

PROTOCOLO DE FLUXO E MANEJO INICIAL DA DOR PÉLVICA CRÔNICA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2024
Versão I



Prefeitura
de Jundiaí



Prefeitura
de Jundiaí

PROTOCOLO DE FLUXO E MANEJO INICIAL DA DOR PÉLVICA CRÔNICA

Jundiaí- 2024



Prefeitura
de Jundiaí

Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Érika Pimenta de Pádua Mayer- Apoio técnico da saúde da Mulher

Fabiana Barrete Alcântara- Diretora do Departamento de Regulação de Saúde

Dor pélvica crônica (DCP) é definida como dor pélvica não menstrual ou não cíclica, com duração de pelo menos seis meses, suficientemente intensa para interferir em atividades habituais e que necessita de tratamento clínico ou cirúrgico. A etiologia não é clara e, usualmente, resulta de uma complexa interação entre os sistemas gastrointestinal, urinário, ginecológico, musculoesquelético, neurológico, psicológico e endócrino, influenciado ainda por fatores socioculturais.

A prevalência estimada de dor pélvica crônica é de 3,8% em mulheres de 15 a 73 anos (superior a enxaqueca, asma e dor nas costas), variando de 14 a 24% em mulheres na idade reprodutiva, com impacto direto na sua vida conjugal, social e profissional, o que transforma a dor pélvica crônica em um sério problema de saúde pública. Cerca de 60% das mulheres com a doença nunca receberam o diagnóstico específico e 20% nunca realizaram qualquer investigação para elucidar a causa da dor.

Estudos apontam que na atenção primária, cerca de 39% das mulheres queixam-se de dor pélvica. Essa patologia é responsável por 40 a 50% das laparoscopias ginecológicas, 10% das consultas ginecológicas e, aproximadamente, 12% das histerectomias.

Para o ginecologista que atende mulheres com o diagnóstico de dor pélvica crônica é importante compreender, ao menos em parte, os tipos de dor. Isso pode facilitar a elaboração da hipótese diagnóstica.

Resumidamente, temos:

1. Dor de origem somática: o estímulo doloroso inicia em estruturas como pele, músculos, fâscias, ossos e articulações. Frequentemente é menos intensa, geralmente em pontadas, e a paciente, em geral, consegue localizar um ponto específico de dor;
2. Dor de origem visceral: usualmente é mal localizada, frequentemente em cólicas, às vezes associadas a fenômenos autonômicos, como náuseas, vômitos e reações emocionais;
3. Dor de origem psicológica: embora alterações de personalidade, de conduta e depressão tenham papel bem definido na maneira de percepção da dor, a DPC psicogênica é menos frequente (diagnóstico de exclusão).

Embora o número de condições que se manifestam como dor pélvica crônica seja muito grande, é possível agrupá-las em categorias: gastrintestinais, urológicas, ginecológicas e musculoesqueléticas (Quadro 1) e algumas delas serão abordadas nos anexos do documento e para melhor adequação de manejo e fluxo de encaminhamento deve-se consultar os protocolos do município já instituídos como os de Gastro, Reumato e Urologia.



Prefeitura
de Jundiá

Quadro 1 - Algumas doenças que podem estar associadas à dor pélvica crônica⁷.

Sistema gastrointestinal (~37%)		Síndrome do intestino irritável Doença intestinal inflamatória, colite, doença diverticular Hérnias Constipação , obstrução intestinal crônica intermitente Carcinoma do cólon
Sistema urológico (~31%)		Cistite intersticial Cistite/uretrite aguda recorrente, ITU crônica, cistite actínica Urolitíase Síndrome uretral, divertículo/carúncula uretral Neoplasia vesical Síndrome da bexiga dolorosa
Sistema genital (~20%)	Extrauterina Intrauterina	Endometriose Doença inflamatória pélvica Massas pélvicas e anexiais Aderências Congestão pélvica Síndrome do ovário residual Salpingite por tuberculose Distopias e prolapsos genitais Adenomiose Estenose do canal cervical Pólipos, miomas, DIU
Sistema musculoesquelético		Síndromes miofasciais Espasmo da musculatura do assoalho pélvico Inadequação postural Fibromialgia Síndrome do piriforme Hérnia de disco Neuralgia do ílio-inguinal, ílio-hipogástrico, gênito-femoral



Prefeitura
de Jundiaí

A DPC pela complexa interação entre os sistemas e pela influência de fatores psicossociais e socioeconômicos nem sempre terá um diagnóstico claro e dessa forma deverá ser tratada como uma Síndrome da Dor Pélvica Crônica.

Recomendações gerais de manejo da síndrome:

1) ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO HORMONAIS

Devem ser utilizados no início do tratamento até que outro recurso seja otimizado e os exames complementares sejam avaliados.

Possibilidades:

- Diclofenaco de sódio (50mg via oral 8/8h),
- ibuprofeno (300mg, tomar 2cp via oral 3 vezes ao dia).

É importante lembrar que estas drogas podem piorar a sintomatologia em mulheres com síndrome do intestino irritável e síndrome da bexiga dolorosa e usualmente não funcionam para mulheres com dor de origem neural ou com componente neural substancial.

2) OPIÁCEOS- Efeito controverso no tratamento da DPC. Sua indicação é rara em caso de dores muito importantes e refratárias a outros analgésicos ou anti-inflamatórios.

3) ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS, ANTICONVULSIVANTES E INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA/NORADRENALINA

Eles melhoram a tolerância a dor, restabelecem o padrão de sono e reduzem sintomas depressivos.

Possibilidades:

- amitriptilina 25mg via oral ao dia, podendo atingir 100mg ao dia;
- gabapentina 300mg 3 vezes ao dia, podendo atingir 3600mg ao dia;
- pregabalina 75mg 2vezes ao dia, podendo atingir 300mg 2 vezes ao dia.

4) SUPRESSÃO HORMONAL

Pode ser feita através do uso de anticoncepcionais orais combinados ou progestagênios, principalmente nas dores cíclicas ou naquelas que agudizam no período menstrual.

5) ACUPUNTURA



Prefeitura
de Jundiá

A acupuntura sistêmica é uma técnica alternativa quando outras medidas não surtiram efeito ou como método adjuvante à terapia específica, nos casos de síndrome miofascial abdominal há benefícios importantes.

6) MIORRELAXANTES

Podem ser usados quando há presença de espasmos musculares ou tensão significativa no início do tratamento.

Seu efeito é controverso e não é padronizado no SUS.

Ex: Locolquicósido (Coltrax® 4mg via oral, dose máxima
recomendada 16-32mg ao dia).

Ciclobenzaprina 5 ou 10 mg (até 20 mg/dia)

7) ELETROTERRAPIA (TENS)

É indicado para o controle de episódios de dor intensa ou quando outras medidas não surtiram efeito.

8) REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL (RPG)

É indicado SEMPRE que possível.

9) FORTALECIMENTO DO ASSOALHO PÉLVICO

É indicado após resolução da dor/espasmos musculares/dispareunia.

Exemplo: Realização de exercícios de contração da musculatura do assoalho pélvico por aproximadamente 10 segundos seguidos de um descanso de 30 segundos. Devem ser realizados em sincronia com a expiração e sem realização de Manobra de Valsalva.

10) ANESTÉSICOS TÓPICOS INJETÁVEIS

Injeção local de anestésicos nos pontos de gatilho para tratamento da síndrome miofascial;

Bloqueio de nervos ilioinguinais, ilioipogástricos, pudendos (...) para tratamento das neuralgias.

11) MASSAGEM PERINEAL

É indicado para tratamento de espasmo dos músculos do assoalho pélvico associado à dispareunia. Recomenda-se a aplicação uma pressão digital leve com deslizamento sobre o músculo durante aproximadamente 10 minutos ou até alívio/desaparecimento da dor. Pode ser ensinado e, portanto, auto aplicado.



Prefeitura
de Jundiaí

12) ABLAÇÃO DE LIGAMENTOS UTEROSSACROS E NEURECTOMIA PRÉ-SACRAL

Indicação excepcional.

Há poucas evidências de melhora em longo prazo.

Têm melhor eficácia no tratamento da dismenorreia intensa não responsiva a outros tratamentos.

13) HISTERECTOMIA

Indicação excepcional.

A dor pélvica crônica (DPC) relacionada a endometriose será melhor descrita abaixo.

De acordo com esta explanação e as evidências que a dor pélvica crônica tem uma interlocução de vários sistemas, é importante a avaliação interdisciplinar/multiprofissional, a inclusão dessa paciente em grupos com sugestão a formação de um grupo específico de dor crônica trabalhando no conceito da reabilitação permitindo a manutenção da funcionalidade (física, sensorial, intelectual, psicológica e social) na interação com seu ambiente, fornecendo as ferramentas que necessitam para atingir a independência e a autodeterminação.

Agora iremos abordar a **endometriose** que é uma doença caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina (como ovários, tubas, intestinos, bexiga, peritônio, e até mesmo no próprio útero e/ou na musculatura). Seus sintomas principais são dismenorréia e dor pélvica crônica que pode agudizar no período menstrual.

É uma doença crônica que em casos graves pode ser altamente debilitante. Estima-se que 10 a 14% das mulheres, em sua fase reprodutiva (19 a 44 anos) e 25 a 50% das mulheres inférteis estejam acometidas por esta doença. Pode aparecer já na adolescência, com incidência aumentada em casos com história familiar e seu atraso diagnóstico contribui para as sequelas que a doença pode evoluir.

Embora o diagnóstico definitivo da endometriose necessite de uma intervenção cirúrgica, preferencialmente por videolaparoscopia, diversos achados nos exames: físico, de imagem e laboratoriais, já podem predizer, com alto grau de confiabilidade, que a paciente apresenta endometriose.



Prefeitura
de Jundiaí

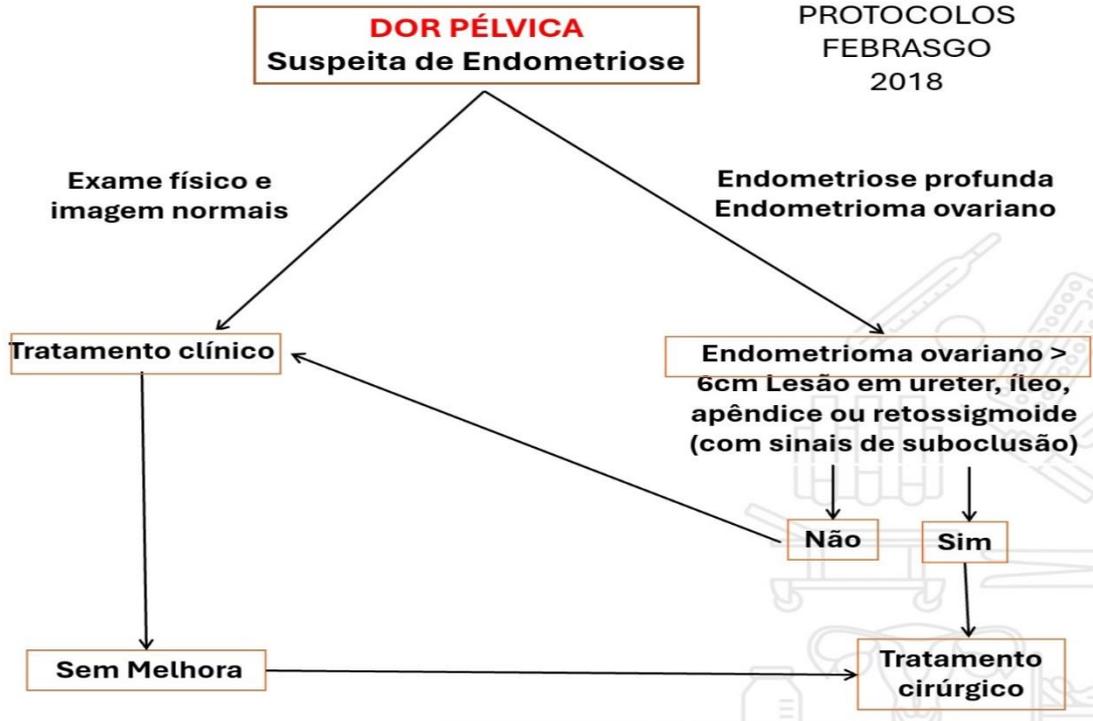
Assim, a história clínica e exame físico detalhado (grau A de recomendação) mostram-se como dados importantes para avaliação inicial e início de plano terapêutico, assim como, o US transvaginal como exame complementar.

SINTOMA	% (N)
Dismenorréia (VAS >7)	52.24 (362)
Dispareunia de Profundidade	55.33 (391)
Dor Pélvica Acíclica	56.81 (392)
Infertilidade	40.14 (277)
Sintoma Intestinal Cíclico	26.67 (184)
Sintoma Urinário Cíclico	10.87 (75)



Prefeitura
de Jundiaí

PROTOCOLOS
FEBRASGO
2018



human
reproduction

ORIGINAL ARTICLE *Gynaecology*

Consensus on current management of endometriosis

Neil P. Johnson^{1,2,3,*} and Lone Hummelshoj¹, for the World
Endometriosis Society Montpellier Consortium[†]

Opções terapêuticas	Indicação	Evidência
AINH, ACO, progestagênios	Primeira linha	Forte
ACO	Diminuir recorrência após cirurgia para endometrioma	Forte
GnRH-a, SIU-Lng, Progestagênios de depósito	Segunda linha	Fraco
Danazol e Gestrinona	Indicar somente se outros tratamentos foram ineficazes	Forte

Johnson et al. Hum Reprod 2013



Prefeitura
de Jundiá

História clínica e exame físico bem característicos



Supressão hormonal através do uso de anticoncepcional com ou sem pausa ou progestagênios desde que não haja contra-indicação
Solicitação de US transvaginal



Retorno em 3 meses:
Avaliação do US transvaginal
Houve melhora da dor? Teve outros achados?
Paciente está frequentando algum grupo na ubS
Orientar que a melhora é progressiva
Caso ainda ocorra escape, mas com melhora da dor manter tratamento
Se uso de ACO com pausa e houver ainda dor, propor o uso da medicação sem pausa



Reavaliar em + 3 meses:
Melhora da dor?
Está frequentando algum grupo na ubS?



Melhora:

Tranquilizar paciente
Manter tratamento e
Seguimento na ubS



Não houve melhora:

Avaliar associação de medicamento ou troca
de supressor de hormonal (progestagênios)
Encaminhamento para o ASM

CRITÉRIOS PARA REFERENCIAMENTO AO AMBULATÓRIO DA SAÚDE DA MULHER segundo a Especialidade:

Cirurgia Ginecológica:

- US transvaginal com cisto complexo ovariano (inclusive na suspeita de endometriose) ou sinais de adenomiose sem melhora no tratamento proposto na UBS;

Gineco-endocrino:

- Pacientes com contraindicação de anticoncepção injetável e oral;
- Ausência de melhora após 6 meses de tratamento otimizado.

CRITÉRIOS DE REFERENCIAMENTO CAISM

Deverão seguir este fluxo, os casos de endometriose profunda que necessitam abordagens operatórias mais extensas e para isso tem-se as orientações a seguir:

- Encaminhamento em impresso próprio via malote para regulação central;
- Cópia de laudo de exame de imagem ou anatomopatológico de cirurgia de endometriose com comprometimento de compartimento, não basta a suspeita, nem imagem apenas anexial;

Atenção: É importante a manutenção de oferta de cuidado na Atenção básica enquanto a paciente aguarda a vaga na referência, seja na reavaliação do método que esteja utilizando, quanto ao acompanhamento multiprofissional que não deve ser abandonado (tanto individual quanto em grupos de dor).



Prefeitura
de Jundiaí

Referências Bibliográficas:

1. Torstensson T, Butler S, Lindgren A, Peterson M, Eriksson M, Kristiansson P: Referred Pain Patterns Provoked on Intra-Pelvic Structures among Women with and without Chronic Pelvic Pain: A Descriptive Study. PLoS One 2015, 10(3):e0119542.
2. Brawn J, Morotti M, Zondervan KT, Becker CM, Vincent K: Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis. Hum Reprod Update 2014.
3. Jarrell J, Giamberardino MA, Robert M, Nasr-Esfahani M: Bedside testing for chronic pelvic pain: discriminating visceral from somatic pain. Pain Res Treat 2011, 2011:692102.
4. Schestatsky P, Felix-Torres V, Chaves ML, Camara-Ehlers B, Mucenic T, Caumo W, Nascimento O, Bennett MI: Brazilian Portuguese validation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for patients with chronic pain. Pain medicine (Malden, Mass 2011, 12(10):1544-1550.

Leituras complementares:

- Protocolo de Assistência do Centro de Dor Pélvica e Videolaparoscopia Ginecológica, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.
- D. Engeler (chairman), A.P. Baranowski, S. Eneil, J. Hughes, E.J. Messelink, A. van Ophoven, P. Oliveira, A.C. de C. Williams. Diretrizes em Dor Pélvica Crônica. Eur Urol 2004;46(6):681-9 Eur Urol 2010;57(1):35-48
- Endometriosis: diagnosis and Endometriosis: diagnosis and management management
NICE guideline Published: 6 September 2017 nice.org.uk/guidance/ng73
- Protocolos Febrasgo. Ginecologia no.17-2018. Dor Pélvica Crônica. Paulo Ayroza Ribeiro1 Helizabet Salomão Abdalla-Ribeiro1 Aline Eras1



Prefeitura
de Jundiaí

ANEXO- Diagnósticos diferenciais

CONSTIPAÇÃO CRÔNICA

Definição: Critérios de Roma: Menos de 3 evacuações por semana, esforço ao evacuar, presença de fezes endurecidas ou fragmentadas, sensação de evacuação incompleta, sensação de obstrução ou interrupção da evacuação e manobras manuais para facilitar a evacuação.

Avaliação complementar se falha terapêutica nas orientações iniciais ou se outras queixas associadas: Pesquisa de sangue oculto (3 amostras); hemograma; glicemia; TSH; Sorologia de Chagas se possível exposição; clister opaco (suspeita de doença diverticular e megacolon chagásico)

Discutir com clínico e nutricionista - seguimento conforme protocolo de gastro.

Constipação secundária: Neuropatias (Parkinson); endocrinopatias (DM, hipotireoidismo); doenças anorretais (fissuras, hemorroidas)

Orientação Nutricional: Uma alimentação equilibrada e o bom consumo de água são fundamentais para a regularização do trânsito intestinal.

Aumente o consumo dos seguintes alimentos

- *Verduras e legumes*: consumir diariamente, de preferência crus e com talos, no almoço, no jantar e nos lanches. · *Frutas*: consumir de 03 a 04 porções/dia, com casca e bagaço. Dê preferência para abacate, ameixa preta, abacaxi, cereja, kiwi, laranja, mamão, manga, maracujá, melancia, mexerica e uva. O consumo de frutas secas também auxilia no funcionamento do intestino: ameixa, uva passa, damasco, etc. Ao ingerir suco natural adicione algum vegetal para estimular o funcionamento intestinal, como exemplo: limão ou laranja com couve, manga com espinafre, etc.
- *Leguminosas (grãos)*: feijões, ervilha, grão de bico e lentilha. Para melhora da digestão, coloque os grãos em uma peneira e lave em água corrente, transfira



Prefeitura
de Jundiá

para uma tigela, cubra com o dobro do volume de água e deixe de molho por no mínimo 12 horas; trocar a água de 1 a 3 vezes.

- *Alimentos Integrais*: arroz, massas, torradas, bolachas, pães, etc. Enriqueça o seu arroz, cozinhando com vegetais, como: cenoura, abobrinha, chuchu, brócolis e outros, ralados ou picados. Leia sempre o rótulo do produto, considerando que o primeiro ingrediente da lista deve ser “farinha de trigo integral” e não devem conter conservantes e aditivos. O melhor pão é o feito em casa ou de uma produção caseira.

- *Cereais integrais e sementes*: aveia em flocos, farelo de aveia, amaranto, linhaça marrom ou dourada, chia, semente de abóbora, quinoa, granola sem açúcar, psyllium, farinha da casca do maracujá, farinha de berinjela – podem ser adicionadas de 01 a 02 colheres de sopa/dia, com frutas, na salada, com arroz/feijão, iogurte, vitaminas, suco natural, tapioca, omelete, etc. Faça revezamento dos cereais e sementes ou faça um mix.

- *Biomassa de banana verde ou fibra de banana verde*: bater com suco de fruta natural, vitamina, sopa, feijão, etc. · *Gorduras boas*: azeite de oliva, abacate, semente de gergelim, semente de girassol, castanhas, nozes, amendoim e peixes frescos (arenque, atum, bacalhau, cavala, salmão e sardinha).

- *Lácteos*: iogurte natural com lactobacilos vivos e coalhada.

Evite o consumo dos seguintes alimentos

- *Alimentos refinados (brancos)*: arroz, pães, massas, bolachas, torradas, bolos, farinhas (arroz, trigo, mandioca, milho), amido de milho, tapioca e polvilho doce e azedo.

Evitar Ultra processados: salgadinhos, macarrão instantâneo, sopas em pó prontas, batata congelada, embutidos (linguiças, salsicha, presunto, apresuntado, mortadela, salame, peito de peru, paio), bolacha recheada, chocolate, achocolatado, refrigerante, refrescos em pó, sucos prontos para o consumo, sucos a base de soja, bebidas lácteas, iogurtes, gelatina, cereal matinal, sorvete, bolinhos prontos, massas para bolo prontas, empanados de frango, hambúrguer pronto, produtos congelados prontos para o consumo, leite fermentado, molhos prontos, temperos prontos (caldo de legumes, carne e



Prefeitura
de Jundiá

frango, temperos prontos para arroz, feijão). São alimentos ricos em açúcar, gordura saturada, gordura TRANS, sal, corantes, conservantes e aditivos.

Ingestão de Água

- O consumo de água é fundamental para o funcionamento do intestino.
- É essencial atentar-se para os primeiros sinais de sede e satisfazer de pronto a necessidade de água que é sinalizada pelo organismo.
- Crianças, gestantes, mães em amamentação e idosos são grupos com mais risco de desidratação. Portanto, devem estar mais atentos à necessidade de hidratação diária, que deve vir predominantemente do consumo de água pura.
- Não é recomendável oferecer às crianças sucos naturais de frutas, refrescos em pó, sucos prontos para o consumo, chás gelados prontos para o consumo ou refrigerantes, no lugar da água, pois aumentam a chance de excesso de peso e cárie dentária.
- Se você tiver dificuldade para ingerir água, procure fazer água saborizada com limão, laranja, morango, abacaxi, gengibre, capim cidreira, hortelã, etc. Os chás também são boas opções, desde que consumidos sem adição de açúcar.
- Quando for sair de casa leve uma garrafinha com água.
- Faça as refeições em horários regulares e mastigue bem os alimentos para facilitar a digestão e o trânsito intestinal.
- Não reprimir o reflexo da defecação. Tente estabelecer horários fixos para as evacuações.
- Observe quais alimentos que atrasam o funcionamento intestinal, e evite-os ao máximo. Por outro lado, aumente o consumo daqueles que favorecem o funcionamento.
- Pratique algum exercício físico, principalmente abdominal.
- Converse com seu médico para avaliar possíveis parasitoses, infecções intestinais ou outras doenças que podem estar relacionadas a redução do trânsito intestinal.



Prefeitura
de Jundiá

SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL

Dor abdominal maior que 1x por semana nos últimos 3 meses com pelo menos 2 dos seguintes achados: relação com defecação (melhora ou piora da dor após defecação), início da dor abdominal com alteração da frequência das evacuações ou início da dor abdominal com alteração no formato das fezes.

Forte associação com estresse emocional

SÍNDROME DA BEXIGA DOLOROSA

É uma condição inflamatória crônica da parede vesical que leva a DOR PÉLVICA, URGÊNCIA MICCIONAL, AUMENTO DA FREQUÊNCIA E NOCTÚRIA, na ausência de outras causas identificáveis.

A dor geralmente é mais severa quando a bexiga está repleta e alivia, pelo menos parcialmente, com o esvaziamento. Tem mais de seis semanas de duração.

Dos pacientes, 94% são brancos, a média de idade é 40 anos e 90% são mulheres

Diagnóstico:

Pode ser dividido em três fases:

1ª fase: clínica- Dor em hipogástrio associada a sintomas urinários irritativos (urgência, frequência aumentada, polaciúria, disúria e noctúria). Outros sintomas: dispareunia e dor na vagina.

2ª fase: exclusão de outras doenças: doenças infecciosas, carcinoma, prolapsos, candidíase, divertículo, neuralgias (podendo/musculatura do assoalho pélvico)

3ª fase: Classificação (cistoscopia)

Tratamento:

- Não existe tratamento curativo, é uma doença potencialmente crônica.
- Conservador: Modificações dietéticas, orientação quanto ao hábito miccional e manejo do stress. Expectativa de melhora em 45 a 50%. Alimentos: café, chá, frutas cítricas, bebidas carbonatadas e alcóolicas, bananas, tomates, comidas apimentadas, adoçantes artificiais, vitamina C e produtos derivados de trigo.



Prefeitura
de Jundiaí

- Fisioterapia: pacientes com disfunção de assoalho pélvico (aumento de tônus muscular)
- Medicamentoso: antidepressivos tricíclicos como amitriptilina 50mg

SÍNDROME DO OVÁRIO REMANESCENTE

Tecido ovariano é deixado inadvertidamente pós ooforectomia

Diagnóstico: Sem critérios objetivos.

- ✓ FSH em níveis normais;
- ✓ US com imagem sugestiva de ovário.

Tratamento:

- ✓ Supressão hormonal;
- ✓ Cirúrgica (muito difícil).

SÍNDROME DA CONGESTÃO PÉLVICA

Prevalência: 10 a 38% (nulíparas=múltiparas)

Características:

- ✓ Dor pélvica migratória;
- ✓ Dispareunia profunda;
- ✓ Dor pós-coital;
- ✓ Piora na posição ortostática/atividade física.
- ✓ Tratamento: Progestágenos?

DOR COM ORIGEM NA PAREDE ABDOMINAL

1) Síndrome miofascial abdominal

-Dor regional

-Tigger point: sensibilidade e rigidez

-Diagnóstico clínico

-Tratamento: relaxamento, agulhamento e **reabilitação** (equipe multiprofissional-grupos de dor crônica)

2) Fibromialgia:

- 5% podem ter manifestações satélites de dor pélvica crônica associada a dor difusa, fadiga, sono não reparador e transtorno de humor
- Diagnóstico clínico
- Tratamento: medicamentoso + **não medicamentoso** (equipe multiprofissional-grupo de dor crônica)

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

- ✓ Alta prevalência-cronicidade questionável
- ✓ Diagnóstico: 3 critérios maiores+1 critério menor ou 1 critério elaborado

Critérios maiores: Dor a palpação de hipogástrio; dor a palpação de anexos; dor a mobilização colo uterino.

Critérios menores: Temperatura ≥ 37.8 ; secreção vaginal ou cervical anormal; massa pélvica; hemograma infeccioso; VHS ou PCR alterados

Critérios elaborados: histopatologia com endometrite; presença de abscesso em exame de imagem; laparotomia com abscesso ou sinais infecciosos

TRATAMENTO: Ciprofloxacino 500 mg, 1cp 12/12h + doxicilina 100 mg, 1cp 12/12 + metronidazol 250 mg, 2cp 12/12h por 14 dias (cipro pode ser substituído por ceftriaxone 250 IM dose única)

Orientar abstinência e oferecer sorologias

Parceiro: azitromicina 1g dose única + ciprofloxacino 500mg dose única

Outras condições:

- ✓ Cervicites;
- ✓ Tricomoníase;
- ✓ Vaginose bacteriana;
- ✓ Candidíase