of Infectious Diseases and Program in Global Health, David Geffen School of Medicine, University of California Los Angeles, Los Angeles, California, United States of America



- Revisão sistemática (13 estudos)

- Objetivos:

## CONCLUSÃO:

A incidência de **reações adversas graves** relatadas nos estudos utilizados para a elaboração desta meta-análise foi **muito baixa**.  
A **terapia à base de penicilina é conduta de escolha** para importantes doenças prevalentes na atenção básica em saúde, o que sugere que os possíveis riscos não ultrapassam seus benefícios.

2.028.982 pacientes tratados  
casos de anafilaxia para cada 100 mil pessoas tratadas.

## Represcription of penicillin after allergic-like events

Andrea J. Apter, MD, MSc,<sup>a,b,c</sup> Judith L. Kinman, MA,<sup>b</sup> Warren B. Bilker, PhD,<sup>b,d</sup>  
Maximilian Herlim,<sup>b</sup> David J. Margolis, MD, PhD,<sup>b,d,e</sup> Ebbing Lautenbach, MD, MPH,  
MSCE,<sup>b,d,f</sup> Sean Hennessy, PharmD, PhD,<sup>b,c,d</sup> and Brian L. Strom, MD, MPH<sup>b,c,d</sup>  
*Philadelphia, Pa*

J ALLERGY CLIN IMMUNOL  
VOLUME 113, NUMBER 4

- Objetivo:
  - Determinar a frequência de nova prescrição de penicilina em indivíduos alérgicos e o **risco de uma segunda reação**
  - ?

Source population

Patients in GPRD who received at least 1 prescription for penicillin  
3,375,162  
(6212 experienced an ALE)

0,18%

Cohort

2,017,957 received at least 2 prescriptions 60 days apart

Study group

3014 patients experienced ALE following the 1st penicillin

2,014,943 patients did not experience an ALE following the 1st penicillin

Comparison group

1,89%

57 patients experienced an ALE following the 2<sup>nd</sup> penicillin

2957 patients did not experience an ALE following the 2<sup>nd</sup> penicillin

3452 patients experienced an ALE following the 2<sup>nd</sup> penicillin

2,011,491 patients did not experience an ALE following the 2<sup>nd</sup> penicillin

ALE= Allergic-like event  
GPRD=General Practice Research Database



**TABLE II.** Description of the allergic-like event following the first and second penicillin prescriptions

<b>Event type*</b>	<b>First penicillin (N = 3014) N (column %)</b>	<b>Second penicillin (N = 3509) N (column %)</b>
Anaphylaxis	16 (0.53)	32 (0.91)
Angioedema	106 (3.52)	131 (3.73)
Laryngospasm	19 (0.63)	18 (0.51)
Urticaria	2275 (75.48)	2589 (73.78)
Erythema multiforme	237 (7.86)	220 (6.27)
TEN	6 (0.20)	11 (0.31)
Dermatitis due to an ingested drug	11 (0.36)	11 (0.31)
Adverse drug reaction to an ingested drug	344 (11.41)	497 (14.16)
<b>Total</b>	<b>3014</b>	<b>3509</b>

\*As cited in the GPRD medical record.

# RISCO DE OUTROS MEDICAMENTOS

- AINE (ex. diclofenaco)
  - Mais da metade das anafilaxias induzidas por drogas são atribuídas ao AINEs
    - » Rev. bras. alerg. imunopatol. – Vol. 32, Nº 1, 2009- Reações adversas aos AINEs
- Anestésicos Locais (ex. lidocaína)
  - reações anafiláticas entre 1:3.500 e 1:20.000
    - » Haugen RN, Brown CW. Type I hypersensitivity to lidocaine. J Dru Dermatol.2007;6(12):1222-3

# Dilema



# SEGUIMENTO PÓS-TRATAMENTO

- **VDRL QUANTITATIVO: mensal**
  - Reprogramar periodicidade das consultas de pré-natal
  - Espera-se depois do tratamento (adequado) nas fases primária e secundária:
    - **2 títulos em 3 meses (ex. 1:32 para 1:8) e**
    - **3 títulos em 6 meses (1:4 após seis meses)**
  - título poderá reverter (negativo) em até 1 ano
    - frequente estabilização em baixos títulos, indicando sucesso terapêutico (**cicatriz imunológica ,  $\leq 1:4$** )
  - Pacientes tratadas no estágio latente tardio ou que tiveram múltiplos episódios de sífilis podem mostrar um declínio mais lento dos títulos

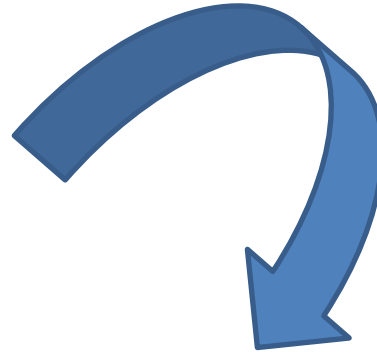
# ELEVAÇÃO DE TÍTULOS, O QUE FAZER?

- A **elevação de 2 títulos** ou mais (ex 1:2 para 1:8) acima do último VDRL realizado, justifica um **novo tratamento**
- Verificar se o parceiro foi tratado (**reinfecção?**)
- Verificar se o tratamento da gestante foi **adequado para a forma clínica** (“subtratamento”)
- Co-infecção **sífilis e HIV** (falência terapêutica?)

# QUAIS OS CRITÉRIOS PARA TRATAMENTO ADEQUADO DE SÍFILIS NA GESTANTE?

1. Tratamento **completo** conforme o estágio da doença, feito com **Penicilina**
2. Tratamento finalizado em **até 30 dias antes do parto**
3. **Parceiro com sífilis tratado adequadamente**
  - QUEBRA DA CADEIA DE TRANSMISSÃO

Com diagnóstico precoce e tratamento adequado, é possível reduzir/eliminar a Sífilis Congênita





# OBRIGADO!

[dstaidshv@saude.sc.gov.br](mailto:dstaidshv@saude.sc.gov.br)

[filipeperini@saude.sc.gov.br](mailto:filipeperini@saude.sc.gov.br)