

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

Drenagem precoce de abscesso tubo-ovariano guiada por ultrassonografia ou terapia conservadora: análise comparativa entre desfechos

Suelyn Cristina Portalupi Ramos

Porto Alegre, 2022

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

Drenagem precoce de abscesso tubo-ovariano guiada por ultrassonografia ou terapia conservadora: análise comparativa entre desfechos

Suelyn Cristina Portalupi Ramos

Orientadora: Profa. Dra. Mirela Foresti Jimenez
Professora Associada da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Professora do Programa de Pós graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 2022

CIP - Catalogação na Publicação

RAMOS, SUELYN CRISTINA PORTALUPI

Drenagem precoce de abscesso tubo-ovariano guiada por ultrassonografia ou terapia conservadora: análise comparativa entre desfechos / SUELYN CRISTINA PORTALUPI RAMOS. -- 2022.

47 f.

Orientadora: MIRELA FORESTI JIMENEZ.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. ABSCESSOS TUBO-OVARIANOS. 2. DRENAGEM GUIADA POR ULTRASSOM. 3. GINECOLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA. 4. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA. I. JIMENEZ, MIRELA FORESTI, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço às pacientes que por meio de suas colaborações e disposição, permitem que os conhecimentos médicos possam evoluir.

Agradeço à minha orientadora, Prof. Dra. Mirela Foresti Jiménez pela paciência e principalmente, por me incentivar à pesquisa desde a residência médica.

Ao Prof. Dr. Vicente Sperb Antonello pela disposição incondicional e ajuda incansável, por me ensinar a ser uma entusiasta da pesquisa científica como ele.

Ao Dr. Felipe Fagundes Bassols por me ensinar desde os princípios básicos da Ultrassonografia como preceptor na residência à intervenção guiada por imagem e por hoje como colega dividir comigo os cuidados com as pacientes submetidas às punções.

Ao meu marido pela paciência e compreensão nos momentos de ausência.

A minha mãe, irmã e cunhado pelos cuidados e apoio nos momentos de dúvida.

Ao Hospital Fêmima pela sua excelência no atendimento e ensino na área da ginecologia, estimando os melhores cuidados aos pacientes. Aos Residentes do Hospital Fêmima pela ajuda nos cuidados com as pacientes, pelo registro e coleta de dados, em especial ao Residente Leonardo Belinasso por nos ajudar no desenvolvimento de um protocolo clínico para manejo dos abscessos na nossa instituição.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS, agradeço a oportunidade para o meu aprimoramento como pesquisadora.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS pelos conhecimentos e experiência transmitidos.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	4
LISTA DE FIGURAS.....	5
LISTA DE TABELAS.....	6
LISTA DE QUADROS.....	7
RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUÇÃO.....	11
REVISÃO DA LITERATURA.....	12
1 ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR AS INFORMAÇÕES.....	12
2 MAPA CONCEITUAL.....	14
3 ABSCESSOS TUBO-OVARIANOS.....	15
3.1 Epidemiologia.....	15
3.2 Fisiopatologia.....	15
3.3 Diagnóstico.....	16
3.4 Tratamentos.....	17
3.4.1 Punção aspirativa guiada por método de imagem.....	18
JUSTIFICATIVA.....	21
HIPÓTESES.....	22
Hipótese nula.....	22
Hipótese alternativa.....	22
OBJETIVOS.....	23
Objetivo principal.....	23
Objetivos secundários.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
PERSPECTIVAS.....	2828
ANEXOS.....	29
APÊNDICE.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS

Português / Inglês

ATO / TOA	Abscesso Tubo-ovariano / Tubo-ovarian abscesses
DIP / IPD	Doença Inflamatória Pélvica / Pelvic Inflammatory Disease
CID / ICD	Classificação Internacional de Doenças / International Classification of Diseases
UTI / ITU	Unidade de Terapia Intensiva / Intensive care unit
DIU / IUD	Dispositivo Intrauterino / Intra uterine device
PCR / CRP	Proteína C Reativa / C-reactive protein
HIV / HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana / Human immunodeficiency virus
HFE	Hospital Fêmeina / Fêmeina 's Hospital
EV / IV	Endovenoso / Intravenous

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de seleção das referências bibliográficas nas bases de dados PubMed, Embase e Web of Science.	13
Figura 2. Mapa conceitual.	14
Figure 3. Ultrasound images of a tubo-ovarian abscess before (a) and after (b) drainage of the abscess.....	Error! Bookmark not defined.1
Figura 4. Comprovante de envio do artigo à Revista Internacional Journal of Minimally Invasive Gynecology(JMIG).....	43
Figura 5. Instrumento de coleta de dados (Formulário Google Forms).....	324
Figura 6. Dados exportados e categorizados em tabela Excel.	44
Figura 7. Termo de consentimento ou uso de dados	45
Figura 8. Termo de Compromisso para utilização de dados de prontuário.....	46
Figura 9. Drenagem de abscesso com agulha de Chiba n. 18G, guiada por US via transvaginal.	357
Figura 10. A figura da esquerda mostra abscesso tubo-ovariano em ultrassom transvaginal e a direita secreção purulenta aspirada via transvaginal da mesma coleção.	357

LISTA DE TABELAS

- Table 1. Demographic characteristics of patients and tubo-ovarian abscesses (TOA) by study group.
..... **Error! Bookmark not defined.**5
- Table 2. Comparative analysis of primary outcomes between groups (conservative treatment, early drainage and late drainage) **Error! Bookmark not defined.**5
- Table 3. Adjusted analysis of outcomes: expected drop in CRP and length of hospital stays. **Error! Bookmark not defined.**6
- Table 4. Comparative analysis of secondary outcomes. **Error! Bookmark not defined.**6

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Resultados da busca bibliográfica nas bases de dados.....	12
---	----

RESUMO

Introdução: Os abscessos tubo-ovarianos (ATOS) são importantes causas de morbidade feminina. O tratamento habitual é baseado em antibioticoterapia isolada ou associada a abordagem invasiva. No entanto, os procedimentos invasivos guiados por imagem, representam uma possibilidade de manejo desta patologia. **Objetivo:** Realizar uma análise comparativa entre o prognóstico de pacientes tratadas com tratamento clínico padrão (antibioticoterapia) versus pacientes que foram submetidas a drenagem primária guiada por ultrassonografia, associada também a antibioticoterapia, analisando o tempo de permanência hospitalar e os desfechos de morbimortalidade, como melhora clínica e laboratorial, complicações, necessidade de (re)intervenção, reinternação e morte. **Método:** Foi realizado um estudo observacional de coorte retrospectiva, através da revisão de prontuários de pacientes com diagnósticos de Doença Inflamatória Pélvica (DIP) e ATO, conforme CID, registrados entre os meses de janeiro de 2017 a julho de 2022 no Hospital Fêmeina. O grupo de controle foi representado pelas pacientes que receberam apenas tratamento com antibioticoterapia endovenosa. Já no grupo dos casos estão pacientes que além da antibioticoterapia padrão foram submetidas a punção guiada por ultrassonografia transvaginal. Os dados foram digitados em planilha Excel e exportados para o programa SPSS v. 20.0. Valores de $P < 0,05$ foram considerados indicativos de significância estatística. **Resultados:** Dos 113 pacientes do estudo, 50 (44%) mulheres foram tratadas isoladamente com antibióticos, 21 (18%) foram submetidos a drenagem precoce em menos de 72 horas da admissão e 42 (37%) submetidas a drenagem guiada após esse período. Não houve diferença estatisticamente significativa no tempo de permanência hospitalar entre os grupos simultaneamente, sendo em média de 6,4 dias nos controles e de 5,1 dias no grupo de drenagem precoce, e de 9,6 dias no grupo de drenagens tardias de ($p=0,290$). Houve redução de em média 2,9 dias de permanência hospitalar ((IC 95% (-4,8 a -0,9) ($p=0,04$)) no grupo da drenagem precoce (<72 horas) em relação aos controles. A melhora clínica precoce ($p= 0,012$) e a queda esperada da PCR ($p= 0,033$) foram mais frequentes nas pacientes submetidas à drenagem. O tempo de permanência hospitalar aumenta com o diâmetro do abscesso: 0,4 ((IC 95% 0,1 – 0,7) ($p= 0,05$)) dias a cada centímetro, independentemente das outras variáveis. **Conclusão:** A drenagem guiada por ultrassom de abscessos é uma técnica de sucesso, com mínimas complicações relacionadas ao procedimento, acelerando a melhora clínica e laboratorial das pacientes e reduzindo o tempo de internação quando realizada precocemente, idealmente em até 72 horas da admissão.

Palavras-chave: Abscesso tubo-ovariano; abscessos pélvicos; drenagem guiada por imagem.

ABSTRACT

Introduction: Tubo-ovarian abscesses (ATOS) are important causes of increased female morbidity. The usual treatment is based on antibiotic therapy or a surgical approach. However, invasive image-guided procedures are an alternative treatment for this pathology. **Objective:** To perform a comparative analysis between the morbidity outcomes and the prognosis of patients treated with standard clinical treatment (broad spectrum antibiotic therapy) versus patients treated with early ultrasound-guided drainage, also associated with antibiotic therapy. **Method:** A longitudinal study was carried out, with a concurrent design through the review of medical records of patients with diagnoses of DIP and ACT, according to the ICD, registered between the months of January 2017 to December 2021 at Hospital Femina. The standard group included patients who received only treatment with intravenous antibiotic therapy. In the control group, there were patients who, in addition to standard antibiotic therapy, underwent transvaginal ultrasound-guided puncture. The data will be entered into an Excel spreadsheet and later exported to the SPSS v program. 20.0. Two-sided *P* values <0.05 were considered indications of statistical significance. **Results:** Of the 113 patients in the study, 50 (44%) women were treated alone with antibiotics, 21 (18%) underwent early drainage within 72 hours of admission, and 42 (37%) underwent guided drainage after this period. There was no statistically significant difference in the length of hospital stay between the groups simultaneously, with an average of 6.4 days in the controls and 5.1 days in the early drainage group, and 9.6 days in the late drainage group ($p=0.290$). There was an average reduction of 2.9 days of hospital stay ((CI 95% (-4.8 to -0.9) ($p=0.04$)) in the early drainage group (<72 hours) compared to controls. Early clinical improvement ($p= 0.012$) and expected drop in CRP ($p= 0.033$) were more frequent in patients who underwent drainage. Length of hospital stay increases with abscess diameter: 0.4 ((95% CI 0.1 – 0.7) ($p= 0.05$)) days per centimeter, regardless of other variables. **Conclusion:** Ultrasound-guided drainage of abscesses is a highly successful technique, with minimal procedure-related complications, with brief clinical and laboratory improvement of the patients, as well as a reduction in the length of hospital stay provided it is performed early, ideally within 72 hours of admission.

Keywords: Tubo-ovarian abscesses; pelvic abscesses; image-guided drainage.

INTRODUÇÃO

Os abscessos tubo-ovarianos (ATOS) representam uma das principais complicações da Doença Inflamatória Pélvica (DIP), ocorrendo em cerca de 15 a 30% das DIPs complicadas. (1)

Como a fisiopatologia dos ATOS, mais frequentemente, envolve a ascensão de microrganismos pelo trato genital inferior à cavidade abdominal e pélvica, associa-se à presença de uma flora mista composta de germes anaeróbios e bactérias gram-negativas responsáveis pelas DIPs, como: *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Peptococcus* e aeróbio *Streptococcus*, razão pela qual também são mais frequentes nas mulheres em idade reprodutiva.(2)

Os casos que envolvem usuárias de Dispositivo Intrauterino (DIU) de longa duração estão comumente associados a um patógeno específico: *Actinomyces israelii*. (3)

Estas coleções pélvicas, quando associadas aos quadros prévios de DIP, são classificadas como abscessos primários e as decorrentes de outros processos intra-abdominais pós-cirúrgicos ou malignidades são chamados de secundários. (4)

Nos Estados Unidos da América do Norte (EUA) existem cerca de 66 mil casos de abscessos tubo-ovarianos por ano, portanto, o rápido diagnóstico e tratamento têm importante impacto na saúde pública. Se não tratados precoce e adequadamente, eles podem evoluir para ruptura e sepse, aumentando consideravelmente a morbimortalidade. (2)

Anteriormente ao uso de antibióticos de amplo espectro e práticas cirúrgicas modernas, a taxa de mortalidade associada aos ATOS eram 50% maiores. (6,7)

De acordo com alguns estudos, o tratamento com antibiótico isolado é efetivo em 67 a 75% dos casos. (10,11). Nos casos em que não há resposta adequada, supõe-se penetração insuficiente dos antibióticos nos abscessos. Havendo assim a indicação de drenagem cirúrgica, preferencialmente com a menor invasão possível, como laparoscopia e, primordialmente, drenagem guiada por ultrassonografia. A laparotomia de urgência fica reservada para os casos de ruptura do abscesso ou outras complicações. (4)

Com o advento de novas tecnologias, o procedimento minimamente invasivo, guiado por imagem, tem sido usado para drenagem de coleções pélvicas com uma taxa de sucesso de 70 a 100%, conforme relatado numa série de pesquisas (4,12,13).

Diante do exposto, o objetivo principal deste estudo é avaliar os benefícios de curto prazo da drenagem primária, guiada por ultrassonografia, visando diminuir as complicações cirúrgicas, o tempo de internação e a melhora da qualidade de vida da paciente após o tratamento.

REVISÃO DA LITERATURA

1 ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR AS INFORMAÇÕES

A busca de artigos para a revisão da literatura, sem limite de tempo, foi realizada no PubMed com as seguintes palavras-chaves principais, suas variações e associações conforme o quadro 1.

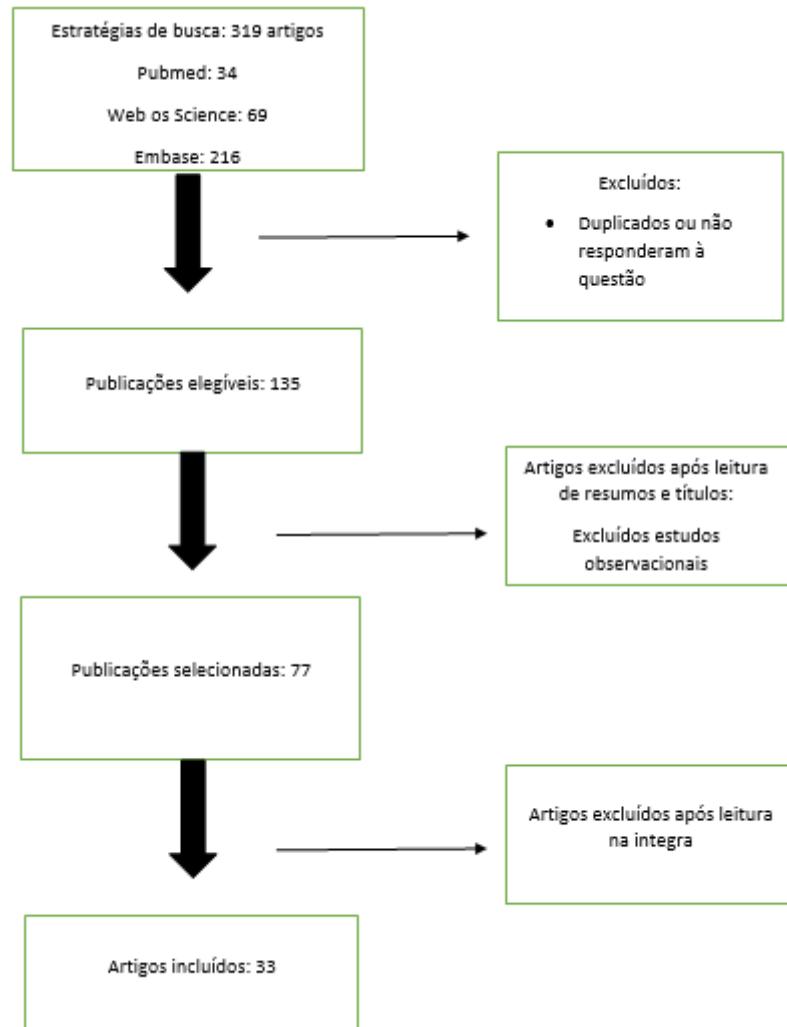
A estratégia de busca foi adaptada para outras bases, incluindo Embase e Web of Science. Após análise dos títulos e resumo foram selecionados os artigos para serem lidos na íntegra. Uma busca manual foi executada na lista de referência dos artigos de interesse, não identificados pela pesquisa eletrônica, para selecionar estudos adicionais relevantes à questão principal da pesquisa. Os resultados das buscas são sumarizados na Figura 1.

Quadro 1. Resultados da busca bibliográfica nas bases de dados.

Palavras-chave principal (variações) em inglês	<i>PubMed</i>	<i>Embase</i>	<i>Web Of Science</i>
Tuboovarian abscess (OR Abdominal Abscess OR Tubo-ovarian abscess OR Tubovarian abscess OR Pelvic abscess)	511	404	1827
Image-guided (OR Interventional Ultrasonography OR Interventional radiology OR Interventional radiography OR US-guided OR abscess drainage)	3396	2168	8279
Associação das palavras-chave e variações	34	216	69

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

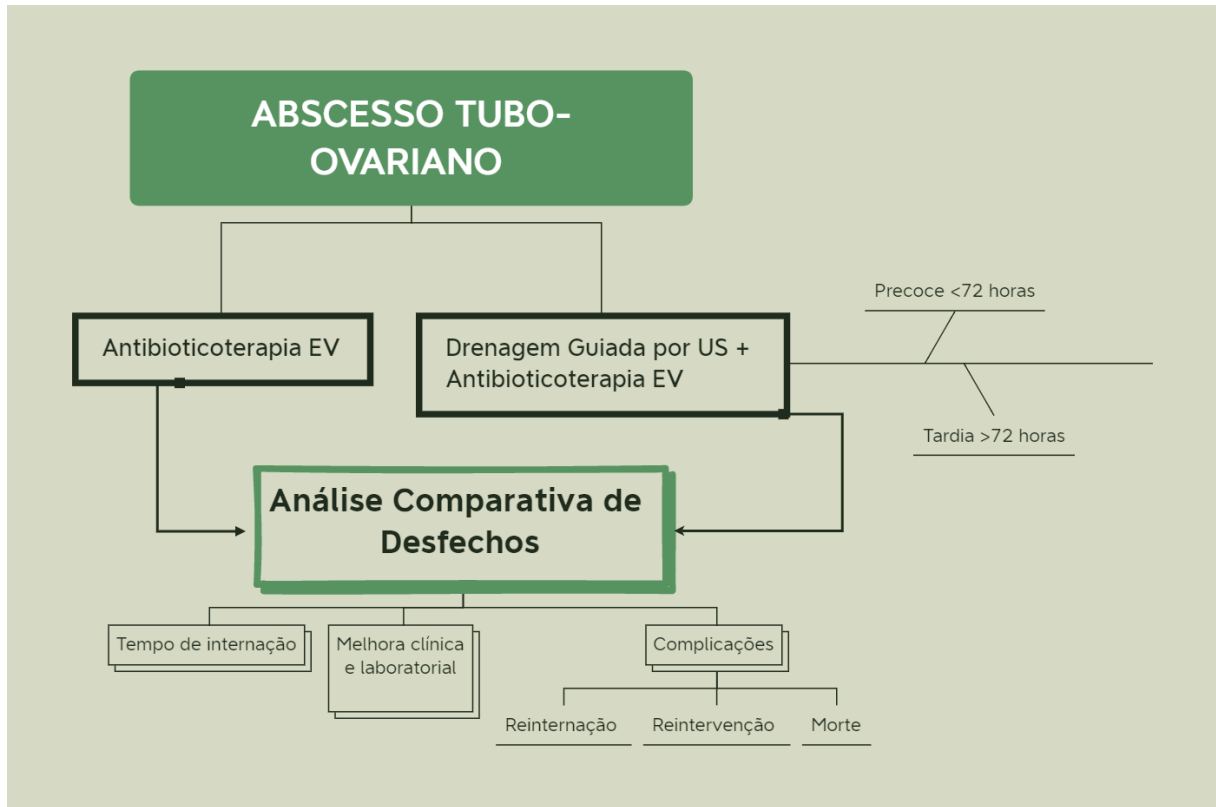
Figura 1. Modelo de seleção das referências bibliográficas nas bases de dados PubMed, Embase e Web of Science.



Fonte: elaborado pela pesquisadora.

2 MAPA CONCEITUAL

Figura 2. Mapa conceitual.



Fonte: elaborado pela pesquisadora.

3 ABCESSOS TUBO-OVARIANOS

3.1 Epidemiologia

De acordo com alguns estudos, cerca de um terço das DIPs evoluem para abscessos pélvicos. Os mecanismos subjacentes a esse desfecho ainda não são totalmente compreendidos. A literatura mostra um aumento na prevalência de hospitalização de mulheres com ATO. No entanto, o fato de mulheres com DIP adequadamente tratadas raramente necessitam de hospitalização destaca a necessidade de manejo adequado e eficiente em relação ao ATOS. (1,14)

No Brasil, a real prevalência de DIP é desconhecida, já que casos leves ou assintomáticos podem não ser notificados por não necessitarem de internação hospitalar. Por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, estimou-se de 2005 a 2006 em média 45.343 internações devido a casos moderados e graves de DIP. (5) Já nos Estados Unidos da América do Norte (EUA) existem cerca de 66 mil casos de abscessos tubo-ovarianos por ano, portanto, o rápido diagnóstico e tratamento têm importante impacto na saúde pública. (2)

Os ATOS acometem geralmente mulheres jovens entre 15 a 40 anos, no entanto, essa patologia não pode deixar de fazer parte do diagnóstico diferencial também em mulheres mais idosas, porém nesses casos deve ser realizada ampla investigação para exclusão de malignidades (2,5,14).

Os fatores de risco para os ATOS são os mesmos da DIP: múltiplos parceiros, idade entre 15-25 anos e história prévia de DIP. Além disso, métodos contraceptivos inadequados ou ausentes e baixo nível socioeconômico podem contribuir ainda mais para o desenvolvimento de ATO (14).

O uso de DIU causa pequeno ou nenhum aumento no risco de DIP. Embora alguns estudos tenham sugerido o aumento do risco de DIP e, portanto, dos ATOS, subsequente às três primeiras semanas após a inserção deste método contraceptivo (14,15).

As técnicas de reprodução assistida também foram propostas como um fator de risco, mas os dados científicos até agora são inconclusivos, e é provável que essas mulheres tivessem um estado inflamatório preexistente antes da intervenção (7,14).

Sabe-se também que mulheres infectadas pelo HIV ou com qualquer imunodeficiência, por várias razões, têm mais predisposição a desenvolver os ATOS (14,16,17).

3.2 Fisiopatologia

ATOS podem ser causados por uma variedade de organismos. Estudos demonstram que em 30–40% dos casos a DIP é polimicrobiana. Bactérias anaeróbicas são particularmente prevalentes em abscessos tubo-ovarianos e são isoladas em mais da metade das infecções (18). Alguns microrganismos

frequentemente cultivados, segundo estudo de Landers e Sweet, são *Escherichia coli* (37%), *Bacteroides fragilis* (22%), várias espécies de bacteroides (26%), *Peptostreptococci* (18%) e *Peptococci* (11%) (19). ATO em mulheres que usam dispositivos intrauterinos por vários anos, pode ser causado por *Actinomyces Israelii*. O papel do *Actinomyces* permanece obscuro, uma vez que as evidências são inadequadas para apoiar seu papel patogênico principal ou seu papel como marcador para infecção mista anaeróbica-facultativa (14,18).

Esta infecção polimicrobiana é causada por uma infecção ascendente da vagina iniciada por organismos sexualmente transmissíveis mencionados anteriormente. Mais comumente, *N. gonorrhoea* ou *C. trachomatis*, que ascendem na trompa de Falópio, penetram e destroem as células epiteliais, resultando em exsudato purulento. Estes patógenos promovem danos ao tecido epitelial, causando necrose tecidual com conseqüente produção de pus e promovendo a liberação de fatores inflamatórios, incluindo endotoxinas, exotoxinas, enzimas lisossômicas, antígenos de superfície que estimulam uma resposta inflamatória no paciente. Essa resposta inflamatória também inclui a liberação de substâncias inflamatórias adicionais, como as interleucinas, bradicininas e ativadores do plasminogênio. Em reação a isso ocorre edema tecidual, isquemia e necrose da parede tubária. À medida que há exsudação das extremidades das fímbrias para a cavidade peritoneal, a inflamação pode se espalhar para os ovários e outras estruturas contíguas, como omento, intestino, bexiga e útero (14).

Estas coleções pélvicas, quando associadas aos quadros prévios de DIP, são classificadas como abscessos primários. Também podem ocorrer secundariamente a outras patologias intra-abdominais, como apendicite, diverticulite ou pielonefrite, e podem ser causadas por disseminação direta ou hematogênica da infecção (18).

3.3 Diagnóstico

A avaliação diagnóstica é baseada na clínica, no laboratório e nos exames de imagens. O quadro clínico pode ser caracterizado por dor abdominal, febre, leucorreia, dor na palpação de fundo de saco vaginal, massa palpável e leucocitose. No entanto, muitas mulheres podem apresentar quadro clínico atípico dificultando o diagnóstico precoce (15).

A avaliação da paciente com suspeita de ATOS inclui o diagnóstico de DIP e posterior pesquisa de coleções pélvicas, somando-se ainda os diagnósticos diferenciais que incluem condições inflamatórias de tratos gastrointestinais, urinários e até mesmo de outras patologias ginecológicas como massas ovarianas, gestações ectópicas, dismenorreia, torção ovariana e etc. (15).

A avaliação com exame de imagem é sugerida na suspeita de ATOS em pacientes que apresentem dor abdominal aguda, dor intensa ao exame físico, falha terapêutica ou baixa resposta clínica a antibioticoterapia, geralmente após 48-72 horas do início do tratamento (2).

Tido como exame padrão ouro, a ultrassonografia é um exame inicial primordial, especialmente por via transvaginal, é preferível a Tomografia Computadorizada (TC) devido ao menor custo e pela não exposição da paciente à radiação. A TC é o método escolhido para pacientes quando há maior suspeita e necessidade de exclusão das patologias relativas ao trato gastrointestinal. Alguns estudos sugerem a superioridade da TC comparada a US devido a maior sensibilidade. Por outro lado, é mais dispendiosa e envolve o uso de contraste, o qual é, por vezes, contraindicado às pacientes (19,20).

Na ultrassonografia, o diagnóstico é firmado por meio da visualização de imagens cística, complexa com ecogenicidade heterogênea devido a debris inflamatórios, margens irregulares e circundada por tecido vascularizado com alta resistência ao Doppler. Os achados da TC manifestam-se por massa anexial sólido-cística, com realce parietal e septos grosseiros exibindo realce. A presença de gás no interior do processo inflamatório/infeccioso não é frequente, entretanto consiste em achado bastante específico (21).

Já a avaliação cirúrgica fica restrita aos casos com suspeita de ruptura da coleção, o que pode levar a sepse, e àquelas pacientes que já estão na menopausa, nas quais os abscessos podem estar relacionados a patologias malignas (6).

3.4 Tratamentos

No passado, o tratamento da patologia era através de laparotomia com histerectomia total e anexectomia bilateral (14). Porém, muitas das pacientes com diagnóstico de ATOS encontram-se no menacme e têm desejo reprodutivo. Sendo assim, novas possibilidades de tratamento passaram a ser estudadas.

Atualmente, preconiza-se que o tratamento para ATOS deve ser iniciado com antibioticoterapia. As pacientes devem ser hospitalizadas e ficar em observação por pelo menos 24 horas para excluir a possibilidade de ruptura ou sepse generalizada. Como primeira linha para o tratamento hospitalar preconiza-se Ceftriaxone + Doxiciclina ou Clindamicina em associação com Gentamicina. Alternativamente pode ser administrado Cefoxitima + Doxiciclina ou Ampicilina/Sulbactam + Doxiciclina (14, 22).

Esses esquemas têm se mostrado eficazes em mais de 90% das pacientes com DIP aguda. (7,13,14) De acordo com a literatura, não há evidências científicas adequadas para sustentar que

qualquer um desses regimes seja superior a outros. É aconselhável que as pacientes recebam tratamento EV até completarem 24 horas afebril. O tratamento deverá ser realizado por, pelo menos, 14 dias, podendo ser estendido para 21 dias, se necessário (2,18). Nos casos de ATO, o Metronidazol é necessário como antibiótico adicional à Doxiciclina, devido à maior cobertura anaeróbica necessária. O metronidazol é preferível à clindamicina devido à diminuição do risco de colite por *Clostridium difficile* causada por esta última (14,22).

Quando há falha no manejo clínico, os abscessos com medidas maiores, geralmente maiores de 5 cm, necessitam procedimento intervencionista, sendo preferível a drenagem transvaginal guiada por ultrassom (10). A literatura recente cita fatores preditores de falha do tratamento conservador apenas com antibiótico, determinando que a idade, contagem de leucócitos, PCR alta (>24,5 mg /dl) tamanho do abscesso (>6,5 cm de diâmetro) e bilateralidade são fatores preditores positivos para a falha. Dentre esses, o tamanho do abscesso foi o maior preditor de necessidade de drenagem (15,18,20,23,24).

Preconiza-se a realização da cultura da secreção puncionada, porém esta muitas vezes é negativa em virtude do uso prévio de antibiótico. Entretanto, quando positiva, tem como principais microrganismos estreptococos do grupo B, anaeróbios da flora vaginal e clamídia (14,18).

3.4.1 Punção aspirativa guiada por método de imagem

Os primeiros relatos de drenagem percutânea de abscessos guiada por métodos de imagem foram em 1977 (24). Desde então diversos estudos demonstraram que esse procedimento se mostrou um método seguro e eficaz para o tratamento de ATOS, promovendo a eficácia da antibioticoterapia, reduzindo custos e, principalmente, diminuindo a morbimortalidade (4,13,25-28).

A maior análise de coorte foi realizada por Justin et al, na ocasião foram identificados 6.151 pacientes iniciais, dos quais 240 atenderam aos critérios de inclusão. Destes 199 receberam tratamento somente com antibióticos e 41 receberam também drenagem guiada por TC. A análise comprovou que mulheres com abscessos pélvicos que receberam drenagem guiada por imagem necessitam de cirurgia com menos frequência do que aquelas que receberam apenas antibióticos (13,25).

Caspi et al tratou com 100 % de sucesso oito mulheres com abscesso tubo-ovariano, usando tanto a instilação de antibióticos intracavitários, quanto a terapia antibiótica sistêmica em combinação com aspiração transvaginal guiada por ultrassom (29). Nelson et al relatou uma taxa de sucesso de 84% em 31 mulheres com abscesso pélvico refratário à antibioticoterapia após aspiração precoce

guiada por ecografia transvaginal (30). Assim como Lee et al que demonstrou taxa de sucesso de 86 % avaliando 22 pacientes (1).

Perez-Medina et al. publicou um dos poucos ensaios randomizados prospectivo comparando a terapia antibiótico com a drenagem guiada por ultrassom primário: cada coorte consistiu em 20 pacientes, e uma resposta favorável a curto prazo foi observada em 90% do grupo de drenagem contra apenas 65% no grupo controle, porém avaliou o desfecho apenas de médio prazo (4 meses). Neste estudo a drenagem mostrou-se significativamente mais eficaz do que o tratamento medicamentoso sozinho, não só no que diz respeito ao sucesso do tratamento, mas também nos quesitos estadia hospitalar média e morbidade cirúrgica associada (31). Resultados concordantes foram publicados em alguns trabalhos quanto à melhora clínica da maioria das pacientes, considerando a dor e febre, em até 3 dias após aspiração de abscessos (11,32,33).

Em revisão sistemática recente, Goje et al coloca que há evidências substanciais para mostrar que a redução da permanência hospitalar melhora os resultados financeiros, operacionais e clínicos. Ainda cita como tempo médio de internação hospitalar para pacientes com ATOs recebendo intervenções minimamente invasivas variando de 0 a 13,3 dias (13).

Alguns estudos mostraram menor tempo de internação para pacientes tratadas com punção guiada realizada precocemente (24-48 horas). Segundo Goharkhay et al, a duração da internação hospitalar foi significativamente menor para o grupo de drenagem primária (4,5 dias) em comparação com o grupo de antibióticos primários (7 dias) (11). O que também foi constatado nos estudos de Perez- Medina discrepância entre 3,9 dias de internação no grupo de drenagem e 9,1 no grupo controle (31).

Já Justin et al evidenciou aumento da média de permanência hospitalar da coorte de drenagem com média de 13,3 dias contra 7,4 dias para as pacientes tratadas com antibiótico. No entanto, o tempo desde o tratamento até a alta foi semelhante nos dois grupos, a hipótese é que o maior tempo de permanência hospitalar do grupo de drenagem é simplesmente devido a um atraso no início da drenagem. Segundo eles, talvez, se os pacientes recebessem drenagem precoce em vez de esperar 6 ou 7 dias pela drenagem de resgate, a média de internação hospitalar para os pacientes drenados teria diminuído drasticamente. Portanto, enfatizam que isso precisa ser mais estudado (13,24). Aydin E et al também evidenciaram maior média de permanência hospitalar ($10,5 \pm 3,9$ dias) nos pacientes que realizaram drenagem guiada por USG (18).

Aboulghar et al registraram alta no mesmo dia em 40% das pacientes submetidas à drenagem transvaginal por US; os outros 60% tiveram alta em 1 a 3 dias (32). No estudo de Caspi et al, o tempo

médio entre a drenagem transvaginal por US até a alta foi de 3,1 dias, bem como Perez Medina et al registraram o tempo médio da drenagem transvaginal por US até a alta como 3,9 dias (29,31).

Habboub et al avaliou 130 pacientes que receberam apenas antibioticoterapia e 44 tratamentos combinados, evidenciando também maior permanência dos pacientes submetidos a punção, no entanto, nesse caso eles atribuem o tamanho do abscesso como principal fator influenciador deste desfecho (12,13).

Outro estudo que credita ao tamanho do abscesso a maior permanência hospitalar é o de Crespo et al, com um número significativo de 148 pacientes, porém com algumas limitações metodológicas, pois não distingue o número de pacientes por grupo de tratamento, mostrou tempo de internação maior nas pacientes submetidas a drenagem guiada e laparotomia. Nesta análise, enquanto as pacientes que receberam apenas antibioticoterapia EV ficaram internadas na média 5.59 dias (DP 2.52), aquelas submetidas a drenagem o fez por 9.63 dias (DP 7.58); e as submetidas a cirurgia permaneceram na média 8.14 dias (DP 3.9). Segundo eles, o tamanho do abscesso, independe do tratamento, interfere no tempo de internação, pacientes com abscessos de 0–8 cm tiveram taxa permanência hospitalar de 5.97 dias (DP 4.24), enquanto os maiores que 8 cm ficaram hospitalizados por 7.71 dias ((DP 4.69), ($P < 0.029$)) (22).

No que se refere ao seguimento destas pacientes, o estudo de Justin et al avaliou o seguimento das pacientes a longo prazo (média de 10 anos vs. 8,5 anos) por meio de contato telefônico e não obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em termos de dor residual relatada, resultados da gravidez, ou infertilidade. Porém, segundo o autor, o estudo pode não ter tido poder de estudo suficiente para avaliar tais diferenças, já que o braço das pacientes submetidas à drenagem guiada por TC tinha apenas 41 pacientes e nem todas puderam ser contatadas por telefone (24). Gjelland et al avaliou 302 pacientes que receberam tratamento com antibiótico e drenagem, destas 93,4% tiveram sucesso no tratamento e não relataram recidiva de ATO após 3 anos de seguimento (33).

Conclui-se, portanto, que a aspiração guiada, é um procedimento bem tolerado, barato, rápido (normalmente leva de 15 a 30 minutos) minimamente invasivo, e evita os riscos potenciais associados à anestesia geral e à cirurgia. No entanto, ainda é subutilizada na prática clínica dos hospitais (13,14,33).

JUSTIFICATIVA

Existem poucos estudos avaliando um número razoável de pacientes e que inclua um grupo homogêneo, ou seja, excluindo pacientes oncológicas ou com coleções pélvicas relacionadas a outras complicações que não a DIP. Há também a carência de estudos que avaliem taxa de permanência hospitalar, morbidade e complicações.

Em revisão sistemática da literatura publicada recentemente por Goje et al, coloca que as três principais variáveis de interesse avaliadas por eles, e também no presente estudo, (taxa de sucesso, complicações e tempo de internação) não foram relatadas de forma consistente nos artigos da literatura sobre o tema. (13)

Embora existam na literatura internacional vários relatos de caso de ATO há apenas algumas grandes revisões delineando as características dos pacientes com ATO. Além disso, algumas dessas revisões retrospectivas ocorreram há várias décadas, quando padrões epidemiológicos e microbiológicos de infecção eram, sem dúvida, diferentes das observações clínicas mais atuais. (13)

Baseando-se nisso e considerando que o Serviço do Hospital Fêmina tem sido referência na região Sul para emergências ginecológicas agregando muitas pacientes com coleções pélvicas que têm sido tratadas por drenagem precoce guiada por ultrassom nos últimos anos. Neste contexto vimos uma janela de oportunidade para criar um grupo homogêneo de pacientes e submetê-las a essa análise comparativa, utilizando drenagem guiada por exclusivamente por Ultrassonografia, bem como, realizando o acompanhamento dos desfechos como permanência hospitalar, melhora clínica e laboratorial, complicações, (re)intervenções, reinternações ou morte.

HIPÓTESES

Hipótese nula

A drenagem de abscessos tubo-ovarianos por ultrassonografia, associada a antibioticoterapia, não apresenta benefícios se comparada ao tratamento habitual com antibioticoterapia isolada.

Hipótese alternativa

A drenagem de abscessos tubo-ovarianos por ultrassonografia, associada a antibioticoterapia, apresenta benefícios se comparada ao tratamento habitual com antibioticoterapia isolada.

OBJETIVOS

Objetivo principal

- Avaliar o tempo de internação das pacientes submetidas a uma drenagem primária dos abscessos pélvicos comparativamente àquelas submetidas ao tratamento padrão apenas com antibiótico.

Objetivos secundários

- Avaliar a melhora clínica precoce das pacientes submetidas a uma drenagem guiada por ultrassonografia, com redução da dor, febre melhora dos parâmetros laboratoriais através da queda da PCR quantitativa.
- Comparar entre os grupos, a necessidade de reinternação por motivo relacionado ao ATO, necessidade de (re)intervenção, complicações, necessidade de internação em UTI e morte.

REFERÊNCIAS

1. Lee BC, McGahan JF, Bijan B. Single-step transvaginal aspiration and drainage for suspected pelvic abscesses refractory to antibiotic therapy. *J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med*. julho de 2002;21(7):731–8.
2. Landers DV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to management. *Rev Infect Dis*. outubro de 1983;5(5):876–84.
3. Burkman R, Schlesselman S, McCaffrey L, Gupta PK, Spence M. The relationship of genital tract actinomycetes and the development of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*. 1º de julho de 1982;143(5):585–9.
4. Silva F, Castro J, Godinho C, Gonçalves J, Ramalho G, Valente F. Minimally invasive approach of tubo-ovarian abscesses. *Rev Bras Ginecol e Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet*. março de 2015;37(3):115–8.
5. Menezes MLB, Giraldo PC, Linhares IM, Boldrini NAT, Aragón MG. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: doença inflamatória pélvica. *Epidemiol E Serviços Saúde* [Internet]. 15 de março de 2021 [citado 18 de dezembro de 2022];30.
6. Pedowitz P, Bloomfield RD. Ruptured Adnexal Abscess (Tuboovarian) With Generalized Peritonitis. *Am J Obstet Gynecol*. 15 de março de 1964;88:721–9.
7. Rosen M, Breitkopf D, Waud K. Tubo-ovarian abscess management options for women who desire fertility. *Obstet Gynecol Surv*. outubro de 2009;64(10):681–9.
8. Vermeeren J, Te Linde RW. Intraabdominal rupture of pelvic abscesses. *Am J Obstet Gynecol*. julho de 1954;68(1):402–9.
9. Paik CK, Waetjen LE, Xing G, Dai J, Sweet RL. Hospitalizations for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Obstet Gynecol*. março de 2006;107(3):611–6.
10. Akkurt MÖ, Yalçın SE, Akkurt İ, Tatar B, Yavuz A, Yalçın Y, et al. The evaluation of risk factors for failed response to conservative treatment in tubo-ovarian abscesses. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2 de novembro de 2015;16(4):226–30.
11. Goharkhay N, Verma U, Maggiorotto F. Comparison of CT- or ultrasound-guided drainage with concomitant intravenous antibiotics vs. intravenous antibiotics alone in the management of tubo-ovarian abscesses. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. janeiro de 2007;29(1):65–9.
12. Habboub AY. Middlemore Hospital experience with tubo-ovarian abscesses: an observational retrospective study. *Int J Womens Health*. 22 de julho de 2016;8:325–40.
13. Goje O, Markwei M, Kollikonda S, Chavan M, Soper DE. Outcomes of Minimally Invasive Management of Tubo-ovarian Abscess: A Systematic Review. *J Minim Invasive Gynecol*. março de 2021;28(3):556–64.
14. Gkrozou F, Tsonis O, Daniilidis A, Navrozoglou I, Paschopoulos M. Tubo-ovarian abscess: Exploring optimal treatment options based on current evidence. *J Endometr Pelvic Pain Disord*. março de 2021;13(1):10–9.

15. Chan GMF, Fong YF, Ng KL. Tubo-Ovarian Abscesses: Epidemiology and Predictors for Failed Response to Medical Management in an Asian Population. Ramsey P, organizador. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2 de junho de 2019;2019:4161394.
16. Cohen CR, Sinei S, Reilly M, Bukusi E, Eschenbach D, Holmes KK, et al. Effect of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection upon Acute Salpingitis: A Laparoscopic Study. *J Infect Dis.* 1º de novembro de 1998;178(5):1352–8.
17. Kamenga MC, De Cock KM, St. Louis ME, Touré CK, Zakaria S, N'gbichi JM, et al. The impact of human immunodeficiency virus infection on pelvic inflammatory disease: A case-control study in Abidjan, Ivory Coast. *Am J Obstet Gynecol.* 1º de março de 1995;172(3):919–25.
18. Aydin E, Peker N, Hanifi Bademkiran M, Sait IÇEn M, Gül T. Comparison of ultrasound-guided drainage with other available treatment modalities for, treatment of tubo-ovarian abscess. *Turk Klin Jinekoloji Obstet.* 2018;28(1):1–8.
19. Asai N, Ohkuni Y, Yamazaki I, Kaneko N, Aoshima M, Kawamura Y. Therapeutic impact of CT-guided percutaneous catheter drainage in treatment of deep tissue abscesses. *Braz J Infect Dis Off Publ Braz Soc Infect Dis.* agosto de 2013;17(4):483–6.
20. Gagliardi PD, Hoffer PB, Rosenfield AT. Correlative imaging in abdominal infection: an algorithmic approach using nuclear medicine, ultrasound, and computed tomography. *Semin Nucl Med.* outubro de 1988;18(4):320–34.
21. Birnbaum BA, Jeffrey RB. CT and sonographic evaluation of acute right lower quadrant abdominal pain. *AJR Am J Roentgenol.* fevereiro de 1998;170(2):361–71.
22. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. 2021;70(4):192.
23. Fouks Y, Cohen A, Shapira U, Solomon N, Almog B, Levin I. Surgical Intervention in Patients with Tubo-Ovarian Abscess: Clinical Predictors and a Simple Risk Score. *J Minim Invasive Gynecol.* 1º de março de 2019;26(3):535–43.
24. Brun J, Castan B, de Barbeyrac B, Cazanave C, Charveriat A, Faure K, et al. Pelvic inflammatory diseases: Updated French guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* maio de 2020;49(5).
25. To J, Aldape D, Frost A, Goldberg GL, Levie M, Chudnoff S. Image-guided drainage versus antibiotic-only treatment of pelvic abscesses: short-term and long-term outcomes. *Fertil Steril.* outubro de 2014;102(4):1155–9.
26. Farid H, Karmon AE, Styer AK. Inpatient management of tubo-ovarian abscesses what is the threshold of parenteral antibiotic treatment failure? *Obstet Gynecol.* 2015;125((Karmon A.E.; Styer A.K.)):23S.
27. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* outubro de 2009;23(5):667–78.
28. Gjelland K, Ekerhovd E, Granberg S. The management of pelvic abscess. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91((Gjelland K.) Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway):51–2.

29. Caspi B, Zalel Y, Or Y, Bar Dayan Y, Appelman Z, Katz Z. Sonographically guided aspiration: an alternative therapy for tubo-ovarian abscess. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. junho de 1996;7(6):439–42.
30. Nelson AL, Sinow RM, Renslo R, Renslo J, Atamdede F. Endovaginal ultrasonographically guided transvaginal drainage for treatment of pelvic abscesses. *Am J Obstet Gynecol*. junho de 1995;172(6):1926–32; discussion 1932-1935.
31. PerezMedina T, Huertas M, Bajo J. Early ultrasound guided transvaginal drainage of tubo-ovarian abscesses: A randomized study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. junho de 1996;7(6):435–8.
32. Aboulghar MA, Mansour RT, Serour GI. Ultrasonographically guided transvaginal aspiration of tuboovarian abscesses and pyosalpinges: an optional treatment for acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*. maio de 1995;172(5):1501–3.
33. Gjelland K, Ekerhovd E, Granberg S. Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: a study of 302 cases. *Am J Obstet Gynecol*. outubro de 2005;193(4):1323–30. Rter.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A drenagem guiada de coleções pélvicas já é considerada como primeira linha de tratamento, em associação com antibioticoterapia, boa efetividade e baixo potencial de complicações. Apresentando resultados melhores ainda quando realizada precocemente em menos de 48 horas da admissão.

Portanto, são encorajados mais estudos e definições de protocolos e escores clínicos para padronização do tratamento minimamente invasivo precoce.

PERSPECTIVAS

A perspectiva do grupo de estudo é seguir estudando o tema a fim de contribuir para literatura internacional, com escores de predição de risco de falha dos tratamentos ou até mesmo estabelecimento de protocolos clínicos para facilitar a escolha dos tratamentos por outros colegas.

O serviço conta com um grande número de pacientes admitidos anualmente com a patologia em questão, possibilitando a realização de uma coorte maior e estudos prospectivos como sugerem a revisão da literatura.

ANEXOS

1.0 parecer consubstanciado do CEP

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM HOSPITAL COM ATENÇÃO NA SAÚDE DA MULHER E MATERNO-INFANTIL

Pesquisador: JESSICA DALLÉ

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 50047715.9.0000.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO SA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.478.539

Apresentação do Projeto:

Emenda ao projeto solicitando acesso aos prontuários físicos dos pacientes para complementar dados, bem como contato conforme segue:

"Caso haja ausência de dados relevantes à história e às experiências ocorridas no passado, como surtos de bactérias resistentes ou infecção relevantes para os paciente internados, propor-se-à questionário com dez perguntas sobre o ocorrido e a repercussão em seus contactantes. Se for aplicado o questionário, este deverá ser aplicado mediante TCLE e aceitação do paciente em informar os dados. Os dados serão coletados por telefone e serão gravados para registro. "

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda justificável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide parecer anterior.

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 2.478.539

Recomendações:

N/A

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

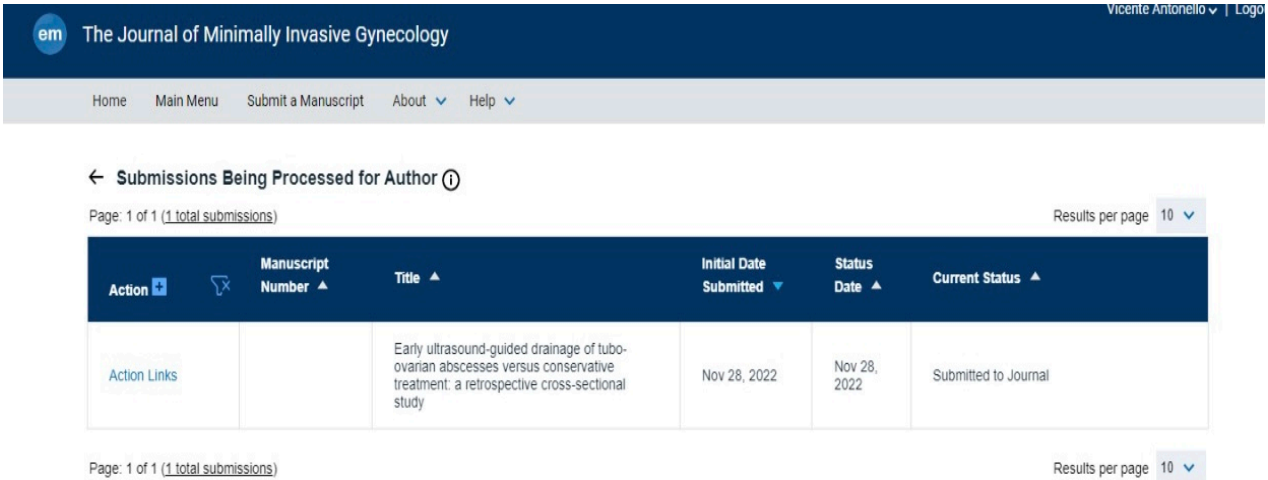
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_103796_5_E3.pdf	29/11/2017 09:34:11		Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA.pdf	29/11/2017 09:33:46	VICENTE SPERB ANTONELLO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	21/11/2017 10:58:37	VICENTE SPERB ANTONELLO	Aceito
Outros	Integrantes.pdf	18/10/2017 11:02:41	VICENTE SPERB ANTONELLO	Aceito
Outros	CurriculoVicenteAntonello.pdf	18/10/2017 08:56:10	VICENTE SPERB ANTONELLO	Aceito
Outros	CurriculoFelipeFagundesBassols.pdf	30/08/2017 12:21:40	VICENTE SPERB ANTONELLO	Aceito
Outros	CurriculoMarjaneCunegatto.pdf	29/08/2017 10:03:35	VICENTE SPERB ANTONELLO	Aceito
Outros	CurriculoLattesMorganaGirardiTedesco.pdf	29/08/2017 10:01:52	VICENTE SPERB ANTONELLO	Aceito
Outros	CurriculoSuelynCristinaPortalupiRamos.pdf	29/08/2017 10:00:07	VICENTE SPERB ANTONELLO	Aceito
Outros	CurriculoGabrielaAlles.pdf	28/08/2017 15:21:44	VICENTE SPERB ANTONELLO	Aceito
Outros	CurriculoFernandaVilaVerde.pdf	28/08/2017 15:19:54	VICENTE SPERB ANTONELLO	Aceito
Outros	CurriculoFabriciaBeduschi.pdf	28/08/2017 15:17:42	VICENTE SPERB ANTONELLO	Aceito
Outros	CurriculoChayaneDedonato.pdf	28/08/2017 15:15:30	VICENTE SPERB ANTONELLO	Aceito
Outros	EMENDA.pdf	06/07/2016 12:38:38	JESSICA DALLÉ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	08/06/2016 11:42:26	JESSICA DALLÉ	Aceito

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

2.0 Comprovante de submissão do artigo à revista.

Figura 4. Comprovante de envio do artigo à Revista Internacional Journal of Minimally Invasive Gynecology (JMIG).



The screenshot shows the author's submission page for The Journal of Minimally Invasive Gynecology. The page title is "Submissions Being Processed for Author". It displays a table with one submission entry. The table has columns for Action, Manuscript Number, Title, Initial Date Submitted, Status Date, and Current Status. The submission is titled "Early ultrasound-guided drainage of tubo-ovarian abscesses versus conservative treatment: a retrospective cross-sectional study" and was submitted on Nov 28, 2022, with a status of "Submitted to Journal".

em The Journal of Minimally Invasive Gynecology Vicente Antonello | Logo

Home Main Menu Submit a Manuscript About Help

← Submissions Being Processed for Author ⓘ

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Results per page 10

Action	Manuscript Number	Title	Initial Date Submitted	Status Date	Current Status
Action Links		Early ultrasound-guided drainage of tubo-ovarian abscesses versus conservative treatment: a retrospective cross-sectional study	Nov 28, 2022	Nov 28, 2022	Submitted to Journal

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Results per page 10

3.0 Instrumento de coleta de dados

Link Formulário Google Forms

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScTBpAtwO_px8MsskdxUY7yXAKWEm5KaEgMqC1dqGqLQLE8Ew/viewform?usp=sf_link

Figura 5. Instrumento de coleta de dados (Formulário Google Forms)

Figura 6. Dados exportados e categorizados em tabela Excel.

	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	
1	PAR	CES	AB	PESO	ALT	M	MC (FORMUL	SOBREPESC	HV	DAE	NECESS	DATA DE INTERN	DATA DA DRENAG	TEMPO DE DRE	DRENAGEM	TEMPO DE INTER	DATA DA ALTA	ATO BILATERAL (1	SO EM CM)
2	4	3	0	78	1,63	29,4	1	2	2	2	17/11/2017	22/11/2017	5	2	10	27/11/2017	2	7,2	
3	5	0	0	53	1,63	19,9	2	1	2	2	28/09/2018	03/10/2018	5	2	7	05/10/2018	1	8	
4	1	0	0	60	1,63	22,6	2	1	2	2	28/03/2021	01/04/2021	4	2	5	02/04/2021	2	6,9	
5	1	0	0	55	1,63	20,7	2	2	2	2	27/03/2017	30/03/2017	3	1	7	03/04/2017	1	11,6	
6	1	0	0	75	1,63	28,2	1	2	2	2	25/06/2019	28/06/2019	3	1	4	29/06/2019	2	10,1	
7	3	2	0		1,63	0,0	2	1	2	2	14/02/2018	20/02/2018	6	2	9	23/02/2018	2	9,3	
8	2	0	0	60	1,63	22,6	2	2	2	2	07/12/2018	12/12/2018	5	2	6	13/12/2018	1	6,8	
9	2	2	0	70	1,63	26,3	1	2	2	2	08/06/2017	20/06/2017	12	2	17	25/06/2017	1	8	
10	1	0	1	77	1,73	25,7	1	2	2	2	12/06/2018	15/06/2018	3	1	8	20/06/2018	2	9,1	
11	1	0	0	67	1,77	21,4	2	2	2	2	25/06/2019	03/07/2019	8	2	9	04/07/2019	2	6,8	
12	0	0	0	57	1,63	21,5	2	2	2	2	21/09/2019	27/09/2019	6	2	11	02/10/2019	2	7,6	
13	4	2	0	88	1,68	31,2	1	2	2	2	13/04/2020	16/04/2020	3	1	5	18/04/2020	1	10,4	
14	1	1	0	85	1,63	32,0	1	2	2	2	11/10/2018	17/10/2018	6	2	8	19/10/2018	2	7,5	
15	0	0	0	48	1,63	18,1	2	1	2	2	21/11/2017	29/11/2017	8	2	10	01/12/2017	1	8,2	
16	1	0	0	77	1,63	29,0	1	2	2	2	04/01/2019	18/01/2019	14	2	7	11/01/2019	1	7,6	
17	3	3	0		1,63	0,0		2	2	2	18/12/2016	21/12/2016	3	1	9	27/12/2016	1	9,2	
18	1	1	0	50	1,63	18,8	2	2	2	2	29/01/2017	01/02/2017	3	1	5	03/02/2017	2	6,9	
19	1	0	0	67	1,56	27,5	1	2	2	2	15/03/2017	21/03/2017	6	2	13	28/03/2017	2	6,8	
20	1	0	0	59	1,63	22,2	2	2	2	2	14/06/2017	23/06/2017	9	2	11	25/06/2017	2	7,2	
21	3	3	0		1,63	0,0		2	2	1	15/02/2018	20/02/2018	5	2	8	23/02/2018	2	20	
22	1	0	0		1,63	0,0		2	1	2	15/02/2018	20/02/2018	5	2	8	23/02/2018	2	10,4	
23	1	1	0	80	1,63	30,1	1	2	2	2	28/05/2018	01/06/2018	4	2	8	05/06/2018	2	5,2	
24	0	0	0	70	1,63	26,3	1	2	2	2	04/06/2018	13/06/2018	9	2	10	14/06/2018	2	7	
25	1	1	0	76	1,63	28,6	1	2	2	2	16/06/2018	21/06/2018	5	2	6	22/06/2018	2	6,3	
26	0	0	0	70	1,63	26,3	1	2	2	2	17/09/2018	19/09/2018	2	1	4	21/09/2018	2	7,2	
27	3	0	0	70	1,65	25,7	1	2	1	2	18/12/2018	26/12/2018	8	2	9	27/12/2018	1	6,4	
28	0	0	0	60	1,63	22,6	2	2	2	2	08/01/2019	11/01/2019	3	1	6	14/01/2019	1	7,6	
29	1	0	0	87	1,63	32,7	1	2	2	2	16/06/2019	24/06/2019	8	2	10	26/06/2019	2	3,3	
30	0	0	0	89	1,63	33,5	1	2	2	2	07/04/2020	09/04/2020	2	1	5	12/04/2020	1	11,3	

Figura 7. Termo de consentimento para uso de dados.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE : 50047715.9.0000.5530

Título do Projeto: DRENAGEM PRECOCE DE ABSCESSO TUBO-OVARIANO GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA X ANTIBIOTICOTERAPIA: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE DESFECHOS

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar se a drenagem do abscesso pélvico guiada por ultrassom oferece melhores resultados clínicos para o paciente. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Ginecologia do Hospital Fêmina, de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite para participar da pesquisa, gostaríamos de sua autorização para acessar o prontuário e consultar as seguintes informações: idade, paridade, presença de cesáreas ou cirurgias prévias, IMC, coinfeção pelo HIV, presença de abscesso tubo-ovariano bilateral, volume do abscesso, medidas do abscesso, inserção de DIU há menos de 30 dias, cirurgia prévia relacionada ao evento, diabetes e endometriose.

No que se refere a avaliação após o tratamento, serão analisados: número de dias de internação, melhora precoce (em até 48h) após punção, volume drenado, quantidade de dias recebendo antibioticoterapia e qual esquema, presença de cultura e qual germe isolado, avaliação de PCR antes e depois do tratamento, dor residual, necessidade de reinternação, complicações e morte.

Na avaliação telefônica será questionado se ainda apresenta dor residual, se tem dor nas relações sexuais, se apresentou alguma complicação relacionada do evento pesquisado e se necessitou de nova internação, relacionada à coleção pélvica, após ter sido tratada no Hospital Fêmina por drenagem guiada por ultrassom.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, haja vista que as pacientes só serão submetidas ao tratamento proposto se preencherem critérios de tratamento já bem firmados pela literatura, não se tratando de algo experimental.

Os possíveis desconfortos em participar da pesquisa se referem ao fato de ser questionada sobre seus dados de saúde durante a internação e possivelmente após a alta hospitalar através de contato telefônico, ocasionando a tomada de alguns minutos do seu tempo.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são avaliar novas alternativas de tratamento e mostrar resultados para que o tratamento e conhecimentos sejam disseminados favorecendo futuros pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Suelyn Cristina Portalupi Ramos, pelo telefone (53) 981372348.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa	Assinatura
Nome do pesquisador que aplicou o Termo	Assinatura

Local e Data: _____

Figura 8. Termo de Compromisso para utilização de dados de prontuário.



Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Grupo de Pesquisa

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto: Drenagem precoce de abscesso tubo-ovariano guiada por ultrassonografia ou terapia conservadora: Análise comparativa entre desfechos

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Grupo Hospitalar Conceição (Hospital Fêmina).

Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 10 de fevereiro de 2021.

Nome dos Pesquisadores

Suelyn Cristina Portulupi Ramos

Assinatura

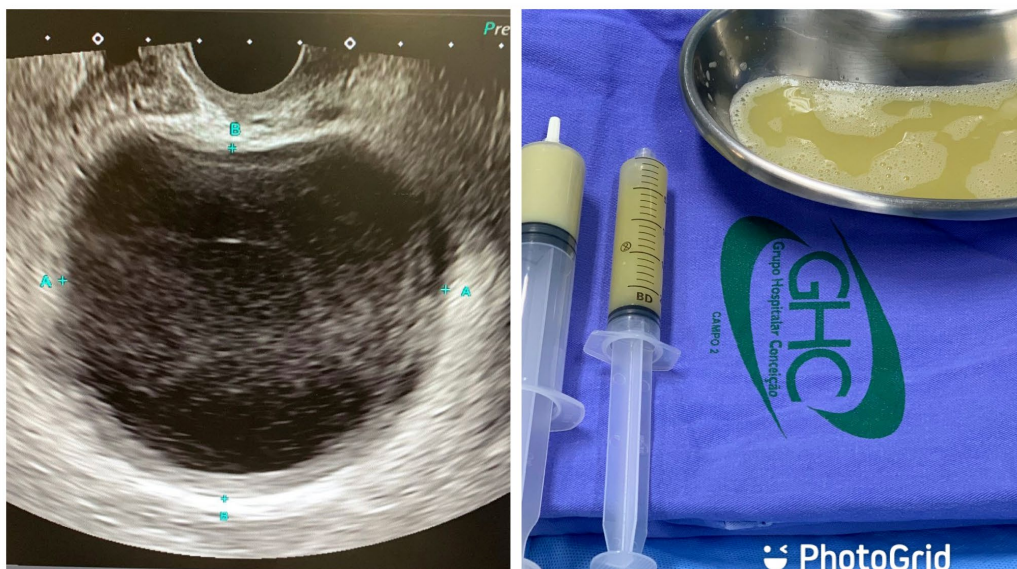
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Suelyn Portulupi', is written over a horizontal line.

APÊNDICE

Figura 8. Drenagem de abscesso com agulha de Chiba n. 18G, guiada por US via transvaginal.



Figura 9. A figura da esquerda mostra abscesso tubo-ovariano em ultrassom transvaginal e a direita secreção purulenta aspirada via transvaginal da mesma coleção.



Vídeo: Drenagem de abscesso tubo-ovariano orientado por ultrassom transvaginal

https://www.canva.com/design/DAFSI2Ttm_0/dx-hii6lcdanSYi5K5oig/view