

# Chlamydia Trachomatis: Podemos Esquecer-Nos Dela?

Ramalho A.<sup>1</sup>; Silva Costa A.<sup>2</sup>; Lima, M. <sup>3</sup>; Ferreira, M<sup>a</sup> L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Sobreda; <sup>2</sup>USF Monte da Caparica, <sup>3</sup> USF Cova da Piedade

Contacto: and\_ramalho@hotmail.com

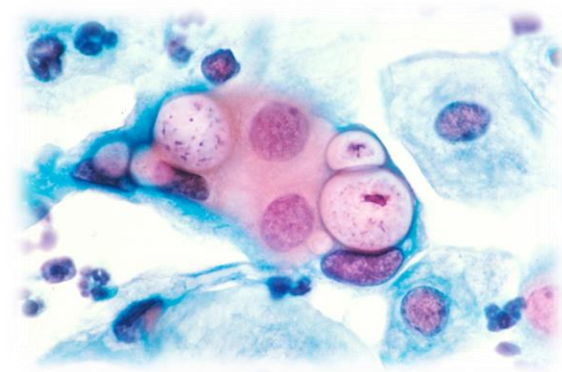


## INTRODUÇÃO E OBJETIVOS:

*Chlamydia trachomatis* (CT) é a infeção bacteriana sexualmente transmitida mais comum mundialmente. A maioria é assintomática (70% em mulheres). A infeção não tratada pode causar sequelas graves, com custos consideráveis: doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, infertilidade e dor pélvica crónica.<sup>1</sup> Este trabalho tem como objetivo rever a evidência relativa à custo-efetividade do rastreio de CT e em que moldes este pode ser realizado nos Cuidados de Saúde Primários.

## METODOLOGIA:

- Pesquisa de artigos em português e inglês, publicados nos últimos 5 anos, no PubMed, NICE e DGS.
- Termos MESH: “chlamydia trachomatis”, “screening”, “cost effective”.
- Nível de evidência (N.E.) classificado usando o método SORT da *American Family Physician*.



## RESULTADOS:



| ENSAIOS CLÍNICOS                             | Desenho do estudo  | Conclusões   | N.E. |
|--|--|--|------|
| Tuite AR, et al (2012) <sup>1</sup>          | Relação custo-eficácia do rastreio anual e custo de sequelas de infeções não tratadas.   | Rastreio anual foi estimado ser altamente rentável.  | 3    |
| Van den Broek IVF, et al (2012) <sup>2</sup> | Rastreio 16-29a, numa região rural da Holanda, consoante o perfil de risco.  | Score de risco é viável, com melhores taxas de positividade e custo-efetividade.   | 1    |
| Gillespie P, et al (2012) <sup>3</sup>       | Rastreio 18-29a que recorreram a: consulta geral, PF e clinica de saúde do estudante. Comparação entre custos de rastreio vs complicações.   | Seria caro implementar Rastreio Nacional.  | 2    |
| Ardine de Wit G, et al (2015) <sup>4</sup>   | Em 3 regiões-piloto dos Países Baixos, rastreio 16-29 anos segundo estruturas diferentes (16-29 anual, 16-24 anual, bianual, a cada 5 anos). | Apenas com taxas de participação elevadas será possível atingir a custo-efetividade. Rastreio a cada 5 anos mais custo efectivo. | 2    |

| GUIDELINES  | Recomendações   | F. R.  |
|---|---|--------|
| The Royal Australian College of General Practitioners (2012) <sup>5</sup> | Rastreio anual ♀ ≤ 25a mostrou reduzir para metade as taxas de infecção e complicações. Rastreio das grávidas apenas se FR.   | B      |
| CDC (2015) <sup>6</sup>   | Rastreio anual ♀ ≤ 25a e outras idades se FR. Repetir 3 meses após tratamento. Rastreio grávidas <25a ou FR e repetir no 3ºT  | B      |
| USPSTF (2015) <sup>7</sup>  | Rastreio anual ♀ ≤ 24a. Rastreio grávidas ≤ 24a ou FR.  | B      |
| European guideline on the management of CT infections (2015) <sup>8</sup> | Rastreio anual ♀ ≤ 25 anos<br>Para alcançar impacto populacional, os programas de rastreio precisam de atingir uma cobertura elevada e altas taxas de notificação de parceiros, tratamento e repetição de testes após tratamento. | B<br>C |
| ECDC (2015) <sup>9</sup>  | Programas de rastreio para ♀ <25a só são recomendados se existirem recursos suficientes disponíveis e adequados para a avaliação e monitorização ter lugar.   | C      |

| REVISÕES                              | Conclusões  | N.E. |
|---------------------------------------|---|------|
| Sufrin CB, et al (2014) <sup>10</sup> | Aquando da colocação do DIU deve ser feito rastreio para CT quando ≤25a sem teste no último ano ou qualquer ♀ com FR, independentemente da idade. | 1    |

| DGS   | Recomendações  | N.E. |
|---|--|------|
| Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: Plano Nacional de Saúde 2011-2016 <sup>11</sup> | Numa primeira fase recomenda-se a avaliação oportunística de 2-2 anos de todas as ♀ seguidas em consultas de PF ou quando solicitam IVG. | 3    |

## DISCUSSÃO:

É recomendado o rastreio anual de CT nas mulheres com ≤ 25 anos (SORT B). No entanto, a custo-efetividade deste rastreio depende da prevalência de infeção, das taxas de adesão e dos custos associados ao diagnóstico e tratamento de complicações. Existe escassa informação sobre a prevalência de CT em Portugal (dados de 2002 apontam para taxas de 4,6%)<sup>11</sup>. Para além disso, o teste recomendado para diagnóstico de CT (NAATs) é realizado em apenas alguns laboratórios e não é participado pelo serviço nacional de saúde. É urgente motivar os jovens para a prevenção e realização de rastreio de doenças sexualmente transmissíveis, com enfoque na CT, e uma intervenção mais ativa por parte dos Médicos de Família na identificação de fatores de risco e pesquisa em populações de risco.

**Bibliografia:**1. Tuite AR, Jayaraman, GC, Allen VG, et al. Estimation of the Burden of Disease and Costs of Genital *Chlamydia trachomatis* Infection in Canada. STD, 2012. 2. Van den Broek IVF, Brouwers EHG, Go'tz HG, et al. Systematic selection of screening participants by risk score in a chlamydia screening programme is feasible and effective. STI 2012. 3. Gillespie P,O'Neill C, Adams E, et al. The cost and cost-effectiveness of opportunistic screening for Chlamydia trachomatis in Ireland STI 2012. 4. Ardine de Wit G,Over EAB,Schmid BV, et al. Chlamydia screening is not cost-effective at low participation rates: evidence from a repeated register-based implementation study in the Netherlands. STI 2015. 5. Guidelines for preventive activities in general practice 8th edition, The Royal Australian College of General Practitioners, 2012. 6. Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines, CDC, 2015. 7. Screening for Chlamydia and Gonorrhea: Recommendation Statement, U.S. Preventive Services Task Force, 2015. 8. Lanjouw E, Ouburg S, HJ de Vries, et al, 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections, Int J STD AIDS. 9. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance on chlamydia control in Europe – 2015. Stockholm: ECDC; 2016. 10. Sufrin CB, Averbach SH. ) Testing for Sexually Transmitted Infections at Intrauterine Device Insertion: An Evidence-based Approach. 2014. 11. Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: Plano Nacional de Saúde 2011-2016, DGS