

Protocolo de Manejo da Doença Inflamatória Pélvica do Hospital Fêmeina

Grupo Hospitalar Conceição

Hospital Fêmeina

Porto Alegre, 2022

Protocolo de Manejo da Doença Inflamatória Pélvica do Hospital Fêmeina

Conteúdo

Nome do Protocolo.....	3
Equipe elaboradora do Protocolo.....	3
Tema do Protocolo.....	3
Microbiologia	3
Fatores de risco	4
Diagnóstico	4
Exames	5
Os critérios para diagnóstico de DIP mais específicos incluem:.....	5
Diagnóstico diferencial	6
Importante – tratamento empírico:	6
.....	7
Tratamento	8
Tratamento Ambulatorial ^[1] _{SEP}	9
Tratamento em pacientes Hospitalizados:	9
Abscesso Tubo-ovariano	10
Indicações para internação	10
Intervenções cirúrgicas	10
Prognóstico	10
Referências.....	11

Nome do Protocolo

Protocolo de Manejo da Doença Inflamatória Pélvica do Hospital Fêmina

Equipe elaboradora do Protocolo

Serviço de Ginecologia

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

Mirela Foresti Jiménez

Catarina Escosteguy Petter

Fabíola Zoppas Fridman

Vicente Sperb Antonello

Tema do Protocolo

Este guia de recomendação para manejo de Doença Inflamatória Pélvica (DIP) e complicações tem como objetivo esclarecer dúvidas pertinentes em relação ao assunto, assim como estabelecer normas e orientações acerca da escolha terapêutica antimicrobiana.

A DIP se refere a infecção aguda do trato genital feminino e que envolve útero, ovário e trompas e pode comprometer os órgãos vizinhos. Geralmente iniciado por agente transmitido sexualmente, que ascende pela cérvix uterina, sendo isso que distingue da infecção pélvica causada por procedimentos, gestação e puerpério e outros processo intra-abdominais que se propagem para os órgãos pélvicos.

Microbiologia

Neisseria gonorrhoeae e *Chlamydia trachomatis* são os agentes causadores mais comuns. No entanto, apesar de iniciar frequentemente com um destes, geralmente a infecção progride como um infecção polimicrobiana, com germes, anaeróbios e facultativos associados: streptococcus do grupo A e B (mais raramente o enterococcus), *E. coli*, *Proteus*

mirabilis, *Haemophilus* spp, *Bacteroides*/ *Prevotella* spp, *Peptococcus*, e *Peptostreptococcus* spp. Sendo que os casos que iniciam com gonoco tem associação de germes em mais de 50% das vezes.

Por isso, para efeitos de tratamento, devemos considerar um tratamento com espectro mais amplo.

Fatores de risco

- Múltiplos parceiros: >4 nos últimos 6 meses aumenta em 3,2 vezes o risco).
- Parceiros com uma DST.
- DIP prévia.
- Idade entre 15-25 anos.
- Método contraceptivo: o uso de preservativo é protetor, assim como de métodos que alterem o muco cervical (contraceptivos orais e DIU com levonorgestrel), diminuindo a ascensão de bactérias. O DIU de cobre não parece causar aumento e o risco estaria limitado às 3 primeiras semanas.

Diagnóstico

O diagnóstico de DIP é difícil pela variedade de sinais e sintomas, devendo-se avaliar os diagnósticos diferenciais. O valor preditivo positivo do diagnóstico clínico de DIP sintomático (salpingite) comparado à laparoscopia é de 65-90%, pois depende da avaliação da característica epidemiológica da população, com maior probabilidade em mulheres jovens, com histórico de doenças sexualmente transmissíveis e taxas locais altas para infecção por clamídea e gonorréia.

Sintomas: dor no baixo ventre e de intensidade variável, geralmente iniciada depois da menstruação e que piora com a relação sexual. Pacientes com doença moderada a grave tendem a ter mais dor, sensibilidade no exame físico e febre. Pode haver sangramento ou corrimento vaginal.

Ao exame especular: pode haver sinais de cervicite e secreção purulenta.

Ao exame de toque bimanual: dor à mobilização do colo uterino e à palpação dos anexos é bastante característica de DIP. Pode ser identificada massa anexial (abscesso tubo-ovariano).

Exames laboratoriais: são bastante inespecíficos. Leucocitose com desvio, PCR.

É importante ressaltar que métodos sorológicos para pesquisa de clamídea/gonococo com ELISA ou PCR não devem tardar o início do tratamento para DIP, sendo estes importantes quando disponíveis, porém complementares, e não necessários para o início da terapêutica.

A Peri-hepatite (síndrome de Fitz-Hugh Curtis) pode ocorrer em DIP e ser visualizada em videolaparoscopia e está mais associada a salpingite gonocócica.

Na US pode ser identificado abscesso tubo-ovariano.

Exames

BHCG, hemograma, PCR, VDRL, Anti HIV, EQU, urocultura.

Para as pacientes internadas – creatinina.

Se houver disponibilidade: coletar exames de secreção vaginal e PCR *C. Trachomatis*.

Ultrassonografia (US) – deve ser realizada na suspeita clínica de abscesso, nas pacientes com sinais sistêmicos de infecção, BHCG positivo ou dúvida diagnóstica.

Exames adicionais, tais como tomografia, videolaparoscopia, podem ser necessários em pacientes graves, com má resposta aos tratamentos, ou com dúvidas diagnósticas.

Na ausência de leucocitose (<10.000 leucócitos) e com PCR <5, o diagnóstico é menos provável.

Os critérios para diagnóstico de DIP mais específicos incluem:

- Biópsia endometrial com evidência histopatológica de endometrite;
- US transvaginal ou RNM mostrando espessamento, presença de líquido em abundância com ou sem líquido livre na cavidade, abscesso tubo-ovariano;
- Doppler sugerindo infecção pélvica (ex. hiperemia tubária);
- Anormalidades laparoscópicas compatíveis com DIP.

No entanto, estes exames, com exceção da US, não são indicados para a investigação básica. Poderão ser utilizados em casos específicos para diagnóstico diferencial.

Diagnóstico diferencial

Apendicite aguda

Gestação ectópica

Aborto infectado

Torção de cisto ovariano

Corpo lúteo hemorrágico

Mittelschmerz (dor ovulatória)

Endometriose

ITU ou cálculo urinário

Gastreenterite, diverticulite

Importante – tratamento empírico:

O diagnóstico clínico presuntivo de DIP é feito na paciente com vida sexual ativa que apresenta dor em baixo ventre, com leucorreia e dor a palpação de região anexial no exame de toque bimanual e para estas pacientes, mesmo que os sintomas sinais sejam não muito expressivos, o início do tratamento não deve ser retardado pelo risco de complicações de longo prazo (infertilidade).

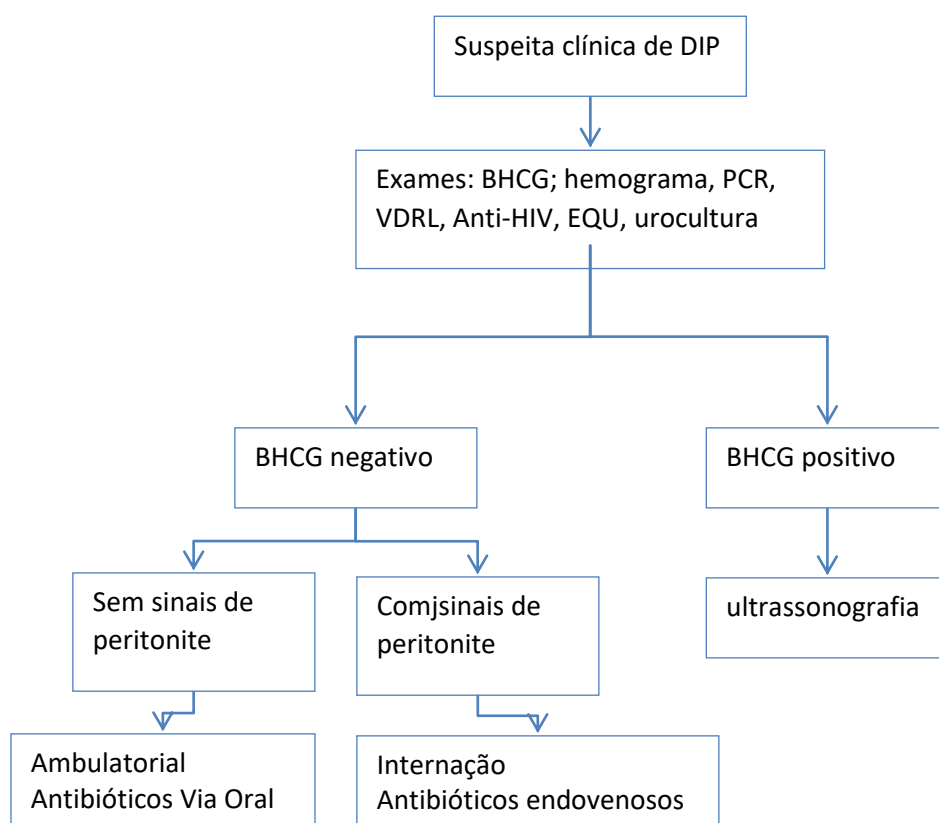


Figura 1 – Fluxograma de manejo da suspeita clínica de DIP

Tratamento

Tabela 1. Recomendação de tratamento ambulatorial da DIP.

Antibióticos ambulatorial:
Ceftriaxone 1g IM dose única + doxicilina 100 mg 12/12horas VO, com ou sem Metronidazol 500 mg 12/12 horas por 14 dias.
Alternativa 1 – Ceftriaxone + Azitromicina 1g semanal por 2 semanas, com ou sem Metronidazol 500 mg 12/12 horas por 14 dias.
Alternativa 2 – Levofloxacino 500 mg por 14 dias, com ou sem Metronidazol 500 mg 12/12 horas por 14 dias.

Tabela 2. Tratamento de pacientes internadas com DIP.

Antibióticos na internação:
Clindamicina 900 mg 8/8 horas IV + Gentamicina 5 mg/Kg/dia IV (não exceder 400mg). Manter IV por 48 horas após a apirética e com melhora clínica.
Alternativa 1 – Cefoxitina 2g 6/6 horas IV + Doxiciclina 100 mg 12/12 horas VO.
Alternativa 2 – Ampicilina/Sulbactam 3g 6/6 horas IV + Doxiciclina 100 mg 12/12 horas VO
Alternativa 3 – Clindamicina + Cefuroxima 750-1.500 mg 8/8 horas IV
<u>Atenção:</u> completar 14 dias de tratamento no total em qualquer das alternativas (somando IV e VO).

- Na ausência de cefuroxima IV, sugerido o uso de Ceftriaxone 1 g.

Tendo em vista que DIP é uma infecção polimicrobiana, o tratamento pode ser feito ambulatorialmente (terapia predominante oral) ou internado (terapia endovenosa).

Tratamento Ambulatorial

Ceftriaxone 1g IM dose única associada com doxiciclina 100 mg 12/12 horas VO por 14 dias.

Na suspeita de vaginose bacteriana está indicado o uso associado de Metronidazol 500 mg 12/12 horas VO por 14 dias.

Alguns poucos trabalhos sugerem que, na interolerância de doxiciclina, o uso de Azitromicina 1g VO semanal por 2 semanas.

Outra alternativa poderia ser o uso de Levofloxacino 500 mg VO por 14 dias com ou sem Metronidazol 500 mg 12/12 horas VO por 14 dias), embora o seu uso deva ser evitado devido ao risco elevado de resistência bacteriana.

Alternativas a estes esquemas são as associações orais de Clindamicina e Cefuroxima, Clindamicina e Doxiciclina ou Amoxicilina/Clavulanato e Doxiciclina.

Tratamento em pacientes Hospitalizados:

Pacientes com indicação de internação hospitalar devem receber tratamento antimicrobiano intravenoso.

Clindamicina 900 mg 8/8 horas associado a Gentamicina 5 mg/kg/dia.

A duração da terapia deve ser de 14 dias. A duração da terapia intravenosa deve ser de no mínimo 24-48 horas após estar apirética e com melhora clínica, podendo então ser trocada para terapia oral completando o total de 14 dias.

O paciente em condições de alta que não tiver completado 14 de tratamento pode fazer uso oral de Clindamicina COM cefuroxima, Amoxicilina/Clavulanato COM doxiciclina OU Doxiciclina COM Metronidazol.

Como regime alternativo, sugerimos o uso de Cefoxitina 2 g IV 6/6 horas associado a doxiciclina VO 100 mg 12/12 horas.

Nos casos de falha terapêutica existe a possibilidade de uso de Ampicilina/Sulbactam 3 g IV 6/6 horas associado a doxiciclina 100 mg VO 12/12 horas [1, 2]. Lembramos que este último esquema não deve ser utilizado inicialmente no tratamento de DIP. O esquema deve completar 14 dias no total (com ou sem terapia oral posterior à melhora clínica).

Outra possibilidade, embora descrita por poucos autores é o uso associado de Clindamicina

e Cefuroxima intravenoso.

Abscesso Tubo-ovariano

Nos casos de abscesso tubo-ovariano o tratamento deve ser realizado preferencialmente com a paciente internada por 10-14 dias. Caso haja melhora clínica importante, a paciente pode completar o tratamento em domicílio.

Indicações para internação

A maioria das pacientes com DIP podem ser tratadas de ambulatório.

No entanto, algumas precisam de internação. São critérios para internação:

- Pacientes gravemente comprometidas: com febre alta, N/V, dor forte.
- DIP complicada com abscesso tubo-ovariano.
- Possibilidade de intervenção por suspeita de ruptura de abscesso tubo-ovariano.
- Dificuldade para uso de medicação VO por N/V.
- Falta de resposta ou intolerância aos medicamentos VO.
- Quando não se pode afastar o diagnóstico de apendicite aguda.

Intervenções cirúrgicas

Abscesso tubo-ovariano pode ser tratado com antibioticoterapia e é resolvido em cerca de 70% dos casos.

A intervenção cirúrgica é necessária quando houver suspeita de ruptura ou resposta inadequada aos antibióticos em 48-72 horas.

Drenagem em fundo de saco vaginal, quando possível o acesso.

A drenagem com controle US é uma excelente alternativa, sendo a laparoscopia ou laparotomia reservada para os casos não resolvidos com a drenagem por US ou suspeita de ruptura de abscesso.

Prognóstico

Risco de recidivas, sequelas como dor pélvica crônica, dispareunia, gestação ectópica e infertilidade ocorrem em ¼ das pacientes.

Risco de infertilidade é de 10% depois do primeiro episódio e aumenta para 50% depois do terceiro.

Referências

1. Aplicativo SCIH-HFE – Antibióticos.
2. https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents?search=doença%20inflamatória%20pélvica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
3. Current Medical Diagnosis and Treatment, capítulo 18, p 792-793, 2019.
4. Rotinas em Ginecologia, 2017.
5. MANDELL GL, BENNETT JE, DOLIN R. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th Ed. New York: Churchill Livingstone; 2009.
6. Centers for Disease Control and Prevention 2010. Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines 2010
7. Pelvic Inflammatory Disease: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/pid.htm>
Acessado em 18 de novembro de 2013.
8. McGregor JA, Crombleholme WR, Newton E, et al. Randomized comparison of ampicillin-sulbactam to cefoxitin and doxycycline or clindamycin and gentamicin in the treatment of pelvic inflammatory disease or endometritis. Obstet Gynecol 1994; 83:998–1004
9. Savaris RF, Teixeira LM, Torres TG, et al. Comparing ceftriaxone plus azithromycin or doxycycline for pelvic inflammatory disease: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2007;110:53–60.
10. Bowie WR. Lack of in vitro activity of cefoxitin, cefamandole, cefuroxime, and piperacillin against Chlamydia trachomatis. Antimicrob Agents Chemother. 1982 Feb;21(2):339-40.
11. Saini S, Gupta N, Aparna, Batra G, Arora DR. Role of anaerobes in acute pelvic inflammatory disease. Indian J Med Microbiol. 2003 Jul-Sep;21(3):189-92.
12. Workowski KA, Berman SM. Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines. Clin Infect Dis. 2011 Dec;53 Suppl 3:S59-63.