



Doença inflamatória pélvica

Resumo de diretriz NHG M50 (primeira revisão, setembro 2005)

Dekker JH, Veehof LJG, Hinloopen RJ, Van Kessel T, Boukes FS

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Definições
- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Exames adicionais
 - Avaliação
- Conduta
 - Orientação
 - Tratamento não medicamentoso
 - Medicação
 - Acompanhamento
 - Consulta e encaminhamento

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Definições

Doença inflamatória pélvica (DIP): inflamação da região pélvica devido à propagação de microrganismos (em 60% dos casos, um microrganismo sexualmente transmitido) a partir da vagina e do colo do útero para o endométrio, trompas de falópio e estruturas adjacente. Uma DIP manifesta-se normalmente com um padrão subagudo de sintomas; dor abdominal é sintoma obrigatório.

Diagnóstico

Anamnese

- Duração, curso e localização da dor.
- Febre.
- Disfunção miccional, defecação (alterada).
- Relação com o ciclo menstrual, perda de sangue intermenstrual.
- Possibilidade de gravidez.
- Recente (<1 mês) inserção de DIU, curetagem ou o parto.
- Apendicectomia, DIP anterior ou endometriose na história.
- Risco de doença sexualmente transmissível (DST): contato sexual desprotegido com múltiplos parceiros (ou parceiro com contatos múltiplos), novo parceiro, parceiro com sintomas de uretrite ou uma DST comprovada.

Exame físico

- A temperatura corpórea.
- A palpação do abdômen: dor à pressão, dor na decompressão súbita, defesa muscular e localização das dores.
- Exame especular: secreção purulenta do colo do útero.
- Exame de toque vaginal: dor à palpação do colo do útero, região adnexal dolorosa ou inchada.

Exames adicionais

- Exame de urina (ver diretriz *Infecções do trato urinário*);
- Laboratório: VHS
- Diagnóstico de PCR para testar infecção por clamídia e gonorréia, bem como a cultura para a gonorréia com determinação de resistência.
- Teste de gravidez, se a gravidez não pode ser excluída com certeza.

Avaliação

Os critérios para o diagnóstico de DIP são:

- dor abdominal não aguda;
- dor adnexal no exame vaginal;
- região adnexal dolorosa ou inchada;
- VHS ≥ 15 mm ou temperatura $>38^{\circ}\text{C}$;

- nenhuma evidência para outros diagnósticos (gravidez ectópica, apendicite aguda, torção de tumor adnexal ou mioma, ruptura ou hemorragia de corpo lúteo, infecção do trato urinário, dismenorréia, síndrome do intestino irritável).

Iniciar o tratamento medicinal *diretamente* na presença de todos os cinco critérios. Espere, nos outros casos, os resultados do teste de clamídia e gonorréia sob reavaliação frequente.

Considere iniciar a terapia medicinal em mulheres com um risco aumentado de DST, recente inserção de DIU, curetagem ou parto, DIP na história, secreção purulenta do colo do útero ou intenção de ter filhos, mesmo se nem todos os critérios acima estiverem presentes.

Conduta

Orientação

- Prestar atenção ao risco de DST em DIP.
- A contaminação nem sempre ocorreu recentemente
- O parceiro (fixo) masculino de uma mulher com DIP é aconselhado a ser examinado, mesmo que ele não tenha queixas.
- Discutir a possibilidade de rastreio de contatos numa infecção por clamídia ou gonorréia comprovada.
- Uso de absorvente interno não precisa ser desencorajado.

Terapia não medicamentosa

- Aconselhar a evitar quaisquer atividade extenuante até que os sintomas reduzam claramente
- Solicitar que a paciente meça temperatura diariamente.
- Remover DIU diretamente ou em controle depois de dois dias.

Medicação

- Ofloxacino 2x/dia 400 mg e metronidazol 2 x/dia 500 mg durante 14 dias.
- Se existe um parceiro com corrimento purulento ou gonorréia comprovada o tratamento consiste em: cefotaxima 1 g IM dose única e doxiciclina 100 mg 2x/dia e metronidazol 500 mg 2x/dia, 14 dias.
- Ajustar o tratamento eventualmente após os resultados do teste e cultura. Tratar em uma infecção por clamídia ou gonorréia comprovada também os parceiros do sexo masculino.

Acompanhamento

- Instruir paciente a entrar em contato em piora dos sintomas contatos.
- Depois de dois dias: avaliar o efeito do tratamento com base nas queixas e temperatura. Em um curso favorável controle após a conclusão do tratamento; Repita o exame físico em melhoria insuficiente. Consultar, em resultados alterados, um ginecologista.
- Após a cura: discutir possíveis consequências à fertilidade e apontar o aumento do risco de uma gravidez ectópica. Para aconselhamento sobre prevenção de DST, consultar diretriz *Doenças sexualmente transmissíveis*.

Consulta e encaminhamento

Indicações para consulta ou encaminhamento a um ginecologista:

- dúvida diagnóstica
- grave mal-estar;
- efeito insuficiente de tratamento;
- suspeita de abscesso na pelve;
- indivíduos imunocomprometidos;
- gravidez.