

UTILIDADE DO ESCORE DE RISCO PADRÃO DO BRASIL NA AVALIAÇÃO DA INFECÇÃO GONOCÓCICA EM MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL

USEFULNESS OF THE BRAZILIAN STANDART - RISK SCOR IN THE EVALUATION OF GONOCOCCAL INFECTION IN WOMEN WITH VAGINAL DISCHARGE

Adele S. Benzaken¹, Valderiza Pedrosa², Enrique G. Garcia³,
João Dutra⁴, Jose Carlos G. Sardinha⁵

RESUMO

Introdução: A busca de novos elementos para aprimorar os resultados da sensibilidade e especificidade dos algoritmos para a síndrome de corrimento vaginal é uma prioridade dos programas de controle das DST. A pouca correspondência entre a queixa de corrimento vaginal e a positividade da infecção gonocócica e/ou clamídia tem sido amplamente reportada na literatura internacional. **Objetivo:** Avaliar a utilidade do emprego das definições para score de risco padronizado pela Coordenação Nacional de DST/Aids (CN DST/Aids) do Ministério da Saúde do Brasil para a população da cidade de Manaus, Estado do Amazonas. **Métodos:** No período de 1 de outubro a 30 de dezembro do ano 2000 um total de 520 mulheres foram atendidas na rotina da clínica de DST da Fundação Alfredo da Matta (FUAM), por diferentes queixas. Ao protocolo de atendimento foi colhido sistematicamente cultura para gonococo em meio de Thayer Martin modificado. Correlacionou-se as mulheres que apresentavam corrimento vaginal com o resultado da cultura e o escore de risco. **Resultados:** A prevalência da infecção gonocócica nas mulheres com queixa de corrimento vaginal (172) foi de 8,2%. As que apresentaram score de risco com pontuação inferior a 2 ou "negativo" foi de 65,7% e as restantes (34,3%) tinham escore de risco igual ou maior de 2 ou "positivo". As mulheres com score de risco positivo apresentaram uma prevalência de infecção gonocócica de 18,6%, comparadas com 2,6% das que tinham score menor de 2 ($p=0,001$). Os resultados de Sensibilidade, Especificidade e VPP foram de 88,6/69,6/18,6. **Conclusão:** Dos quatro parâmetros utilizados no score de risco padronizados pela CNDST/Aids, somente o antecedente de ser parceira sexual de um homem com corrimento uretral apresenta uma aceitável sensibilidade e especificidade para infecção gonocócica. É muito provável que estes valores pudessem ser mais alentadores se fosse também incluído o diagnóstico para a infecção por clamídia. O risco relativo de ter uma infecção gonocócica quando se tem um score de risco positivo é de 8,5. Se encontram resultados consistentes com a recomendação de tratar para infecção gonocócica toda mulher contato de um homem com corrimento uretral independentemente da presença ou não de sintomas.

Palavras-chave: DST, mulheres, corrimento vaginal, score de risco, infecção gonocócica

ABSTRACT

Introduction: The search for new elements to improve the results for sensitivity and specificity of the vaginal discharge syndrome algorithm is a priority of STD control programs. The low correspondence between the complaint of vaginal discharge and positive results for gonococcal and/or chlamydia infection has been widely reported in international publications. **Objective:** To evaluate the use of the risk assessment standardised by the National Coordination for STD/Aids (CNDST/Aids) of the Brazilian Ministry of Health for the population of Manaus, Amazonas State. **Method:** Between October 1st and 30th December 2000, a total of 520 women were routinely attended at the STD clinic of the Alfredo da Matta Foundation (FUAM) for different problems. Following the basic protocol for patient attendance, samples were systematically collected for *Neisseria gonorrhoeae* culture on modified Thayer-Martin medium. The women were correlated by those presenting vaginal discharge with the *N. gonorrhoeae* culture result and their risk assessment. **Results:** The prevalence of gonococcal infection in women complaining of vaginal discharge (172) was 8.2%. Those presenting a risk assessment inferior to 2 or negative was 65.7% and the rest (34.3%) had a risk assessment of equal or greater than 2 or positive. The women with a positive risk assessment presented a prevalence of gonococcal infection of 18.6%, compared with the 2.6% who had assessments less than 2 ($p=0.001$). The results for sensitivity, specificity and PPV were 88.6/69.6/18.6. **Conclusion:** Of the four parameters used in the risk assessment standardised by the CN DST/Aids, only a history of having a male sexual partner with urethral discharge presented an acceptable sensitivity and specificity for gonococcal infection. It is very probable that these values could be more encouraging if the diagnosis for chlamydia infection could also be included. The relative risk of having gonococcal infection when you have a positive risk assessment is 8.5. Results are consistent with recommendations to treat all women in contact with men presenting urethral discharge for gonococcal infection independently of the presence or not of symptoms.

Keywords: STD/DST, women, vaginal discharge, risk assessment, gonococcal infection.

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 13(5):4-7,2001

INTRODUÇÃO

É um fato conhecido internacionalmente que a síndrome do corrimento vaginal não se relaciona de maneira positiva com a infecção por

Neisseria gonorrhoeae e por *Chlamydia trachomatis* (agentes etiológicos de cervicite). Por esta razão a maioria dos fluxogramas existentes ocasionam "tratamento não justificado ou excessivo", de uma elevada proporção das mulheres que buscam atenção.^{1, 2, 3, 4}

Esta situação tem motivado a procura de alternativas nos fluxogramas baseados na utilização de novas definições de risco, emprego sistemático de exame ginecológico com o uso de espéculo e a utilização de técnicas laboratoriais rápidas, simples, sensíveis e baratas que permitam diagnosticar algumas das causas de corrimento vaginal.⁵⁻²⁰

¹Médica, Ginecologista, Gerente do Setor de DST-Fundação Alfredo da Matta - FUAM.

²Assistente Social Gerente Epidemiologia-FUAM.

³Prof. Dr. Departamentos Medicina Interna e Saúde Pública Faculdade Medicina Calisto

Garcia, Universidade de Havana, Cuba. Médico, Epidemiologista, Consultor-FUAM.

⁴Médico, Ginecologista-FUAM.

⁵Médico, Dermatologista. Diretor de Ensino, Pesquisa e Assistência da FUAM.

Infelizmente, a realidade dos países em desenvolvimento, neste momento, não tem disponível estes elementos de apoio para o diagnóstico, motivo pelo qual seu trabalho está limitado a utilização, quase de maneira exclusiva da anamnese clínica, história epidemiológica e exame da genitália sem espelho, razão pela qual a avaliação das definições de risco utilizadas tem uma grande influência na tomada de decisão terapêutica.

A presente investigação, realizada na clínica de DST da Fundação Alfredo da Matta, foi desenhada com o objetivo de estimar a utilidade do emprego das definições para escore de risco padronizado pela Coordenação Nacional de DST/Aids (CN DST/Aids) do Ministério da Saúde do Brasil para a população da cidade de Manaus, Estado do Amazonas, Brasil.

Lamentavelmente durante o período da execução não se dispunha das facilidades para o diagnóstico laboratorial de clamídia, daí porque analisaremos somente a infecção gonocócica.

MÉTODOS

Durante o período compreendido entre 1º de outubro e 30 de dezembro do ano 2000 um total de 522 mulheres foram atendidas por diferentes motivos. O protocolo de atendimento básico de casos compreende a realização de exame ginecológico com emprego de espéculo, toque bimanual, coleta de amostras para o teste das aminas (KOH), microscopia (exame a fresco e bacterioscopia) para tricomonas, candida e vaginose bacteriana e coleta de amostra endocervical para cultura de gonococo em meio de *Thayer Martin* modificado e VDRL. Adicionalmente, se oferece teste para detecção de anticorpos contra HIV com prévio aconselhamento. A todos os casos se aplica um questionário que contém variáveis gerais, clínicas e epidemiológicas, os quais são armazenados em uma base de dados central, incluindo os dados de resultados laboratoriais.

O diagnóstico inicial das DST se realiza mediante abordagem síndrome utilizando-se os fluxogramas nacionais do Ministério de Saúde e ao mesmo tempo se realiza os diagnósticos etiológicos possíveis correspondentes de cada caso.

Do total das mulheres atendidas no período em dois casos (0,4%) não se registrou o motivo da consulta e idade, sendo por isso excluídas, ficando 520 (99,6%) que constituem nosso universo de análises.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As diferentes razões de queixa, foram agrupadas nas 5 causas principais e são apresentadas na tabela 1 observando-se que 172 delas (33,1%) foram por corrimento vaginal e outras 45 (8,7%) eram contatos assintomáticos de homens com corrimento uretral, sendo que estes dois grupos representaram o objetivo básico das análises que serão realizadas neste estudo.

As idades das mulheres de ambos os grupos estavam compreendidas entre 13 e 63 anos para as sintomáticas (corrimento vaginal) e entre 13 e 62 anos para as assintomáticas (contato de homens com corrimento uretral). A mediana das idades, para ambos os grupos foi de 22 anos.

A tabela 2 mostra os resultados da cultura para gonococo nos diferentes grupos de mulheres atendidas, apresentando as maiores prevalências de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* os dois grupos objeto do estudo: mulheres com consultaram por corrimento vaginal 8,15% (14/172) e mulheres assintomáticas parceiras sexuais de homens com corrimento uretral 35,6% (16/45). A prevalência geral da infecção gonocócica nas 520 mulheres atendidas no período foi de 6,1% (32/520).

Uma comparação dos resultados obtidos de culturas positivas para gonococos encontrados nestes quatro grupos de motivo da consulta (excluído o grupo de estupro) mostrou diferenças estatística-

mente significativas quando comparando com o grupo de corrimento vaginal vs preventivo ($p=0,003$) e vs outras DST ($p=0,005$). Ao contrário, um índice de positividade maior, também estatisticamente significativo ($p=0,001$) foi encontrado ao comparar-se o grupo das assintomáticas contatos de homens com corrimento uretral VS o grupo de Corrimento vaginal (χ^2 por diferença de proporções para duas amostras independentes)

O protocolo de tratamento compreende a identificação, diante cada caso sintomático de corrimento vaginal a identificação da exposição a 4 fatores de risco que são: ser menor de 20 anos; ter um contato sexual novo nos últimos 3 meses; possuir mas de um parceiro sexual e ser contato de um homem com corrimento uretral, aos que se designa um valor de 1, 1, 1 e 2 pontos respectivamente. Se o valor total resultante é igual ou maior de 2 pontos se considera escore de risco positivo e se indica tratamento para as infecções por gonorréia e clamídia, caso contrário se indica tratamento para outras infecções vaginais.

A tabela 3 mostra a distribuição dos valores do escore de risco para as 172 mulheres que consultaram por corrimento vaginal, das quais dois terços (113/172=65,7%) eram escore negativo ou menor de 2 pontos e demais (59/172= 34,3%) escore de risco positivo (igual ou maior que 2).

A positividade da infecção por gonococo segundo escore de risco positivo ou negativo se apresenta na tabela 4, sendo quase nove vezes mais elevada naquelas com escore positivo (11/59=18,1%) ao compará-las com as de escore de risco negativo (3/113=2,6%). Esta diferença é estatisticamente significativa ($p=0,001$).

Uma tentativa para melhorar estes níveis de positividade acrescentando um quinto fator (passado venéreo) incrementa quase uns 50% das mulheres com escore de risco positivo, porém não melhora o índice de detecção da culturas positivas para gonococo, o que poderia ser contraproducente ao orientar o tratamento de um número maior de mulheres sem infecção real. Talvez influa neste resultado a incerteza do dado já que outras infecções que não são de transmissão sexual (candidíase e vaginose bacteriana) ocasionam sintomas similares e podem mascarar a resposta.

Das 172 mulheres com corrimento vaginal 41 (23,8%) tinham antecedentes de contato sexual com homens com corrimento uretral o que permitiu realizar uma interessante comparação estatística com o grupo das assintomáticas que consultaram pela mesma razão, ser contatos de homens com corrimento uretral tabela 5. O grupo das sintomáticas apresentou uma positividade ao cultivo para gonococo de 29,4% (10/41), por outro lado as assintomáticas alcançaram uma positividade de 35,6% (16/45) diferença que não foi estatisticamente significativa ($p=0,16$), o que nos permite afirmar que o verdadeiramente importante é ser contato de um possível caso e não se há presença ou ausência de sintomatologia.

Com a intenção de quantificar o risco do escore positivo entre as mulheres com corrimento vaginal positivas e negativas para cultivo de gonococo e a presença ou ausência de exposição se estimou um Odds Ratio de 8, 5; I.C. 95% 2,06 - 40,5 valores estatisticamente significativo ($p=0,0005$) o que expressa um risco relativo de mais de oito vezes para aquelas com escore de risco positivo (igual ou maior de 2 pontos). A maneira de comparação, também estimamos ao mesmo indicador para a soropositividade ao VDRL em ambos grupos de mulheres (escore positivo e negativo) e o valor de odds ratio obtido foi 0,23; I.C. 95% 0,01 - 1,94; $p=0,23$ que como era de esperar não demonstra relação alguma.

Finalmente se validou a utilização do escore de risco padrão do país utilizando como "padrão ouro" o cultivo em meio de *Thayer Martin* e estimamos uma Sensibilidade de 78,6 e especificidade de 69,6, valores não totalmente satisfatórios no entanto melhores que os dos fluxogramas para corrimento vaginal que não contemplam o escore de risco. O valor da sensibilidade encontrada neste estudo, pode ser considerada bastante similar ao valor encontrado por Moherdau *et al* quando avaliaram o fluxograma nacional para esta síndrome.²⁰ No entanto, o valor

TABELA 1
Mulheres atendidas segundo motivo da consulta, na Fundação
Alfredo da Matta no período de 1 de outubro a 30 de dezembro de 2000

Motivo da Consulta	n	%
Corrimento Vaginal	172	33,1
Contatos Assintomáticas de Corrimento Uretral	45	8,7
Preventivo	142	27,3
Outras DST	153	29,4
Estupro	8	1,5
TOTAL	520	100,0

Fonte: Gerência de Epidemiologia/FUAM

TABELA 2
Resultado de cultura positiva para gonococo, segundo o motivo
da consulta, na Fundação Alfredo da Matta no período de
1 de outubro a 30 de dezembro de 2000

Motivo da Consulta	n	%
Corrimento Vaginal	14	8,2
Contatos Assintomáticas de Corrimento Uretral	16	35,6
Preventivo	1	0,7
Outras DST	0	0,0
Estupro	1	8,7
TOTAL	32	6,1

Fonte: Gerência de Epidemiologia/FUAM

TABELA 3
Mulheres com corrimento vaginal segundo pontuação
de escore de risco, na Fundação Alfredo da Matta no período de
1 de outubro a 30 de dezembro de 2000

Escore	n	%
0	71	41,3
1	42	24,4
2	30	17,4
3	19	11,0
4	8	4,7
5	2	1,2

Fonte: Gerência de Epidemiologia/FUAM

TABELA 4
Mulheres com corrimento vaginal segundo escore e
resultado de cultura, na Fundação Alfredo da Matta no período
de 1 de outubro a 30 de dezembro de 2000

Escore	# de Mulheres / %	Cultura + / %
< 2	113/172 65,7	3/113 2,6*
>= 2	59/172 34,3	11/59 18,6*

*p= 0,001

Fonte: Gerência de Epidemiologia/FUAM

TABELA 5

Mulheres contato de homens com corrimento uretral segundo sintomatologia e positividade para gonococo, na Fundação Alfredo da Matta no período de 1 de outubro a 30 de dezembro de 2000

Condição	Positivas/ Estudadas	%
Sintomáticas (mulheres do grupo corrimento vaginal)	10/41	29,4
Assintomáticas (mulheres contato de homens com corrimento uretral)	16/45	35,6

p= 0,16

Fonte: Gerência de Epidemiologia/FUAM

preditivo positivo de 18,6. continua sendo muito baixo expressando que se indica tratamento desnecessário a quatro de cada cinco mulheres. É importante não esquecer que estamos trabalhando com uma população atendida em clínica especializada de DST, o que significa, em marco teórico, que a prevalência de infecção gonocócica seja mais elevada que a que se encontra em clínicas de atenção primária, portanto é muito provável que os valores preditivos positivos para estas últimas seja ainda mais baixo devido a dependência que este indicador tem com a prevalência.²¹

Se for excluído o antecedente de contato sexual com parceiro com corrimento uretral os valores de sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo diminuem a 14,2/16/7,4 respectivamente pondo em evidencia a baixa relevância que estes três elementos tem para a suspeita de infecção gonocócica na população estudada, o que justifica continuar a busca de novos fatores de risco mais apropriados.

CONCLUSÃO

Dos quatro parâmetros utilizados no escore de risco do fluxograma de corrimento vaginal padronizado no Brasil, somente o antecedente de ser parceiro sexual de um homem com corrimento uretral apresenta uma aceitável sensibilidade e especificidade para infecção gonocócica em uma clientela de elevada prevalência relativa de uma clínica de DST. É muito provável que estes valores pudessem ser mais alentadores se tivéssemos incluído também a infecção por clamídia

O risco relativo de ter uma infecção gonocócica quando se tem um escore de risco positivo é de 8,5.

Se encontram resultados consistentes com a recomendação de tratar para infecção gonocócica toda mulher contato de um homem com corrimento uretral independentemente da presença ou não de sintomas.

A incorporação do antecedente de DST (passado venéreo) no escore de risco não ofereceu melhoria aos resultados do escore de risco padrão. Sem dúvida é necessário "limpar" este dado de outras infecções do trato genital feminino muito frequentes e que não são DST para uma avaliação mais precisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis- Brasília-DF: Ministério da Saúde. 1996
2. Vuylsteke B, Laga M, Alary M, et al. Clinical flowcharts for the screening of women for gonococcal and chlamydial infection: evaluation of pregnant women and prostitutes in Zaire. *Clin. Infect Dis* 1993;17:82-88
3. Wong ES, Fennell CI, Stamm WE. Urinary tract infection among women attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 1984;11:18-23
4. Braddick Mr, Ndiya-Achola JO, Mirza NB et al. Towards developing a diagnostic flowchart for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* cervicitis in pregnancy. *Genitourin Med* 1990;66:62-65
5. Dallabeta G, Laga M, Lamptey P. Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis. AIDSCAP/ Brasil 1997

6. Dallabeta GA, Gerbase AC and Holmes KK. Problems, solutions and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases. *Sex Transm Inf* 74(Suppl 1):S1-S11. 1998
7. World Health Organization. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections. WHO/RHR/01.10 Geneva: WHO, 2001
8. Costello Daly C, Wangel A-M, Hoffman IF, et al. Validation of the World Health Organization diagnostic algorithm and development of an alternative scoring system for the management of women presenting with vaginal discharge in Malawi. *Sex. Transm Inf* 74 (Suppl 1):S50-8. 1998.
9. Ryan CA, Courtois BN, Hawes SE, et al. Risk assessment, symptoms, and signs as predictors of vulvovaginal and cervical infections in an urban US STD clinic: implications for use of STD algorithms. *Sex Transm Inf* 74 (Suppl 1):S59-76. 1998.
10. Mayaud P, ka-Gina G, Cornelissen J, et al. Validation of a WHO algorithm with risk assessment for the clinical management of vaginal discharge in Mwanza, Tanzania. *Sex Transm Inf* 74(Suppl 1):S77-84. 1998
11. Sánchez SE, Koutsky LA, Sánchez J, et al. Rapid and inexpensive approaches to managing abnormal vaginal discharge or lower abdominal pain: an evaluation in women attending gynaecology and family planning clinics in Peru. *Sex Transm Inf* 74(Suppl 1):S85-94. 1998
12. Ryan CA, Zidouh A, Manhart LE, et al. Reproductive tract infections in primary health care, family planning, dermatovenereology clinics:evaluation of syndromic management in Morocco. *Sex Transm Inf* 74(Suppl 1):S95-105. 1998.
13. Alary M, Baganizi E, Guèdèmè A, et al. Evaluation of clinical algorithms for the diagnosis of gonococcal and chlamydial infections among men with urethral discharge of dysuria and women with vaginal discharge in Benin. *Sex Transm Inf* 74(Suppl 1):S44-9. 1998
14. Behets FM-T, Desormeaux J, Joseph D, et al. Control of sexually transmitted disease in Haiti: results and implications of a baseline study among pregnant women living in Cité Soleil shantytowns. *Infect Dis* 172:764-7. 1995
15. Mayaud P, Grsskurth H, Changalucha J, et al. Risk assessment and other screening options for gonorrhoea and chlamydial infections in women attending rural Tanzanian antenatal clinics. *Bull World Health Organ* 73:621-30. 1995.
16. Thomas T, Choudhri S, Kariuki C, et al. Identifying cervical infection among pregnant women in Nairobi, Kenya:limitations of risk assessment and symptoms based approaches. *Genitourin Med* 1996;72:334-8.
17. Ronsmans C, Bulut A, Yolsal N, et al. Clinical algorithms for the screening of Chlamydia trachomatis in Turkish women. *Genitourin Med* 72:182-6. 1996.
18. Behets FM-T, Ward E, Fox L, et al. Sexually transmitted disease are common in women attending Jamaican family planning clinics and appropriate detection tools are lacking. *Sex Transm Inf* 74(Suppl 1):s123-7. 1998.
19. Bourgeois A, Henzel D, Dibanga G, et al. Prospective evaluation of a flow chart using a risk assessment for the diagnosis of STDs in primary healthcare centres in Libreville, Gabon. *Sex Transm Inf* 74(Suppl 1):S128-31. 1998.
20. Moherdau F, Vuysteke B, Siqueira LFG, et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicentric study. *Sex Transm Inf* 74 (Suppl 1):S38-S43. 1998.
21. OPAS/FNS. Métodos de Investigação Epidemiológica em Doenças Transmissíveis: volume 1, 1997.

Endereço para correspondência:

ADELE BENZAKEN

E-mail: zehev@netium.com.br