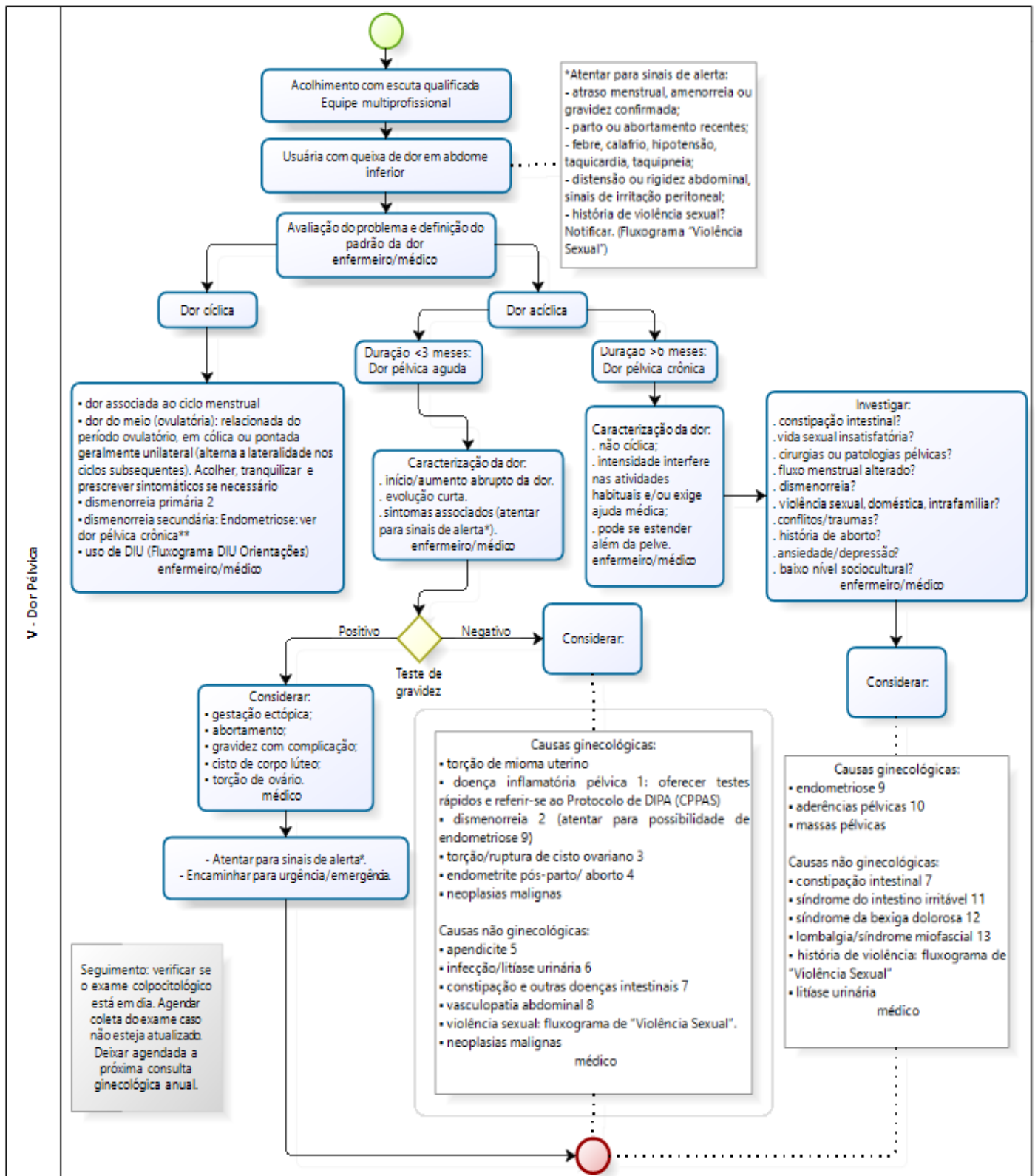


V- DOR PÉLVICA



1. Doença inflamatória pélvica (DIP) (médico)

1A) Critérios diagnósticos: três critérios maiores + um critério menor OU um critério elaborado.

1B) Critérios maiores: dor no hipogástrio; dor à palpação dos anexos; dor à mobilização de colo uterino.

1C) Critérios menores: temperatura axilar $>37,8^{\circ}\text{C}$; conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal; massa pélvica; mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice; leucocitose em sangue periférico; proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada; comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo, clamídia ou micoplasmas.

1D) Critérios elaborados: evidência histopatológica de endometrite; presença de abscesso tuboovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem; laparoscopia com evidência de DIP. Outros sintomas podem estar presentes: sangramento vaginal anormal de pouca quantidade (spotting), dispareunia, descarga vaginal. O tratamento antimicrobiano deve ser iniciado imediatamente para evitar sequelas ao aparelho reprodutor.

Tratamento:

- **Esquema 1:** Ceftriaxona 500mg, IM, dose única + Doxiciclina 100mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias.
- **Esquema 2:** Ciprofloxacino 500mg, VO, 1cp/dia + Doxiciclina 100mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias
- **Esquema 3:** Ceftriaxona 500mg, IM, dose única + Azitromicina 1g, VO, 2cp de 500mg, 1/semana, por 2 semanas.

Observação: Em qualquer dos esquemas antibióticos, associar analgesia com AINE (Ibuprofeno 600mg, 01 cp de 8/8 horas por 05 dias).

Orientar repouso relativo, abstinência sexual, sintomáticos e retorno para reavaliação em 48 horas. Em caso de quadro abdominal grave (irritação peritoneal), febre $>37,8^{\circ}\text{C}$; gravidez, abscesso tuboovariano, ausência de resposta ao tratamento ambulatorial, encaminhar para referência hospitalar. Enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, convocar e tratar parceiros (as) e agendar retorno. O DIU não precisa ser removido. Oferecer métodos contraceptivos alternativos. As duchas vaginais não estão recomendadas.

Exames complementares: oferecer testes rápidos de IST e avaliar cartão de vacinação; hemograma, proteína C reativa, VHS; teste de gravidez (para diferenciar de gestação ectópica); ultrassom transvaginal para avaliar suspeita de abscesso tuboovariano.

2. Dismenorreia: cólica abdominal associada à menstruação, em alguns casos intensa e com repercussão gastrointestinal, de caráter cíclico. Orientar um estilo de vida saudável e atividade física regular. Prescrever anti-inflamatórios não hormonais: podem ser iniciados 2 a 3 dias antes do período menstrual e mantidos durante a menstruação (evitar uso superior a 7 dias) – Ibuprofeno 600mg de 8/8 horas. Associar antiespasmódicos e analgésicos, se necessário: Dipirona 1g (40 gotas) ou paracetamol 1g de 6/6 horas.

Adolescência: Sintoma muito frequente nessa faixa etária. O tratamento é igual ao da mulher adulta.

3. Torção/Ruptura de cisto ovariano: quadro de abdome agudo, com irritação peritoneal. Atentar para sinais de alerta*. Encaminhar para Serviço de urgência/emergência.

4. Endometrite pós-parto/aborto: cursa com sangramento e/ou corrimento com odor fétido e comprometimento do estado geral (atentar para sinais de alerta*). Encaminhar para Serviço de AAE.

5. Apendicite: caracteriza-se por quadro de abdome agudo, com irritação peritoneal. A dor inicia-se em região epigástrica/periumbilical e evolui para dor localizada em fossa ilíaca direita. Há alteração de ritmo intestinal; náusea/vômito; comprometimento do estado geral; febre. Encaminhar para serviço de urgência/emergência.

6. Infecção/litíase urinária: queixas principais: disúria, polaciúria, desconforto suprapúbico. Pode haver: hematúria, dor lombar, comprometimento do estado geral. Conduzir com antibioticoterapia, hidratação e sintomáticos, conforme fluxograma "Dor/Aumento da frequência urinária". Exames complementares: hemograma, EAS, urocultura; considerar solicitação de tomografia na presença de hematúria.

7. Constipação e outras doenças intestinais: neste caso, a dor pélvica associa-se a ritmo intestinal não diário e fezes ressecadas OU quadro de diarreia, náusea/vômito, podendo haver febre e desidratação. Pode-se observar, ainda, muco ou sangue nas fezes.

7A) Constipação: orientar dieta rica em fibras, aumento na ingestão de líquidos, atividade física regular, PIS.

7B) Diarreia aguda: hidratação e sintomáticos. Encaminhar se houver suspeita de doenças inflamatórias intestinais.

8. Vasculopatia abdominal: quadros agudos, com dor intensa e grande comprometimento do estado geral (ex.: aneurisma de aorta abdominal, trombose/isquemia mesentérica). Encaminhar para serviço de urgência/emergência.

9. Endometriose: características principais: piora cíclica da dor, principalmente no período perimenstrual; história de infertilidade; história familiar de endometriose; dor irradiada para região lombossacra ou ânus; alterações intestinais cíclicas (diarreia e/ou constipação, mudança na consistência das fezes no período perimenstrual). Em alguns casos pode haver sangramento cíclico nas fezes e na urina. O tratamento clínico baseia-se em analgesia e supressão da menstruação.

9A) Tratamento: analgesia (crises de dor): Ibuprofeno 600mg de 8/8 horas. Supressão da menstruação: anticoncepcional combinado oral (etinilestradiol 0,03mg+levonogestrel 0,15mg) em uso contínuo, sem pausa entre as cartelas; OU anticoncepcional injetável com progestágeno isolado trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150mg); ou progestágeno oral (noretisterona 0,35mg) em uso contínuo, sem pausa entre as cartelas. Ver considerações gerais sobre tratamento de dor pélvica crônica**. Na suspeita de endometriose, encaminhar para Serviço de AAE.

10. Aderências pélvicas: cursa com dor à palpação e distensão dos anexos, agravada com atividade física e obstipação. Ao toque vaginal, há redução de mobilidade uterina. Geralmente, como antecedente patológico é referida infecção ou cirurgia pélvica (principalmente cesariana e laqueadura). Ver considerações gerais

sobre tratamento de dor pélvica crônica**. Não há exames de imagem que fechem diagnóstico, apenas a videolaparoscopia, encaminhar para Serviço de AAE.

11. Síndrome do intestino irritável: desconforto abdominal ou dor pélvica por pelo menos 12 semanas (não necessariamente consecutivas) nos últimos 12 meses, que apresenta pelo menos dois dos três aspectos: alívio com defecação; aparecimento associado com mudanças na frequência de evacuação; aparecimento associado com mudanças na forma e consistência das fezes. Orientar alimentação saudável. Fazer abordagem ampla, a fim de identificar fatores desencadeantes. Conduzir por meio do controle dos sintomas: dor, diarreia, constipação. Ver considerações gerais sobre tratamento de dor pélvica crônica**. Na suspeita de síndrome do intestino irritável, encaminhar para o Serviço de AAE.

12. Síndrome da bexiga dolorosa: dor, pressão ou desconforto pélvico associados com urgência e aumento da frequência diurna e noturna, na ausência de infecção urinária comprovada ou alguma outra doença vesical óbvia. Prescrever analgésicos: dipirona ou paracetamol 500mg, 01 cp até de 6/6 horas. Considerar encaminhamento para Serviço de AAE. De acordo com o quadro clínico global, excluir outras causas de dor pélvica.

13. Lombalgia/Síndrome miofascial: dor muscular, com caráter motor e com identificação de pontos-gatilho. Prescrever anti-inflamatórios não hormonais por até 5 a 7 dias (ibuprofeno 600mg, 01 cp de 8/8 horas) ou analgésicos (dipirona ou paracetamol 500mg de 6/6 horas), podendo-se associar acupuntura e fisioterapia.

****Considerações gerais sobre tratamento de dor pélvica crônica (DPC)**

Atenção para possíveis fatores causais, desencadeantes ou de agravamento:

- Situações de violência doméstica, intrafamiliar, sexual (que podem ser crônicas e estarem camufladas);
- Vida sexual insatisfatória, anorgasmia (inclusive relações sexuais consentidas por convenções sociais, tabus, crenças);
- Relações conflituosas com familiares e/ou com parceiro (a);
- Situações de vulnerabilidade social e emocional (por exemplo, dependência econômica e/ou afetiva);
- Traumas familiares (mortes precoces, trágicas e de difícil elaboração de luto). Orientar atividade física e de lazer; dieta equilibrada. Psicoterapia: indicada em função de questões familiares, existenciais, ansiedade e depressão, presentes em grande número de mulheres com DPC.
- PIS: tratamento não farmacológico com fitoterapia, homeopatia, acupuntura e eletroestimulação transcutânea.
- Laparoscopia (segunda linha, quando as outras intervenções terapêuticas falharam): indicada em cerca de 18% de pacientes com DPC; casuísticas de laparoscopia em mulheres com DPC: 1/3 pelve normal, 1/3 endometriose e 1/3 aderências pélvicas; em 1/3 dos casos, diagnostica a endometriose, que não é tratada só com cirurgia (exceto com a retirada de ambos os ovários, que são importantes na função endócrina na idade reprodutiva), visto que muitas lesões são microscópicas e nem são visibilizadas à laparoscopia; a lise de aderências pélvicas (outro 1/3 dos casos) não modifica o prognóstico em relação à DPC.

Antidepressivos: Tricíclicos: Amitriptilina 25-50mg/noite, quando se identifica um componente emocional e/ou conflituoso com parceiro (a) ou familiares ou quando não tem causa aparente (evitar em pacientes com sobrepeso e/ou com obstipação crônica relevante).

Inibidores da recaptação de serotonina (IRS): Fluoxetina 20mg/dia, para mulheres com tendência depressiva, ansiosas, com conflitos familiares (indicados em pacientes com sobrepeso e obstipadas crônicas).