Manejo da Criança Exposta à Sífilis e com Sífilis Congênita

Realizar teste rápido de sífilis em toda gestante que chega à maternidade, bem como nas mulheres em abortamento Se teste rápido não reagente e ausência de infecção por sífilis: sem necessidade de condutas para a gestante e a criança. Se teste rápido reagente*: avaliar histórico de tratamento de sífilis na gestante A mãe foi tratada de forma adequada durante a gestação? SIM NÃO NOTIFICAR para sífilis congênita e realizar teste não treponêmico sérico da mãe e do recém nascido, ao mesmo tempo. Realizar no Realizar teste não treponêmico (VDRL) sérico da mãe e do recém nascido, ao mesmo tempo. recém nascido hemograma completo e glicemia e coletar o líguor (solicitar celularidade, glicorraquia, proteinorraquia e VDRL) O teste não treponêmico da criança é pelo menos duas diluições MAIOR que o materno? O exame físico do recém nascido, o hemograma e o líguor são normais e o teste não treponêmico do recém nascido é NÃO **REAGENTE?** NÃO SIM O exame físico da criança é NÃO SIM normal? O resultado do SIM NÃO líquor é normal? O teste não treponêmico(VDRL) é SIM NÃO não reagente? Criança exposta à sífilis Sem necessidade de SIM NÃO Criança com sífilis tratamento imediato Criança com sífilis congênita COM **Aplicar** congênita SEM neurossífilis Notificar para sífilis congênita neurossífilis benzilpenicilina Tratar com benzilpenicilina Para definição do tratamento, **Tratar com** benzatina, 50.000 cristalina OU seguir no fluxograma como benzilpenicilina Ul/kg, dose única, Realizar avaliação benzilpenicilina criança nascida de mãe não cristalina, por 10 intramuscular para STORCH procaína, por 10 dias adequadamente tratada dias

Referenciar para seguimento clínico e laboratorial na Unidade Básica de Saúde.

*Crianças nascidas de mulheres diagnosticadas com sífilis antes da gestação atual, com histórico documentado de tratamento adequado dessa sífilis anterior à gestação, com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex.: antes, 1:16, depois, menor ou igual a 1:4), e que durante a gestação atual se mantiveram com títulos de teste não treponêmico baixos e estáveis, não são consideradas crianças expostas à sífilis, e não precisam coletar VDRL no momento do parto.

Não existe uma avaliação complementar que determine com precisão o diagnóstico da infecção na criança. Assim, esse diagnóstico exige uma combinação de avaliação clínica, epidemiológica e laboratorial

A identificação adequada de crianças expostas (mas não infectadas) é tão importante quanto a detecção e tratamento de crianças com sífilis congênita, para não submeter crianças expostas a condutas desnecessárias, como exames invasivos e internações prolongadas.

O Teste Treponêmico de referência para a primeira investigação de Sífilis em gestante para a Secretaria de Saúde do DF é o Teste Rápido. Mas este não é indicado para o recém nascido.

Para se considerar tratamento como adequado, o mesmo deverá ter sido iniciado até 30 dias ANTES do parto e considerado o intervalo de 7 dias entre as doses (ideal) sendo tolerável o intervalo máximo de 14 dias entre as doses.

A presença de sinais e sintomas já inclui a criança na classificação de Sifilis congênita sintomática, com necessidade de notificação compulsória e tratamento imediato. Entrar em contato com o NHEP (VOIP- 5388 ou 5385)