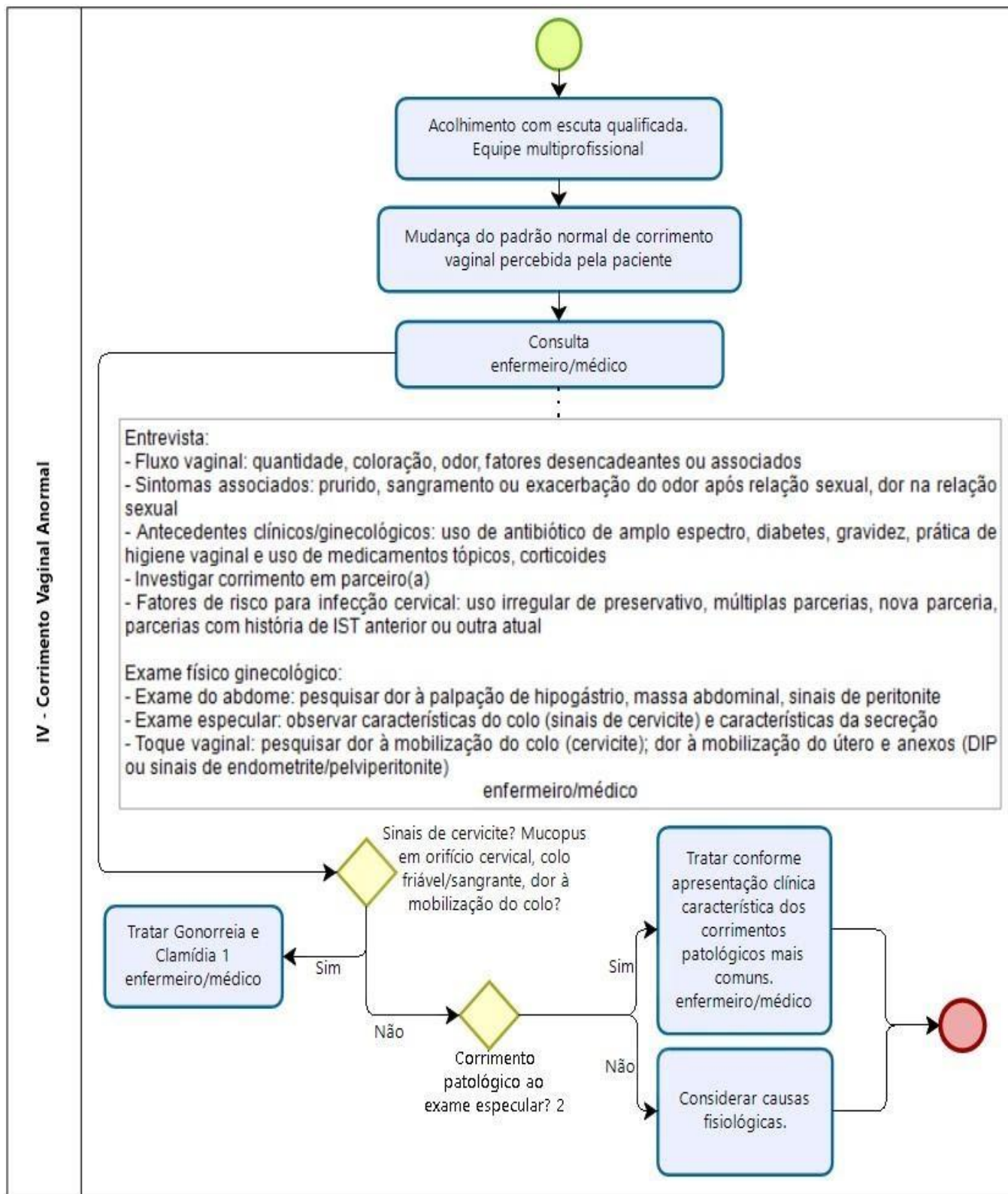


IV - CORRIMENTO VAGINAL ANORMAL



Adolescência: no período pré-puberal pode ocorrer secreção vaginal, mesmo antes da primeira menstruação, em decorrência da ativação do eixo hipotálamo-hipofisário-ovariano, com início da produção estrogênica. Tranquilizar adolescentes e responsáveis. No período da adolescência ocorre secreção vaginal abundante, por vezes amarelada de aspecto semelhante a um corrimento anormal. No entanto, essa secreção é devido ao pico hormonal. Dessa forma, não é necessário tratamento medicamentoso, nem solicitação de exames. Deve-se tranquilizar adolescentes e responsáveis e orientar quanto aos hábitos de higiene e vestuário (roupas leves, evitar material sintético e muito apertadas). Investigar abuso/suspeita de violência sexual (caso ocorra, proceder à notificação).

1. Gonorreia e clamídia: as cervicites são assintomáticas em torno de 70 a 80% dos casos. Nos casos sintomáticos as queixas mais frequentes são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria. Achados ao exame físico: friável ao toque da espátula, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização. Devido ao grande número de pacientes assintomáticas e à baixa sensibilidade das manifestações clínicas nas cervicites, a principal estratégia de manejo de clamídia e gonorreia é o tratamento das parcerias sexuais.

1A) Tratamento da gonorreia:

Infecção gonocócica **NÃO** complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe): Ceftriaxona 500mg IM, dose única **MAIS** Azitromicina 500mg, 2 cp, VO, dose única. Suspeita de infecção gonocócica disseminada, conjuntivite gonocócica do adulto: encaminhar para o Serviço de AAE.

1B) Tratamento da clamídia:

Azitromicina 500mg, 2 cp, VO, dose única (inclusive gestante) OU Doxiciclina 100mg, VO, 2/dia, 7 dias (exceto gestante).

Observação: todos os parceiros (as) dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única de Azitromicina. Devido à possibilidade de coinfeção e desenvolvimento da doença inflamatória pélvica (DIP), justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos. As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: DIP, infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. Se necessário, associar analgesia com AINE (Ibuprofeno 600mg, 01 cp de 8/8 horas por 05 dias).

2. Corrimentos patológicos mais comuns:

2A) Candidíase vulvovaginal (CVV): *Candida albicans* é o agente etiológico mais frequente. Apresenta-se com secreção vaginal branca, grumosa, aderida à parede vaginal e ao colo do útero, sem odor, com prurido vaginal intenso, edema de vulva e hiperemia de mucosa. Há relato de dispareunia de introito e disúria terminal. Deve-se orientar medidas de higiene: uso de roupas íntimas de algodão; evitar calças apertadas; retirar roupa íntima para dormir.

2A.1) Tratamento candidíase vulvovaginal (CVV):

Primeira opção: Miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, 7 dias.

Segunda opção: Fluconazol 150mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 cp, VO, 2/dia, por 1 dia.

Gestantes e lactantes: somente por via vaginal - o tratamento oral está contraindicado.

CVV complicada e recorrente: indução com Fluconazol 150mg, VO, 1/dia, dias 1, 4 e 7 OU Itraconazol 100mg, 2 cp, VO, 2/dia, por 1 dia. Manutenção com Fluconazol 150mg, VO, 1/semana, por 6 meses. Parceiros (as) sexuais não precisam de

tratamento, exceto os(as) sintomáticos(as). É comum, durante a gestação, ocorrer recidivas, pelas condições do pH vaginal durante esse período.

2B) Vaginose bacteriana: decorre de um desequilíbrio da flora vaginal bacteriana, prevalecendo os seguintes agentes etiológicos: *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus sp*, *Bacteroides sp*, *Mycoplasma hominis*, *Peptococcus* e outros anaeróbios. Apresenta-se com secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual. Sem sintomas inflamatórios. Corrimento homogêneo e fino.

2B.1) Tratamento da vaginose bacteriana:

Primeira opção: Metronidazol 400mg ou 500mg, VO, 2/dia por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via vaginal, à noite ao deitar-se por 5 noites.

Segunda opção: Clindamicina 300mg, VO, 2/dia, por 7 dias.

Gestantes, lactantes e puérperas: primeiro trimestre (Clindamicina 300mg, VO, 2/dia, por 7 dias). Após o primeiro trimestre fazer Metronidazol 400mg, 5 cp, VO, dose única.

Puérperas e nutrízes: mesmo esquema terapêutico das gestantes.

Vaginose Bacteriana Recorrente (3 ou mais episódios em 1 ano): Metronidazol 400mg ou 500mg, VO, 2/dia, de 10 a 14 dias OU Suspensão oral 40mg/ml, 14ml de 12/12 horas de 10 a 14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador ao deitar por 10 noites. Metronidazol gel vaginal 100mg/g, duas aplicações semanais, por 4 a 6 meses.

O tratamento de parceiros (as) sexuais não está recomendado.

Orientar quanto ao efeito antiabuse (reação caracterizada por vermelhidão facial, vômitos e taquicardia, ao associar o uso de Metronidazol com bebida alcoólica) - não fazer uso de bebida alcóolica antes, durante e após o tratamento (24 horas).

2C) Tricomoníase vaginal: IST que tem como agente etiológico o *Trichomonas vaginalis*. Apresenta-se com secreção vaginal amarelo-esverdeada, abundante, bolhosa e fétida, com prurido intenso eventual, edema de vulva, dispareunia. Ao exame especular, pode-se observar colo com petéquias e, eventualmente, em “aspecto de framboesa”. Menos frequentemente, pode haver disúria.

2C.1) Tratamento da tricomoníase vaginal

Metronidazol 400mg ou 500mg, VO, 2/dia por 7 dias OU Metronidazol 400mg, 5 cp, dose única – incluindo gestantes, lactantes e puérperas.

Parceiros (as) sexuais devem ser tratados com o mesmo esquema terapêutico.

O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em recém-nascidos (RN).

Nota: Para todos os casos de tricomoníase, gonorreia e clamídia (fornecer informações sobre as IST e sua prevenção). Ofertar testes rápidos para IST, preservativos e gel lubrificante. Avaliar cartão de vacinação. Orientar sobre profilaxia pós-exposição sexual para o HIV, quando indicado. Convocar e tratar as parcerias sexuais.

2D) Doença inflamatória pélvica (DIP) – tratamento ambulatorial

Metronidazol 400mg ou 500mg, 2x/dia, por 14 dias associado à ceftriaxona 500mg IM e doxiciclina 100mg, 1cp VO, 2x/dia por 14 dias.

Observações: a colpocitologia oncótica NÃO deve ser realizada com intuito de diagnosticar vulvovaginite, vaginose e cervicite.

- Durante o tratamento deve-se suspender as relações sexuais.
- Manter o tratamento durante a menstruação.
- O tratamento do parceiro (a), quando indicado, deve ser realizado preferencialmente presencial, com acolhimento, solicitação de exames para outras IST, identificação, captação e tratamento de outros(as) parceiros(as) sexuais, buscando a cadeia de transmissão.