

FATORES QUE DETERMINAM O DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

FACTORS THAT DETERMINE THE DEVELOPMENT OF THE INFLAMMATORY PELVIC DISEASE

Jesiane Rocha da Silva Maia^{1*}, Ruth Canuto Bezerra¹, Andrielle Scariote¹, Antônio Carlos Alves Barroso².

1. Acadêmico(s) do curso de Medicina. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.

***Autor correspondente:** jes_sr@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma síndrome clínica aguda resultante da ascensão de micro-organismos do trato genital inferior. Vários fatores estão relacionados ao seu desenvolvimento. **Objetivo:** Demonstrar os fatores que determinam o desenvolvimento da Doença Inflamatória Pélvica. **Método:** Trata-se de revisão integrativa da literatura, com publicações entre os anos de 2010 a 2020 nas Bases de Dados do Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e outros através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). **Resultados:** Os resultados mostram que a faixa etária acometida é de mulheres sexualmente ativas, incidência mais alta entre adolescentes, fatores socioeconômicos, culturais, múltiplos parceiros, manipulação uterina e presença de doenças sexualmente transmissíveis estão associadas à DIP. O tempo entre diagnóstico e tratamento influencia diretamente o prognóstico da paciente, aumentando ou diminuindo o risco de sequelas. **Conclusão:** São necessárias políticas de saúde vigentes que contribuam para o diagnóstico e tratamento precoces da Doença Inflamatória Pélvica afim de evitar futuras complicações.

Palavras-chave: Doença Inflamatória pélvica. Infecção por *Neisseria Gonorrhoeae*. *Chlamydia trachomatis*. Doenças sexualmente transmissíveis.

ABSTRACT

Introduction: Pelvic inflammatory disease (PID) is an acute clinical syndrome resulting from the rise of microorganisms from the lower genital tract. Several factors are related to its development. **Objective:** To demonstrate the factors that determine the development of Pelvic Inflammatory Disease. **Method:** This is an integrative literature review, with publications between the years 2010 to 2020 in the Databases of the Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) and others through the Virtual Health Library (VHL). **Results:** The results show that the age group affected is sexually active women, higher incidence among adolescents, socioeconomic, cultural factors, multiple partners, uterine manipulation and the presence of sexually transmitted diseases are associated with PID. The time between diagnosis and treatment

directly influences the patient's prognosis, increasing or decreasing the risk of sequels. **Conclusion:** Current health policies are needed that contribute to the early diagnosis and treatment of Pelvic Inflammatory Disease in order to avoid future complications.

Keywords: Pelvic inflammatory disease. Neisseria Gonorrhoea infection. Chlamydia trachomatis. Sexually transmitted diseases.

INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma síndrome clínica aguda resultante da ascensão de micro-organismos do trato genital inferior, esta constitui-se em espontânea ou secundária à manipulação, afetando endométrio, anexos uterinos e demais estruturas, não relacionadas com ciclo gravídico-puerperal ou cirurgias pélvicas¹.

Quando indagamos sobre os fatores de risco para o surgimento da Doença Inflamatória Pélvica sobressaem-se mulheres com múltiplos parceiros sexuais; alta frequência de coito; coito desprotegido; mulheres jovens; presença de dispositivos intrauterinos e história anterior de infecção sexualmente transmissível. Destaca-se também fatores socioeconômicos, referente aos acessos a serviços de saúde, condições de higiene, tratamento, fatores ambientais, comportamentais entre outros^{2, 3}.

A microbiota habitual da vagina tem em sua composição a presença de *Lactobacillus crispatus*, *L. jensenni*, *L. iners*, estes quando acompanhados de po-

lissacarídeos locais, compõem biofilme aderente à mucosa, este biofilme protege os lactobacilos das modificações resultantes das variações hormonais, relações sexuais e métodos higiênicos. E como exemplos de patógenos endógenos e sexualmente transmissíveis encontrados na doença inflamatória pélvica os principais são *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *M. hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *U. parvum*, *Trichomonas vaginalis*, Citomegalovírus e o Herpes Vírus Simples⁴.

Tal quadro clínico na maioria dos casos é assintomático, desta maneira é necessário que os médicos analisem os sintomas leves, como metrorragia, corrimento vaginal anômalo, sangramento pós-coito e frequência urinária como sintomas possíveis pertinentes à doença, principalmente em mulheres com fatores de risco para infecção sexualmente transmissível. O diagnóstico de DIP é fundamentado nos achados de inflamação do trato genital inferior junto com a sensibilidade nos órgãos pélvicos, que se acentua durante o exame ginecológico, assim o exame

físico carece um detalhamento e a história clínica da paciente necessita de um bom colhimento. Por isso, a importância de o médico avaliar a DIP no diagnóstico diferencial de mulheres que buscam o ambulatório ou emergências com queixa dor em abdome inferior⁵.

O diagnóstico de DIP aguda é um pouco mais difícil, pois há uma grande variação nos sinais e sintomas, assim como as queixas iniciais quando leves, chegam a passar despercebidas, essa demora no diagnóstico e no tratamento cooperam para as sequelas reprodutivas².

No decorrer de sua evolução, a doença inflamatória pélvica (DIP) pode desencadear infertilidade em 20% dos casos, essas chances aumentam entre as mulheres que apresentam 3 ou mais episódios de infecção, chegando a 50%, além de gravidez ectópica em 9% dos casos e dor pélvica em 18%. No Brasil, os dados epidemiológicos pertinentes à DIP são precários e subestimados, fato decorrente de uma subnotificação e carência de diagnóstico⁶.

O diagnóstico precoce acompanhado de um tratamento imediato é essencial para prevenir sequelas. A DIP leve a moderada sem formação de abscesso viabiliza um tratamento em regime externo⁷.

Assim sendo, este artigo tem por objetivo principal descrever os fatores que determinam o desenvolvimento da Doença Inflamatória Pélvica.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura e de abordagem qualitativa por meio de dados obtidos de fontes secundárias, no que diz respeito às razões que determinam o desenvolvimento da Doença Inflamatória Pélvica, realizada segundo as etapas seguintes:

- Desígnio e definição da questão norteadora;
- Investigação de produção científica que atenda a questão norteadora, conforme critérios de inclusão e exclusão;
- Coleta de dados;
- Análise dos dados;
- Explicação dos dados;
- Exposição da revisão.

O presente trabalho tem em seu escopo a seguinte questão norteadora: Quais os principais fatores predisponentes para o desenvolvimento da Doença Inflamatória Pélvica?

A pesquisa foi elaborada através do interseção das palavras-chave, acessível nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS):

- Doença Inflamatória pélvica;

- Infecção por *Neisseria Gonorrhoeae*;
- *Chlamydia trachomatis*;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Fatores de risco;
- Diagnóstico.

Foram acessadas as seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e outros através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), uma vez que esta possibilita busca simultânea nas principais fontes nacionais e internacionais.

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram artigos publicados em português, inglês e espanhol; publicados no período de 2010 a 2020; seleção do título que contenha referência aos descritores; leitura classificatória do resumo e leitura do texto na íntegra.

Foram excluídos do estudo, idiomas diferentes de português, inglês e espanhol, títulos que não condizem com os descritores, além daqueles que apresentam duplicidade entre as categorias, e texto sem elemento relevante ao escopo do estudo.

Após a aplicação dos critérios

mencionados foram encontrados um total de 31 artigos. Posteriormente à leitura na íntegra dos artigos, foram selecionados 14 artigos, assim realizou-se a leitura detalhada das 14 publicações escolhidas para elaborar a presente revisão.

As informações obtidas foram analisadas de forma descritiva seguindo as seguintes categorias: Infecções por *Neisseria Gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, infecções sexualmente transmissíveis, além de fatores de risco como idade menor que 20 anos, múltiplos parceiros sexuais, alta frequência de coito, coito desprotegido, presença de dispositivos intrauterinos e história anterior de infecção sexualmente transmissível. Deste modo que, os resultados foram destacados de forma que fornecessem respostas a pergunta norteadora da pesquisa.

RESULTADOS

A expressão Doença Inflamatória Pélvica (DIP) engloba um grupo de processos inflamatórios do trato genital feminino superior, como endometrite, salpingite, abscesso tubo-ovariano e peritonite pélvica, doenças estas que tem como principais agentes causadores germes sexualmente transmitidos, dentre eles *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* se destacam em número de casos^{2,8}.

A DIP também é classificada como um processo inflamatório das tubas uterinas, ou mais conhecido como salpingite, resultante de uma Doença Sexualmente Transmissível (DST). Por se tratar de uma patologia de quadro clínico variado e sem especificações, com muita frequência tem seu diagnóstico equivocado. Desta forma, é relevante que a tal infecção iniciada por um agente sexualmente transmissível seja levada em consideração no processo de diferenciação entre DIP e infecções pélvicas como as causadas por procedimentos médicos, gestação e outros processos inflamatórios abdominais⁸.

Conforme estudado, recomenda-se que toda mulher que apresentar queixa de dor abdominal, lombalgia, dispareunia, maculas, manchas ao exame ginecológico ou antes de procedimentos transcervicais necessita ser investigada para DIP⁹.

PATOGENESE

Numa média, 70% das mulheres infectadas pela *Chlamydia* não desenvolve sintomas em sua maioria, destas cerca de 15% a 80% evoluirá para DIP, das quais entre 10% a 20% desenvolverá como seqüela uma infertilidade tubária. Considera-se que a ocorrência de infecção por *Chlamydia* em

adolescentes seja algo em torno de 30%, o que fundamenta a elaboração de políticas educacionais voltadas para prevenção. O *Mycoplasma* tem recebido destaque considerável como agente desencadeante de DIP, tem sido localizado no endométrio e trompas de pacientes com DIP e estando também associado à infertilidade⁹.

Para Bernardi *et al.*, um dos agentes etiológicos mais comuns causador da DIP a *Chlamydia trachomatis*, especialmente em mulheres entre 20 e 24 anos¹⁰.

Dentre as bactérias mais prevalentes como causadoras de Doenças Sexualmente Transmissíveis destaca-se mais uma vez a presente tanto em homens quanto em mulheres¹². A *Chlamydia trachomatis* é capaz de infectar diversos tipos de células e tecidos no corpo humano, possui um número considerável de infecções trato urogenital, onde esse agente infecta as células epiteliais colunares da mucosa genital e o colo do útero, o patógeno possivelmente origina cervicite e uretrite infecciosa em mulheres, além de doença inflamatória pélvica (DIP), gerando, complicações no sistema reprodutivo, que vão desde dor pélvica crônica, gravidez ectópica até infertilidade^{11, 12}.

FATORES DE RISCO

Para Febrônio *et al.*, os principais fatores de risco envolvidos são o histórico de múltiplos parceiros sexuais, a alta constância de coito, mulheres jovens e a presença de dispositivos intrauterinos³.

Miguel *et al.*, defende que um dos fatores de risco de maior relevância para infecção são os jovens ou adolescentes, assim como o número de parceiros sexuais, uso de pílula contraceptiva, histórico de infecção por contato sexual e baixos níveis educacionais e socioeconômicos. Usualmente, a infecção é assintomática em mulheres e pouco notada em homens, porém este fator auxilia como depósito de transmissão de bactérias para parceiros sexuais¹¹.

Em concordância com Miguel *et al.*, o Ministério da Saúde ressalta que indivíduos com baixa escolaridade, desempregados e de famílias com baixa renda, tem mais chances de desenvolver DIP, assim como atividade sexual na adolescência. Os fatores biológicos e comportamentais dessa fase com a atividade sexual triplicam o risco de evolução para DIP nas adolescentes quando comparado o risco em mulheres acima de 25 anos de idade¹³.

Em indivíduo com múltipla parceria sexual ou que tenha apenas um parceiro recente com vários parceiros, a possibilidade de ocorrer salpingite

aumenta de 4 a 6 vezes, de acordo com Fernandes *et al.*⁶.

Para o Ministério da Saúde, a conduta sexual faz com que as pessoas se tornem mais suscetíveis a adquirir Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Um indivíduo com parcerias múltiplas, que iniciou a vida sexual muito cedo, sempre com novas parcerias, mulheres que fazem uso de tampões, uso de duchas vaginais, histórico de vaginites e vaginoses recorrentes, uso de método anticoncepcional, pílulas combinadas, propiciam a infecção por *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*, são mais frágeis por conta de seus hábitos e costumes, e por conta disso, possuem mais risco para desenvolver DIP, contudo não há trabalhos conclusivos¹³.

Como fatores de risco estariam infecções sexualmente transmissíveis prévias ou atuais, indivíduos infectados por clamídia, micoplasmas e/ou gonococos na cérvix uterina apresentam um risco aumentado para doença inflamatória pélvica. E a contaminação por *C. trachomatis* tem chances de desenvolver infecção do trato genital superior a partir de cervicite, em até 30% dos casos. Mulheres com salpingite prévia têm chance somada em 23% de evoluir para um novo episódio infeccioso, muitos parceiros sexuais e parceria sexual atual portadora de uretrite, ou

ainda o uso de método anticoncepcional, o DIU pode conceber um risco três a cinco vezes maior para o desenvolvimento da DIP, principalmente se a mulher for portadora de cervicite¹⁴.

Bernardi et al., define a doença inflamatória pélvica como uma síndrome associada às consequências de uma Doença Sexualmente Transmissível onde os fatores de risco básicos estão conexos a mulheres em atividade sexual, sendo a multiplicidade de parceiros inteiramente proporcional com o aumento do risco de DIP pela elevação de exposição da mulher às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e suas consequências¹⁰.

Adicionalmente outros fatores de risco incluem início precoce das relações sexuais, parceiro com doença sexualmente transmissível (DST), uso de DIU, manipulações do canal cervical e endométrio, baixa situação socioeconômica e história prévia de DIP. Destaca-se que o aumento de risco em usuárias de DIU só ocorre durante um curto período após a inserção do mesmo (3 semanas), possivelmente pertinente a técnica de colocação do DIU¹⁰.

Semelhantemente aos demais autores Romanelli et al., concorda que os fatores relacionados ao comportamento sexual (jovens, parceiros múltiplos, novo parceiro recente, história pregressa ou

infecção por agentes de DST, não utilização de métodos de barreira) e à manipulação e instrumentação uterina (interrupção da gravidez, uso de DIU, histerossalpingografia, fertilização in vitro ou inseminação) estão diretamente ligados ao aumento do risco de desenvolvimento da doença⁹.

Do mesmo modo Mello, et al., faz referência a fatores de risco presença de DST (Gonorreia, Clamídia), idade menor 25 anos, história prévia de DIP, múltiplos parceiros sexuais; início precoce das atividades sexuais, manipulação uterina, estado civil: solteiras e não casadas, vaginose bacteriana; ducha vaginal, relações sexuais durante menstruação, ectopia cervical, baixo nível socioeconômico e também o tabagismo, difere dos demais autores pois menciona parceiro sexual portador de uretrite e relações sexuais durante menstruação como fatores de risco⁸.

QUADRO CLÍNICO

Muitas vezes os sinais e sintomas são sutis ou inespecíficos, como sangramento anormal, dispareunia e colo friável com secreção mucopurulenta. Os sinais clássicos são dor pélvica aguda, dor à mobilização cervical, à palpação dos anexos e febre.⁷

Possuindo um quadro clínico e bastante variável, o sintoma mais comum

é a dor no baixo ventre ou na região lombossacral, podendo ou não estar associada à leucorreia, sangramento vaginal, dispareunia, náusea e vômitos. A dor comumente é bilateral e com permanência menor que duas semanas. No exame físico temperatura axilar $> 38^{\circ}\text{C}$, como sintomas indicativos de DIP tem-se a dor anexial, dor à mobilização do colo e secreção purulenta endocervical. Dor e macicez em hipocôndrio direito na maioria das vezes seguem infecção por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, caminhando a um acometimento hepático. Boa parte dos pacientes com DIP tem sangramento uterino anormal e alguns indivíduos tem DIP sem exibir nenhuma manifestação clínica⁴.

O diagnóstico de DIP é dificultoso pela ampla diferença na intensidade dos sinais e sintomas. Sua adequada identificação é essencial para a eliminação de diagnósticos diferenciais de patologias que, embora apresentem sintomas semelhantes, possuem progressos muito mais agudos e graves que a DIP. Dentro dos casos de DIP cerca de 30% apresentam algum sangramento uterino anormal (SUA)¹⁰.

Secundariamente a endometrite, cervicite ou vaginose com ou não corrimento vaginal, este não previsivelmente específico, mas sua falta

tem alto valor preditivo negativo, dor abdominal baixa (na maioria das vezes bilateral), febre (38°C), sangramento não habitual (como metrorragia), disúria, dispareunia, princípio da dor conexa à menstruação, náuseas e vômitos são todos sintomas sugestivos⁹.

DIAGNÓSTICO

Assim como para demais doenças onde não há quadro clínico específico, para o diagnóstico de DIP é preciso bastante atenção, então quando uma mulher sexualmente ativa se mostrar com dor abdominal baixa, ou dor pélvica, é essencial que se investigue DIP no diagnóstico diferencial, independente da história de atividade sexual atual¹³.

De difícil diagnóstico por sua variedade de sintomas e sinais a DIP aguda passa despercebida muitas vezes, e a demora no diagnóstico e tratamento contribuirão para surgimento de sequelas reprodutivas. O diagnóstico depende da avaliação completa e detalhada da paciente, história clínica completa, exame físico, estudos de laboratório e de imagem, o exame físico precisa conter exame abdominal, exame especular, toque vaginal bimanual e análise a fresco da secreção vaginal. Além da anamnese e exame físico, é mandatório que se faça uma investigação adicional para avaliação do acometimento sistêmico e

fechar o diagnóstico. Como não há nenhum sintoma, sinal ou achado laboratorial sensível e específico o suficiente para firmar sozinho o diagnóstico de DIP, o mesmo costuma a realizar-se de maneira multifatorial⁸.

A laparoscopia e exames bacteriológicos, auxiliam positivamente o diagnóstico, porém são ferramentas que nem sempre estão disponíveis, além disso, seu uso não se justifica quando os sintomas são leves ou vagos, a laparoscopia não detecta endometrite e dificilmente detecta uma inflamação sutil das trompas de Falópio. É considerada o padrão-ouro para o diagnóstico, mas por apresentar uma sensibilidade de 50% e especificidade de 85%, não serve para definir diagnóstico. É bastante indicada quando há suspeitas de outro diagnóstico (como apendicite), ou falha de tratamento em paciente grave e quando não há resposta ao tratamento medicamentoso em 72h. Desse modo, um diagnóstico de DIP geralmente é baseado em achados clínicos imprecisos.^{2,10}

Quadro 1: Critérios para diagnosticar a DIP

Critérios maiores (mais sensíveis e menos específicos para DIP)	<ul style="list-style-type: none"> • Dor no abdome inferior; • Dor à palpação de regiões anexiais; • Dor à mobilização do colo uterino.
Critérios menores (mais específicos para DIP)	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura axilar maior que 38°C; • Conteúdo vaginal ou secreção cervical anormal; • Massa pélvica; • Mais de 5 leucócitos por campo de imersão com solução salina em secreção de endocérvice; • Leucocitose; • Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação

Indicada principalmente quando há suspeição de presença de abscesso, a ultrassonografia, mostra achados que auxiliarão no diagnóstico de DIP como presença de coleções líquidas nas tubas uterinas e fundo de saco de Douglas, borramento nas imediações do útero e anexos e formações sólidas indicativas de abscesso. Com a USG pélvica ou transvaginal há uma corroboração com abscesso tubo-ovariano, líquido livre na pelve e também material espesso em tubas (pioossalpinge)^{8,10}.

Dentre os exames complementares temos acesso aos laboratoriais, como β -HCG, hemograma completo, proteína-C reativa, VSG, exame a fresco de secreção vaginal, imunofluorescência direta para clamídia, urocultura, teste Anti-HIV, VDRL e HbsAg. Exame qualitativo de urina (EQU) para excluir infecção urinária^{4,10}.

Estabeleceu-se ao longo do tempo o uso de critérios para diagnosticar a DIP, segue no quadro abaixo:

	(VHS) elevadas; <ul style="list-style-type: none"> • Comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo ou clamídia;
Crítérios elaborados (confirmatórios)	<ul style="list-style-type: none"> • Evidência histopatológica de endometrite; • Sugestão de abscesso tubo-ovariano ou fundo de saco de Douglas em estudo de imagem (ultrassonografia pélvica ou ressonância nuclear magnética); • Laparoscopia com evidências de DIP (com coleção purulenta, aderências)

Fonte: DCCI/SVS/MS.14

Para o diagnóstico de DIP, é necessária a presença de 3 critérios maiores MAIS 1 critério menor OU 1 critério elaborado.¹⁴

A presença de sinais de inflamação do trato genital inferior (predominância de leucócitos em secreções vaginais, exsudatos cervicais ou cervicais friabilidade), além de um dos três critérios mínimos, aumenta a especificidade do diagnóstico. A biópsia endometrial é garantida em mulheres submetidas a laparoscopia que não tem evidência visual de salpingite, porque a endometrite é o único sinal de DIP para algumas mulheres.²

A DIP é considerada a pior complicação das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e um sério problema de saúde pública. Está relacionada a sequelas importantes a longo prazo, causando morbidades reprodutivas que incluem infertilidade por fator tubário, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. As taxas alteram na literatura entre 9% e 20% e aumentam conforme aumentam o número de episódios¹².

CLASSIFICAÇÃO

A classificação clínico-laparoscópica de DIP pode ser dividida nos seguintes estágios:

- a) Estágio I: Endometrite/salpingite sem peritonite;
- b) Estágio II: Salpingite aguda com peritonite;
- c) Estágio III: Salpingite aguda com oclusão tubária ou abscesso tubo-ovariano;
- d) Estágio IV: Abscesso tubo-ovariano roto;⁹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O profissional de saúde deve estar atento aos diagnósticos diferenciais, como apendicite, gestação ectópica, abortamento séptico, torção ou ruptura de cisto ovariano, dismenorreia, tumor ovariano, adeniose uterina, torção de mioma, endometriose, corpo lúteo hemorrágico, Mittelschmerz, infecção urinária, litíase renal, gastroenterite, colecistite, diverticulite⁸.

TRATAMENTO

O tratamento deve ser iniciado assim que o diagnóstico presuntivo for realizado, objetivando a prevenção de sequelas a longo prazo e baseia-se na administração precoce de antibióticos. Deve-se levar em consideração a disponibilidade, custo e aceitação do paciente.²

Sempre se investiga os parceiros, e trata-os quando necessário. Preconiza-se o repouso e analgesia adequada, remoção de dispositivo intrauterino in situ se necessário, administrar antibióticos por pelo menos 14 dias, e nos casos de abscesso tubo-ovariano ou pélvico, drenar se preciso, é essencial o acompanhamento clínico e bacteriológico quatro a seis semanas depois do fim do tratamento. Os fármacos de escolha são a azitromicina (500mg via venosa (IV) no dia 1, seguidos de 250mg via oral (VO) nos dias 2-7) e associada ao metronidazol (500mg IV, 8-8 h no dia 1, seguidos de 500mg VO, 8-8 h nos dias 2-12). O tratamento com a associação de ceftriaxona 250mg via muscular (IM) em dose única no dia 1 + azitromicina 1g VO em dose única no dia 1 e dia 7 mostra índice de curas mais elevado que o tratamento com a associação de ceftriaxona 250mg, IM, no dia 1 + doxiciclina 100mg, VO, 12-12 h por 14 dias, é outra opção que se mostrou bastante eficaz⁴.

CONCLUSÃO

Portanto, constata-se que as literaturas que fazem parte desta revisão integrativa respondem à pergunta da pesquisa e atingem o objetivo apresentado.

A DIP constitui afecção de alta prevalência e associada à morbimortalidade significativa. É causa expressiva de infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. O agente etiológico mais comum é a *Chlamydia trachomatis* e cerca de 70% das mulheres infectadas por esse agente são assintomáticos. A suspeita, o diagnóstico e tratamento quando rapidamente executados são as melhores maneiras de preservar o futuro reprodutivo da mulher. Dentre os resultados apontados como fatores determinantes para o surgimento da DIP, destacaram-se o padrão socioeconômico, múltiplos parceiros, parceiro com infecção por gonococo ou clamídia, parceiro sexual novo, idade (15-25 anos), início precoce da vida sexual, DIP prévia, DIU, ectopia cervical, ACO ou outros métodos anticoncepcionais, não utilização de métodos de barreira, duchas vaginais, ato sexual durante a menstruação e vaginose bacteriana. Ficou claro que são necessárias políticas de saúde que visem prevenir assim como outras que contribuam para o diagnóstico precoce e tratamento imediato da DIP.

REFERÊNCIAS

1. SOBRINHO, D. B. G.; CARVALHO, B. R.; SÁNCHEZ, C. P.; **Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília**; 2ª edição, p. 183-194, 2017.
2. WORKOWSKI K. A.; BOLAN, G.A.; **Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines: Pelvic Inflammatory Disease**. CDC/MMWR Recomm Rep; v.64, n. 33, p. 78-82, 2015.
3. FEBRONIO, E. M.; ROSAS, G. Q.; D'IPPOLITO, G.; Doença inflamatória pélvica aguda: achados de TC e RM; **Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem**; v. 45, n. 6, p. 345–350, 2012.
4. HALBE, H. W.; CUNHA, D. C.; Doença inflamatória pélvica. Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo; **Diagnóstico e Tratamento**; v. 15, n. 3, p.106-9, 2010.
5. SOPER, D. E.; Pelvic inflammatory disease. **Obstetrics and gynecology**; v. 116, n. 2, p.419-28, 2010.
6. FERNANDES, L. B.; ARRUDA, J. T.; APPROBATO, M. S.; GARCIA-ZAPATA, M. T. A. Infecção por Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae: fatores associados à infertilidade em mulheres atendidas em um serviço público de reprodução humana. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. 353-358, 2014.
7. FEBRASGO- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; **Manual de Orientação em Doenças Infectocontagiosas**; 2010. < Disponível em: https://www.febasgo.org.br/image/s/arquivos/manuais/Manuais_Novo_s/Doencas- Infectocontagiosas.pdf >. Acesso em: 14 out. 2020.
8. MELLO, A.T.; MOURA, S.K.; COUTO, P.T., et al. Doença inflamatória pélvica. **Acta médica**, 2014.
9. ROMANELLI, R. M. C.; LIMA, S. S. S.; VIOTTI, L. V.; CLEMENTE, W. T.; AGUIAR, R. A. L. P.; FILHO, A. L. S.; Abordagem atual da doença inflamatória pélvica. **Revista Medica de Minas Gerais**; v. 23, n. 3, p. 347-355, 2013.
10. BERNARDI, M. M.; BOTTON, L.R.; GONÇALVES, M. A. G.; Doença inflamatória pélvica e endometrite; **Acta méd.** (Porto Alegre); v.:37, n.6, 2016.
11. MIGUEL, R. L.; MILETTI, L.C.; SILVA, B. F.; Incidência de Chlamydia trachomatis detectada por PCR em amostras endocervicais de mulheres em Lages, Santa Catarina, Brasil. **J Bras Patol Med Lab.**; v. 56, p. 1-7, 2020.
12. HAGGERTY, C.L.; GOTTLIEB, S.L.; TAYLOR, B.D. et al. Risk of sequelae after Chlamydia trachomatis genital infection in women. **J. Infect. Dis.**, [S.I.]; v.201, n. 2, p. S134-55, 2010.
13. BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção**

**integral às pessoas com
infecções sexualmente
transmissíveis (IST), 2020.**

14. BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE.
Comissão Nacional de
Incorporação de Tecnologia do
SUS- CONITEC, **Protocolo
Clínico e Diretrizes Terapêuticas
Infecções Sexualmente
Transmissíveis**, 2015.