



PREFEITURA DE
LONDRINA

Secretaria Municipal de
Saúde

PROTOCOLO DE GINECOLOGIA PARA SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

LONDRINA
2019



**PREFEITURA DE
LONDRINA**

Secretaria Municipal de
Saúde

MARCELO BELINATI MARTINS

PREFEITO

CARLOS FELIPPE MARCONDES MACHADO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

ROSILENE APARECIDA MACHADO

DIRETORA GERAL

CLAUDIA DENISE GARCIA

DIRETORA DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM SAÚDE

DR. EDUARDO CRISTOFOLI SILVA

GERÊNCIA DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM SAÚDE

DRA VALÉRIA CRISTINA ALMEIDA DE AZEVEDO BARBOSA

DIRETORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

Av. Theodoro Victorelli, 103 – CEP 86027-750 | Telefone: (43) 3372-9434
e-mail: gabinete@saude.londrina.pr.gov.br



Quem colaborou:

Enf. Cláudia Denise Garcia – DSCS/AMS

Dr. Eduardo Cristofoli Silva – DSCS/AMS

Enf. Priscila Alexandra Colmiran – DAPS/AMS

Dr. Luis Carlos Baldo – DAPS/AMS

Dra. Daniela Souza Silva Almeida – DAPS/AMS

Dra. Ana Paula Couto Bueno - DAPS/AMS

Dra. Larissa Lopes Sanitá Andrade - DAPS/AMS

Dr. Rodrigo Gervazoni Delanheze - DAPS/AMS

Dr. Marcos André da Silva - DAPS/AMS

Farm. Daniele Cavalheiro Oliveira Zampar – Gab/AMS

TGP Márcia Sayuri Tanisawa – DPGS/AMS

Contribuição: Comissão de Farmacia e Terapêutica – CFT

Portaria 232/2018 de nomeação, disponível em:

https://www2.londrina.pr.gov.br/jornaloficial/images/stories/jornalOficial/jornal_3559_assinado.pdf



Apresentação

Frente ao crescimento populacional observado nas últimas décadas, verifica-se o aumento no número de usuários dos serviços básicos em saúde e a demanda entra em contraste com a oferta principalmente quando se trata de serviços diferenciados na atenção primária.

Dentre os problemas que acometem as mulheres que buscam os serviços está o Sangramento Uterino Anormal (SUA), que representa um problema de saúde pública complexo, ocasionando um impacto negativo importante na qualidade de vida de mulheres e associa-se a elevados custos econômicos diretos e indiretos. Trata-se de uma condição desafiadora, tanto para as mulheres afetadas quanto para os profissionais de saúde.

Na busca de resolução do problema e considerando que o Ministério da Saúde tem publicado protocolos em várias linhas de cuidado, a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina passa a adotar o Protocolo de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde/Hospital Sírio-Libanês de 2016 para capacitações e otimização do acesso a saúde de usuárias dos serviços municipais. A publicação original serviu de base para ampliação do arsenal terapêutico do município buscando a melhor resolutividade dos serviços próprios, portanto esta ferramenta é um manual para condutas e prescrição de medicamentos nas unidades de saúde do município de Londrina visando à diminuição das repercussões do sangramento uterino anormal, a redução dos encaminhamentos para outros níveis de complexidade e das indicações cirúrgicas desnecessárias.

Por fim, o protocolo tem por objetivo a melhoria da qualidade de vida e aumento da satisfação da usuária do sistema público de saúde local, bem como na redução de complicações advindas de intervenções desnecessárias, que pode ser traduzido da seguinte forma: “Saúde como prioridade e com a menor exposição aos riscos”.

Londrina, 18 de Junho de 2019.

Carlos Felipe Marcondes Machado
Secretário Municipal de Saúde de Londrina

SUMÁRIO

Apresentação	4
1.INTRODUÇÃO.....	6
1.1. Considerações gerais sobre o tratamento de Dor Pélvica Crônica	16
1.2 Outros achados.....	20
2. CRITÉRIOS PARA INSERÇÃO DO SIU DE LEVONORGESTREL	21
2.1. Indicações para uso do SIU de Levonorgestrel:.....	21
2.2. Critérios de Inclusão.....	21
2.3. Fluxo para solicitação e aquisição do SIU de Levonorgestrel:	21
2.4. Critérios de exclusão para inserção de SIU de Levonorgestrel	21
3. REFERÊNCIAS	23

Lista Fluxogramas

Fluxograma 1 – Sangramento uterino anormal	7
Fluxograma 2 – Dor pélvica	13
Fluxograma 3 – Imagens anexais	16
Fluxograma 4 – Miomas	19

Lista Quadros

Quadro 1 - Sangramento uterino aumentado: ciclos regulares, porém prolongados ou intensos* Obs.: Podem estar presentes sintomas relacionados à menstruação.....	8
Quadro 2 - Sangramento uterino irregular: ciclos irregulares, geralmente sem sintomas relacionados à menstruação, volume do sangramento variável*	9
Quadro 3 - Sangramento uterino intermenstrual: sangramento uterino não associado à menstruação – Padrões mais frequentes são escape e sangramento pós-coito.....	10
Quadro 4 - Manejo clínico do sangramento uterino agudo intenso*	11
Quadro 5 - Manejo clínico do sangramento uterino aumentado crônico de padrão ovulatório*	12
Quadro 6 – Dor pélvica aguda: como identificar e como manejar as principais causas ginecológicas e não ginecológicas.....	14
Quadro 7 - Dor pélvica crônica: como identificar e como manejar as principais causas.....	15

1. INTRODUÇÃO

O sangramento uterino anormal (SUA) é uma condição comum que afeta até 40% de mulheres no mundo.

Para conceituar um sangramento uterino anormal, inicialmente é necessário estabelecer o que se considera um sangramento menstrual normal. O fluxo menstrual médio dura de 3 a 8 dias, com uma perda sanguínea de 30 a 80 mililitros. O ciclo médio varia entre 24 e 34 dias.

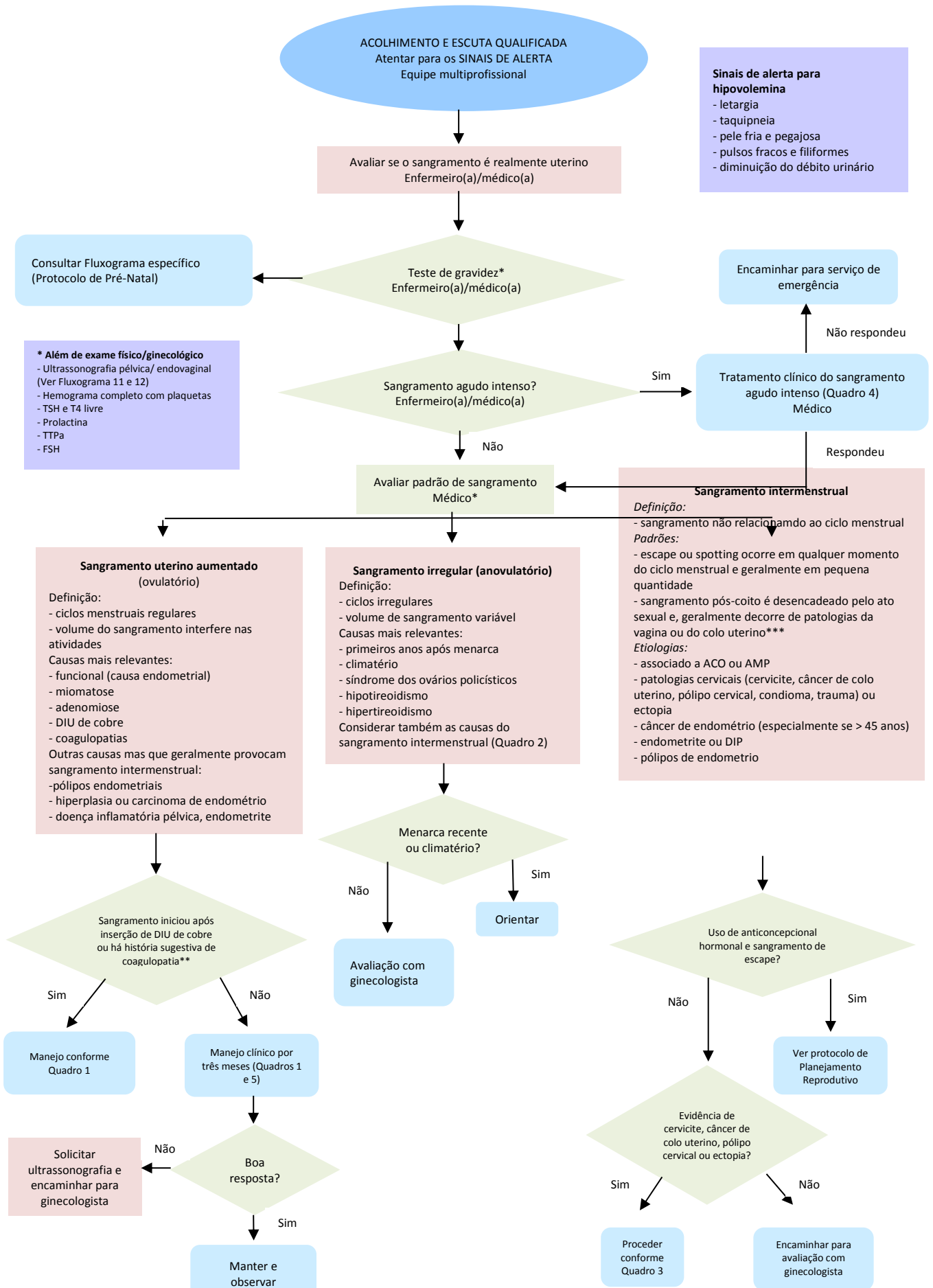
Portanto, sangramento uterino anormal é aquele que apresenta uma alteração em um ou mais destes três parâmetros, ou seja, um sangramento excessivo em duração, frequência ou quantidade. Com relação a este último parâmetro, segundo Machado (2001) não existe uma maneira prática e objetiva capaz de medir a quantidade de sangue eliminado, porém, se o sangue menstrual forma coágulos, provavelmente a perda é maior que o normal e quanto mais coágulos maior a perda.

O SUA é definido como perda menstrual excessiva com repercussões, físicas, emocionais, sociais e materiais na qualidade de vida da mulher que podem ocorrer isoladamente ou em combinação com outros sintomas, caracterizado por diferentes padrões de sangramento (podendo ultrapassar 80 mililitros por ciclo menstrual), irregularidades na duração e no ciclo menstrual. As principais causas do sangramento uterino anormal são disfunções ovulatórias, gravidez, anormalidades estruturais, distúrbios de coagulação e causas iatrogênicas.

O presente recorte aborda algumas das principais queixas da população feminina, o sangramento uterino anormal e a dor pélvica, dispostos em **fluxogramas e quadros** de fácil interpretação, como na obra original. Foi incluído também o roteiro de condutas e interpretação de imagens ultrassonográficas.

Os medicamentos citados no presente pertencem à lista oficial, qual seja, Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME 2019, conforme publicação disponível em http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=31788:lista-oficial-de-medicamentos-remume-2019&catid=9:saude&Itemid=147, e atualizações.

FLUXOGRAMA 1 - SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL



Quadro 1: Sangramento uterino aumentado: ciclos regulares, porém prolongados ou intensos*

Obs: Podem estar presentes sintomas relacionados à menstruação.

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Funcional (causa endometrial, anteriormente denominado sangramento uterino disfuncional)	Decorre de alterações na hemostasia endometrial, não estando associado à lesão orgânica. Podem também estar presentes miomas ou outras alterações anatômicas como achado casual, sem estes serem a causa do sangramento. Por esse motivo, o sangramento uterino aumentado geralmente é tratado clinicamente como sendo de causa funcional antes de proceder à investigação de lesões orgânicas.	Manejo clínico, conforme Quadro 5.
Miomatose uterina**	<ul style="list-style-type: none"> Os miomas que estão associados a sangramento uterino geralmente são submucosos. Suspeitado pelo padrão de sangramento e pelo volume uterino aumentado na palpação. Diagnóstico pela ultrassonografia. 	<ul style="list-style-type: none"> Inicialmente manejo clínico para sangramento funcional (ver Quadro 5). Tratar anemia, se houver. Se refratário, encaminhar para avaliação ginecológica quanto à indicação de cirurgia. Para a decisão sobre tratamento cirúrgico, considerar tempo esperado até a menopausa, quando os sintomas regredem
Adenomiose**	<ul style="list-style-type: none"> Frequentemente se acompanha de dismenorrea ou dor pélvica crônica. Suspeitado pelo padrão de sangramento e pelo volume uterino aumentado na palpação. Diagnóstico suspeitado pela ultrassonografia, porém apenas confirmado no anatomopatológico. 	<ul style="list-style-type: none"> Inicialmente manejo clínico (ver Quadro 5). Tratar anemia, se houver. Se refratário, encaminhar para avaliação ginecológica quanto à indicação de cirurgia. Para a decisão sobre tratamento cirúrgico, considerar tempo esperado até a menopausa, quando os sintomas regredem
DIU de cobre	<ul style="list-style-type: none"> Mais intenso nos primeiros três meses após a inserção, acompanhado de dismenorrea. Orientar 	<ul style="list-style-type: none"> Se necessário, associar AINE nos primeiros meses durante o sangramento menstrual. Se persistente, considerar remover o DIU.
Coagulopatias	<ul style="list-style-type: none"> Suspeitar em mulheres com sangramento uterino aumentado desde a adolescência, com história familiar de coagulopatias ou com história de hemorragia pós-parto ou sangramentos frequentes (epistaxe, equimoses, sangramento gengival etc.). Testes iniciais: hemograma, plaquetas, TP e TTPa. 	<ul style="list-style-type: none"> Se exames alterados, encaminhar ao hematologista para investigação adicional.

NOTAS:

* Outras causas possíveis, mas que geralmente se manifestam como sangramento intermenstrual, são: pólipos endometriais, hiperplasia ou carcinoma de endométrio, endometrite e doença inflamatória pélvica.

** Se boa resposta ao tratamento farmacológico, não há relevância clínica em diferenciar entre miomatose e adenomiose.

Quadro 2: Sangramento uterino irregular: ciclos irregulares, geralmente sem sintomas relacionados à menstruação, volume do sangramento variável*

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Primeiros anos após menarca	Padrão menstrual muito frequente em adolescentes nos primeiros anos após a menarca, frequentemente acompanhado de dismenorrea.	Muitas vezes, apenas orientar já é suficiente. Se dismenorrea muito intensa, considerar associar AINE durante a menstruação. Oferecer contraceptivo oral combinado, respeitando os critérios de elegibilidade, para regularização da menstruação, especialmente se a adolescente já tiver iniciado vida sexual. Se não houver vida sexual, considerar oferecer contraceptivo oral combinado por 3-6 meses para regularização dos ciclos.
Climatério	Padrão menstrual dos anos que antecedem a menopausa. Avaliar probabilidade de climatério. Ver protocolo de Climatério.	Orientar. Atentar para o manejo clínico de outros sintomas relacionados ao climatério. Ver Protocolo de Climatério. Se sangramento aumentado, considerar iniciar contraceptivo oral na pré-menopausa, respeitando os critérios de elegibilidade.
Síndrome dos ovários policísticos (SOP)	Suspeitar na presença de ciclos menstruais irregulares, associados ou não a sobrepeso/obesidade, com sinais de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo, alopecia androgenética). No ultrassom transvaginal, podem-se identificar microcistos no ovário.	Orientar atividade física regular e reeducação alimentar, estimulando a perda de peso. Mesmo não havendo perda de peso, pode já haver benefícios. Se não houver plano de engravidar, considerar iniciar contraceptivo oral combinado. Identificar outras manifestações da SOP que estejam incomodando a paciente (p. ex., acne, alopecia androgenética) e oferecer acompanhamento destas.
Hipotireoidismo	Pesquisar outros sintomas de hipotireoidismo. TSH aumentado e T4 livre diminuído. Considerar também hipotireoidismo subclínico se houver sintomas de hipotireoidismo e TSH aumentado, porém o T4 livre for normal.	Reposição de levotiroxina.
Hiperprolactinemia	Suspeitar se história de amenorrea ou de ciclos menstruais irregulares. Associado ou não à galactorreia. Considerar aumentada, se > 40 ng/mL. Considerar fármacos que podem aumentar a prolactina (p. ex., fenotiazínicos, antidepressivos, metoclopramida). Ver fluxograma de descarga papilar.	Se confirmada hiperprolactinemia e afastadas causas iatrogênicas, encaminhar para endocrinologista ou ginecologista.

NOTA: Se não se encaixar de forma evidente em um desses diagnósticos, considerar também as causas de sangramento intermenstrual.

Quadro 3: Sangramento uterino intermenstrual: sangramento uterino não associado à menstruação – Padrões mais frequentes são escape e sangramento pós-coito

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Associado a anticoncepcional oral combinado	Sangramento no padrão escape (spotting), caracterizado por pequenos sangramentos sem relação com o ciclo menstrual. É mais frequente nos primeiros três meses de uso e quando utilizados anticoncepcionais orais com doses mais baixas de estrogênio.	Se ocorrer após uso prolongado do anticoncepcional, avaliar adesão e considerar outras possíveis causas de sangramento de escape. Ausência ou sangramento irregular (aquele que vem em momentos inesperados e incomodam a usuária): é comum sangramento irregular ou a ausência de sangramento em mulheres em uso de métodos hormonais (a amenorreia é normal se a mulher estiver amamentando; no uso de injetáveis trimestrais, é comum que surja a amenorreia com o tempo). Não são prejudiciais e o sangramento geralmente perde a intensidade ou cessa nos primeiros meses de uso. Garantir que a usuária esteja fazendo uso do método corretamente. Se há ausência de sangramento, garantir que ela não está grávida. Se há suspeita de gravidez, instruir a interromper o método caso se confirme. No sangramento irregular em uso de AOC, orientar o uso correto e de preferência sempre no mesmo horário. Pode-se tentar o uso de AINE para alívio em curto prazo. Na persistência da queixa, avaliar a possibilidade da troca da fórmula do AOC por anovulatório com maior concentração de etinilestradiol ou, se já em uso de AOC com 30-35 mcg de EE, avaliar uso de AOC bifásicos ou trifásicos. Caso se suspeite de que algo esteja errado, considerar condições subjacentes não relacionadas ao uso do AOC.
Associado à medroxiprogesterona de depósito	No início do uso do acetato de medroxiprogesterona de depósito, pode haver sangramento. Além disso, frequentemente há sangramento de escape, especialmente nos primeiros anos de uso.	Ausência ou sangramento irregular (aquele que vem em momentos inesperados e incomodam a usuária): é comum sangramento irregular ou a ausência de sangramento em mulheres em uso de métodos hormonais (a amenorreia é normal se a mulher estiver amamentando; no uso de injetáveis trimestrais, é comum que surja a amenorreia com o tempo). Não são prejudiciais e o sangramento geralmente perde a intensidade ou cessa nos primeiros meses de uso. Garantir que a usuária esteja fazendo uso do método corretamente. Se há ausência de sangramento, garantir que ela não está grávida. Se há suspeita de gravidez, instruir a interromper o método caso se confirme.
Patologias cervicais e ectopia	Geralmente, o padrão de sangramento é pós-coito. O câncer de colo uterino, em alguns casos, também pode se manifestar	Se identificada cervicite, iniciar tratamento. Corrimento vaginal e cervicitis. Se identificada ectopia, orientar que se trata de causa

	como sangramento de escape. A inspeção do colo uterino a olho nu durante o exame especular geralmente é suficiente para identificar patologias cervicais que resultam em sangramento.	fisiológica. Se identificado pólipos ou alteração sugestiva de câncer de colo uterino, encaminhar para ginecologista.
Patologias do endométrio (pólipo, hiperplasia, câncer)	Geralmente, o padrão de sangramento é spotting, mas pode se manifestar como sangramento pós-coito. O diagnóstico, muitas vezes, é feito pela ultrassonografia, mas, geralmente, a mulher deve ser encaminhada para histeroscopia diagnóstica.	Encaminhar para histeroscopia
Doença inflamatória pélvica	Geralmente, mas nem sempre, está associada à dor pélvica, febre e/ou sangramento pós-coito, intermenstrual ou do padrão de sangramento uterino aumentado ovulatório. Ao exame, o colo uterino frequentemente está friável, com secreção sugestiva de cervicite e dor à mobilização do colo.	Ver fluxograma de Dor Pélvica.

Quadro 4: Manejo clínico do sangramento uterino agudo intenso*

AGENTE	POSOLOGIA	CONTRA-INDICAÇÃO
Estradiol ou estrogênio conjugado	Estradiol, 1 mg, 4 a 8 comprimidos por dia, podendo ser tomados em dosagem única diária ou fracionados. Estrogênio conjugado 0,625 mg, 4 a 8 cápsulas por dia, podendo tomar em dosagem única diária ou fracionados.	Doença ativa ou histórico de doença tromboembólica arterial ou tromboembolismo venoso, disfunção ou doença hepática ativa ou crônica, distúrbios trombofílicos conhecidos.
Anticoncepcional oral combinado (30 a 50 ug de etinilestradiol)	1 comprimido, de 6/6 horas, até cessar o sangramento. A partir de então, 1 por dia.	História de trombose arterial ou venosa, migrânea com aura, diabetes mellitus com alterações vasculares, doença hepática grave.
AINE	600 mg de ibuprofeno ou 50 mg de diclofenaco, de 8/8 horas, por 4 dias, a partir do primeiro dia da menstruação.	História de úlcera péptica ativa, uso concomitante de anticoagulantes, distúrbios da coagulação, doença renal.
Ácido tranexâmico	500 mg, de 8/8 horas, até cessar o sangramento. Máximo de 7 dias.	Coagulação intravascular ativa, vasculopatia oclusiva aguda e em pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula

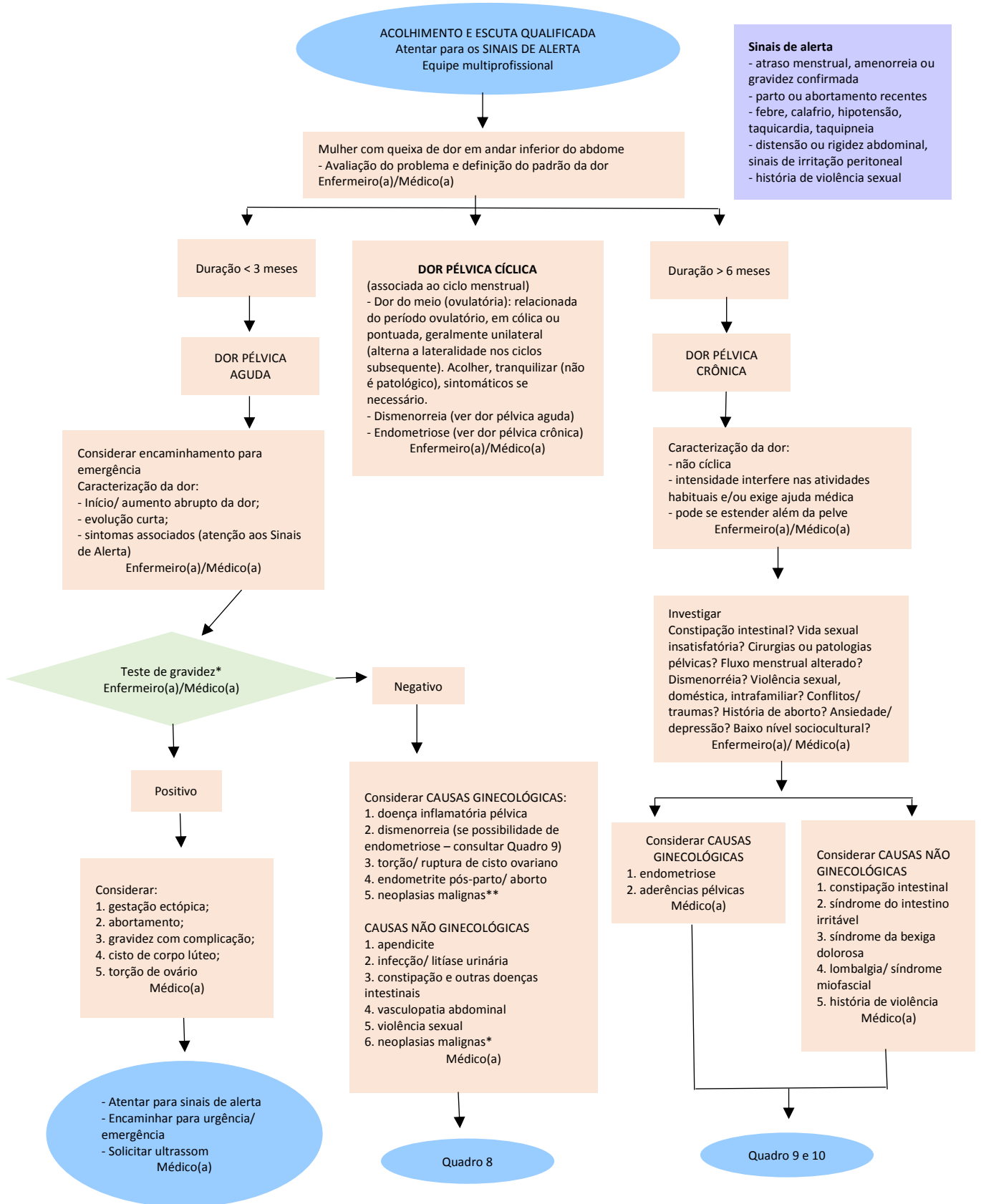
NOTA: Embora não estudado adequadamente, podem-se associar diferentes opções farmacológicas para o controle do sangramento uterino

Quadro 5: Manejo clínico do sangramento uterino aumentado crônico de padrão ovulatório*

AGENTE	POSOLOGIA	REDUÇÃO ESPERADA NO SANGRAMENTO	CONTRAINDICAÇÕES
Anti-inflamatório não esteroide (p. ex., ibuprofeno ou diclofenaco)	600 mg de ibuprofeno ou 50 mg de diclofenaco, de 8/8 horas, por 4 dias, a partir do primeiro dia da menstruação.	49%	História de úlcera péptica ativa, uso concomitante de anticoagulantes, distúrbios da coagulação, doença renal.
Ácido tranexâmico	250 mg a 1 g, de 6/6 a 12/12 horas, por 4 dias, a partir do primeiro dia da menstruação.	58%	Coagulação intravascular ativa, vasculopatia oclusiva aguda e em pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula.
Anticoncepcional oral combinado (30 a 50 ug de etinilestradiol)	1 cápsula ao dia, por 21 dias.	43%	História de trombose arterial ou venosa, migrânea com aura, diabetes mellitus com alterações vasculares, doença hepática grave.
Acetato de medroxiprogesterona oral	10 mg/dia do 5º ao 26 dia.	83%	Presença ou histórico de tromboflebite, distúrbios tromboembólicos e cerebrovasculares. Insuficiência hepática grave. Presença ou suspeita de neoplasia mamária ou de órgãos genitais.
Acetato de medroxiprogesterona injetável de depósito	150 mg a cada três meses.	Amenorreia	Idem ao anterior.
SIU com liberação de Levonorgestrel	Intrauterino	95%	-

NOTA: Embora não estudado adequadamente, podem-se associar diferentes opções farmacológicas para o controle do sangramento uterino

FLUXOGRAMA 2 - DOR PÉLVICA



Quadro 6: Dor pélvica aguda: como identificar e como manejar as principais causas ginecológicas e não ginecológicas

	CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Causas ginecológicas	Doença inflamatória pélvica	<p>Critérios diagnósticos (três critérios maiores + um critério menor OU um critério elaborado):</p> <p><u>Critérios maiores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - dor no hipogástrio; - dor à palpação dos anexos; - dor à mobilização de colo uterino. <p><u>Critérios menores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - temperatura axilar > 37,5°C ou temperatura oral > 38,3°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. <p><u>Critérios elaborados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - evidência histopatológica de endometrite - presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem - laparoscopia com evidência de DIP <p>Outros sintomas: sangramento vaginal anormal de pouca quantidade (spotting), dispareunia, descarga vaginal.</p>	<p>O tratamento antimicrobiano deve ser iniciado imediatamente para evitar sequelas ao aparelho reprodutor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casos leves: <p>ESQUEMA 1: Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única + Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias + Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repouso relativo, abstinência sexual, sintomáticos. - Em caso de quadro abdominal grave (irritação peritoneal); febre > 37,5°C; gravidez, abscesso tubo-ovariano, ausência de resposta ao tratamento ambulatorial – encaminhar para referência hospitalar. - Enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, convocar e tratar parceiros* e agendar retorno. - DIU não precisa ser removido (caso exista indicação, a remoção deve ser realizada somente após as duas primeiras doses do esquema terapêutico. Oferecer métodos contraceptivos alternativos). - As duchas vaginais não estão recomendadas. <p>Exames complementares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oferecer anti-HIV, VDRL, hepatites B e C se disponível, vacinar contra hepatite B; - hemograma, proteína C reativa, VHS; - bacterioscopia (vaginose bacteriana), cultura de material da endocérvice (clamídia e gonococo); - teste de gravidez (diferenciar de gestação ectópica); - ultrassom transvaginal para avaliar suspeita de abscesso tubo-ovariano. 	Médico (a)

	Dismenorreia	<ul style="list-style-type: none"> - Cólica menstrual (em alguns casos, intensa, com repercussão gastrointestinal). - Caráter cíclico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estilo de vida saudável, atividade física regular; - 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 ou diclofenaco 50 mg, de 8/8 horas; piroxican 20 mg ou nimesulida 100 mg de 12/12 horas; - Antiespasmódicos e analgésicos, se necessário: escopolamina 10 mg, de 6/6 horas; dipirona ou paracetamol 500 mg 6/6 horas. 	Médico(a)
	Torção/ruptura de cisto ovariano	<ul style="list-style-type: none"> - Quadro de abdome agudo, com irritação peritoneal. - Atentar para sinais de alerta 	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para serviço de urgência/emergência; - Provável quadro cirúrgico; - Exames complementares no serviço de urgência: hemograma, ultrassom transvaginal. - Quadro de abdome agudo, com irritação peritoneal. - Atentar para sinais de alerta. 	Médico(a)
	Endometrite pós- parto/aborto	<ul style="list-style-type: none"> - Sangramento e/ou corrimento com odor fétido - Comprometimento do estado geral – atentar para sinais de alerta 	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para hospital de referência – provável internação para antibioticoterapia venosa; - Exames complementares no serviço de urgência: hemograma, Ultrassom transvaginal para avaliar presença de restos ovulares ou placentários. 	Médico(a)

Quadro 7: Dor pélvica crônica: Como identificar e como manejar as principais causas?

	CAUSA	COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Causas ginecológicas	Endometriose	<ul style="list-style-type: none"> - 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). - Sangramento cíclico nas fezes e na urina 	<ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflamatórios não hormonais (crises de dor): piroxicam, 20-40 mg por dia; nimesulida, 100 mg de 12/12 horas; ibuprofeno, 600mg; ou diclofenaco, 50 mg de 8/8 horas – iniciar 2 a 3 dias antes da menstruação e piroxicam 20 mg ou nimesulida 100 mg de 12/12 horas. - Supressão da menstruação: anticoncepcional combinado oral (etinestradiol, 30 mcg + levonorgestrel, 150 mcg) – uso contínuo, sem pausa entre as cartelas; anticoncepcional injetável com progestágeno isolado mensal ou trimestral; ou noretisterona (progestágeno) oral – 10 mg/dia contínuo; uso de Desogestrel 75mcg ao dia ou SIU-LNG. - Ver Quadro 8 – Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crônica. - Ultrassom transvaginal com ou sem preparo intestinal; ultrassom de parede abdominal se houver suspeita de endometrioma 	Médico (a)
	Aderências pélvicas	<ul style="list-style-type: none"> - Dor à palpação e distensão dos anexos, agravada com atividade física e obstipação. - Ao toque vaginal, há redução de mobilidade uterina. - Antecedente de infecção ou cirurgia pélvica (principalmente cesariana e laqueadura). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Quadro 8 – Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crônica. - Não há exames de imagem que fechem diagnóstico. 	Médico (a)
	Constipação intestinal	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Quadro 8 – Dor pélvica aguda 	-	Médico (a)
	Síndrome do intestino irritável	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentação saudável, rica em fibras e líquidos. - Abordagem ampla – identificação de fatores desencadeantes. - Controle dos sintomas: dor, diarreia, constipação. - Ver Quadro 8 – Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crônica. 	Médico (a)
	Síndrome da Bexiga dolorosa	<ul style="list-style-type: none"> - 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 óbvias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Analgésicos: dipirona ou paracetamol 500 mg até de 6 em 6 horas. - Ver Quadro 8: considerações gerais sobre dor pélvica crônica. - Considerar encaminhamento para serviço de referência. - De acordo com o quadro clínico global, excluir outras causas de dor pélvica. 	Médico (a)
	Lombalgia/síndrome miofascial	<ul style="list-style-type: none"> - Dor muscular, com caráter motor. - Identificação de pontos-gatilho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflamatórios não hormonais por até 5 a 7 dias (piroxicam, 20-40 mg por dia; nimesulida, 100 mg de 12/12 horas; ibuprofeno, 600mg; ou diclofenaco 50 mg de 8/8 horas), analgésicos (dipirona ou paracetamol, 500mg de 6/6 horas), acupuntura, fisioterapia. - Injeção anestésica (solução bupivacaína – 0,5%, 5,0 ml + dexametasona – 4mg; completar para 10 ml com água destilada. Aplicar na área de gatilho). 	Médico (a)
	Violência	Ver fluxo específico de violência sexual	-	Equipe multiprofissional

1.1. Considerações gerais sobre o tratamento de Dor Pélvica Crônica

Atenção para possíveis fatores causais, desencadeantes ou de agravamento:

- a) Situações de violência doméstica, intrafamiliar, sexual (que podem ser crônicas e estar camufladas - Ver fluxo específico de violência sexual).
- b) Vida sexual insatisfatória, anorgasmia (inclusive relações sexuais consentidas por convenções sociais, tabus, crenças);
- c) Relações conflituosas com familiares e/ou com parceiro;
- d) Situações de vulnerabilidade social e emocional (por exemplo, dependência econômica e/ou afetiva);
- e) Traumas familiares (mortes precoces, trágicas e de difícil elaboração de luto).

Ainda, deve-se estimular atividade física e de lazer, assim como a dieta com fibras, e outras condutas e/ou alternativas:

1.1.1. Psicoterapia: Indicada em função de questões familiares, existenciais, ansiedade e depressão presentes em grande número de mulheres com DPC, terapia cognitivo-comportamental, constelação familiar, terapia comunitária, terapia breve focal (a melhor psicoterapia é aquela da qual a paciente está disposta a participar).

1.1.2. Práticas integrativas e complementares: Tratamento não farmacológico com fitoterapia, homeopatia, acupuntura e eletroestimulação transcutânea pode ser útil para algumas mulheres.

1.1.3. Laparoscopia (segunda linha, quando as outras intervenções terapêuticas falharam):

- Indicada em cerca de 18% de pacientes com dor pélvica crônica.

- Casuísticas de laparoscopia em mulheres com dor pélvica crônica: 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 – 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.

1.1.4. Antidepressivos:

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

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

Em casos refratários a outras condutas, utiliza-se:

- Anticonvulsivantes: (gabapentina 300mg, 2-3x dia; carbamazepina 200mg, 2x dia, pregabalina 75-150mg/dia). Utilizados quando se suspeita de dor neuropática ou dor sem causa aparente.

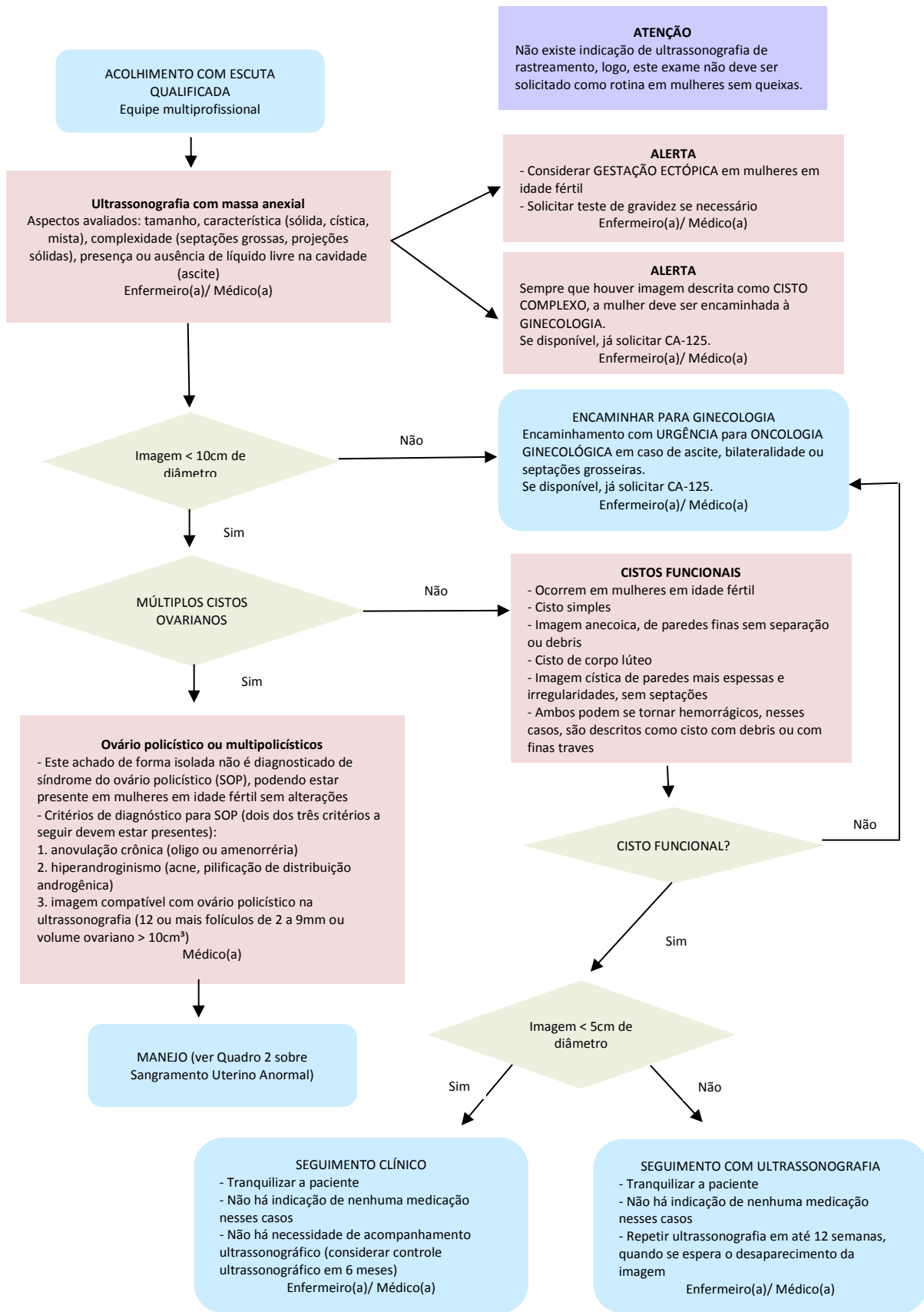
- Opióide (codeína 15-30mg/dose a cada 4-6h; tramadol 50mg a cada 4-6h ou 100mg a cada 8-12h). Uso eventual e com cautela em mulheres com dor reagudizada.

OBSERVAÇÕES SOBRE A DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS

Os medicamentos codeína, desogestrel 75mcg, diclofenaco 50mg, ceftriaxona 250mg, cefotaxima, nimesulida 100mg, piroxican 20mg, gabapentina e pregabalina não constam da REMUME Londrina 2019. Entretanto, codeína e gabapentina fazem parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF, e compõem a lista de medicamentos para PCDT de dor crônica e programa Paraná sem dor, disponíveis na Farmácia Municipal, dados abaixo, desde que atendidos os critérios de prescrição.

Farmácia Municipal: Alameda Manoel Ribas, 85
Centro, Londrina - PR, 86010-140
Horário de atendimento: 07:00 às 18:00.
Telefone: (43) 3379-0131

FLUXOGRAMA 3 - IMAGENS ANEXAIS



ATENÇÃO
Não existe indicação de ultrassonografia de rastreamento, logo, este exame não deve ser solicitado como rotina em mulheres sem queixas.

ALERTA
- Considerar GESTAÇÃO ECTÓPICA em mulheres em idade fértil
- Solicitar teste de gravidez se necessário
Enfermeiro(a)/ Médico(a)

ALERTA
Sempre que houver imagem descrita como CISTO COMPLEXO, a mulher deve ser encaminhada à GINECOLOGIA.
Se disponível, já solicitar CA-125.
Enfermeiro(a)/ Médico(a)

ENCAMINHAR PARA GINECOLOGIA
Encaminhamento com URGÊNCIA para ONCOLOGIA GINECOLÓGICA em caso de ascite, bilateralidade ou septações grosseiras.
Se disponível, já solicitar CA-125.
Enfermeiro(a)/ Médico(a)

CISTOS FUNCIONAIS
- Ocorrem em mulheres em idade fértil
- Cisto simples
- Imagem anecoica, de paredes finas sem separação ou debris
- Cisto de corpo lúteo
- Imagem cística de paredes mais espessas e irregularidades, sem septações
- Ambos podem se tornar hemorrágicos, nesses casos, são descritos como cisto com debris ou com finas traves

Ovário policístico ou multipolicísticos
- Este achado de forma isolada não é diagnosticado de síndrome do ovário policístico (SOP), podendo estar presente em mulheres em idade fértil sem alterações
- Critérios de diagnóstico para SOP (dois dos três critérios a seguir devem estar presentes):
1. anovulação crônica (oligo ou amenorréia)
2. hiperandrogenismo (acne, pilificação de distribuição androgênica)
3. imagem compatível com ovário policístico na ultrassonografia (12 ou mais folículos de 2 a 9mm ou volume ovariano > 10cm³)
Médico(a)

MANEJO (ver Quadro 2 sobre Sangramento Uterino Anormal)

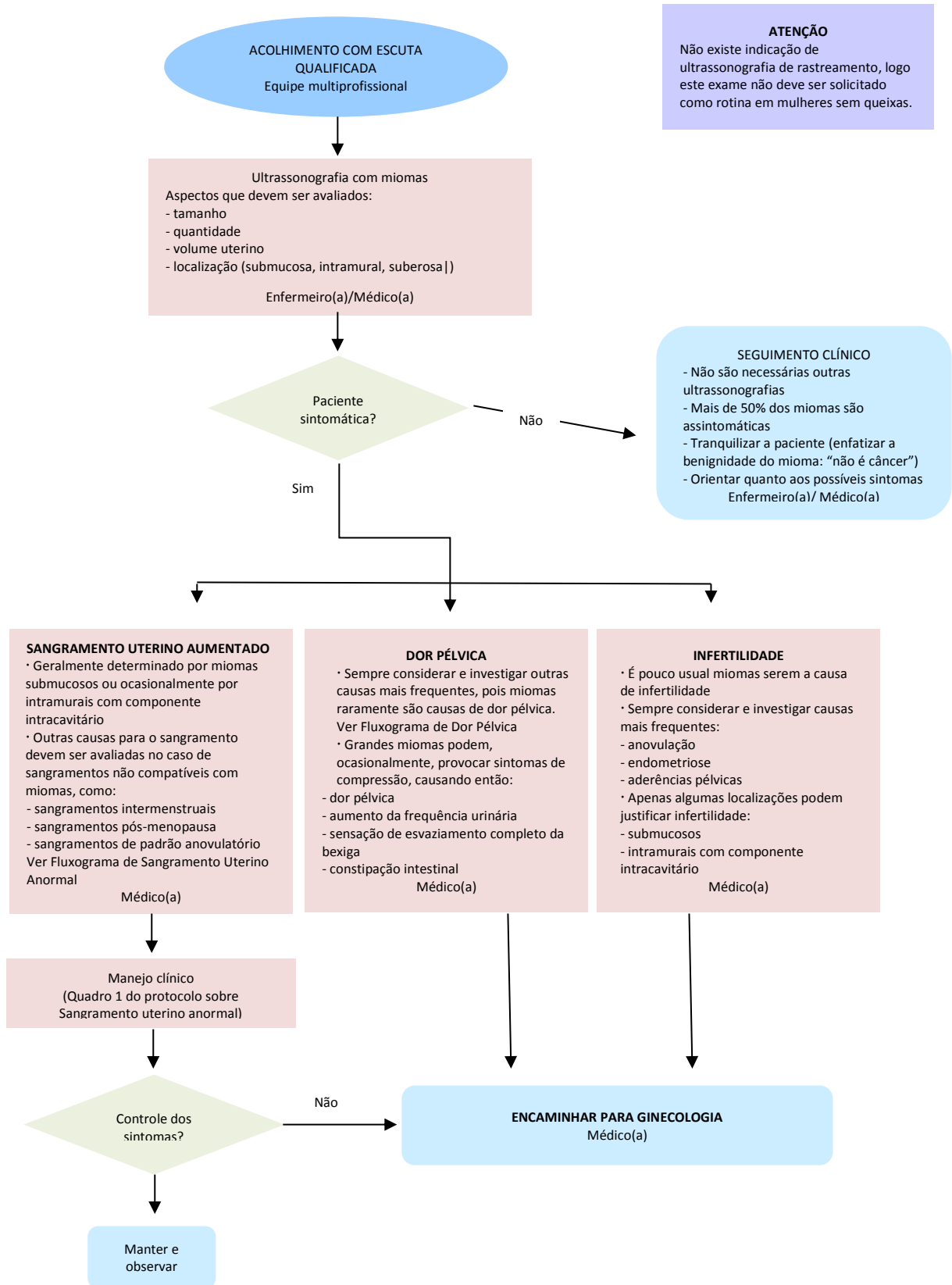
CISTO FUNCIONAL?

Imagem < 5cm de diâmetro

SEGUIMENTO CLÍNICO
- Tranquilizar a paciente
- Não há indicação de nenhuma medicação nesses casos
- Não há necessidade de acompanhamento ultrassonográfico (considerar controle ultrassonográfico em 6 meses)
Enfermeiro(a)/ Médico(a)

SEGUIMENTO COM ULTRASSONOGRAFIA
- Tranquilizar a paciente
- Não há indicação de nenhuma medicação nesses casos
- Repetir ultrassonografia em até 12 semanas, quando se espera o desaparecimento da imagem
Enfermeiro(a)/ Médico(a)

FLUXOGRAMA 4 - MIOMAS



ATENÇÃO
Não existe indicação de ultrassonografia de rastreamento, logo este exame não deve ser solicitado como rotina em mulheres sem queixas.

SEGUIMENTO CLÍNICO
- Não são necessárias outras ultrassonografias
- Mais de 50% dos miomas são assintomáticas
- Tranquilizar a paciente (ênfasis na benignidade do mioma: "não é câncer")
- Orientar quanto aos possíveis sintomas
Enfermeiro(a)/ Médico(a)

SANGRAMENTO UTERINO AUMENTADO
· Geralmente determinado por miomas submucosos ou ocasionalmente por intramurais com componente intracavitário
· Outras causas para o sangramento devem ser avaliadas no caso de sangramentos não compatíveis com miomas, como:
- sangramentos intermenstruais
- sangramentos pós-menopausa
- sangramentos de padrão anovulatório
Ver Fluxograma de Sangramento Uterino Anormal
Médico(a)

DOR PÉLVICA
· Sempre considerar e investigar outras causas mais frequentes, pois miomas raramente são causas de dor pélvica. Ver Fluxograma de Dor Pélvica
· Grandes miomas podem, ocasionalmente, provocar sintomas de compressão, causando então:
- dor pélvica
- aumento da frequência urinária
- sensação de esvaziamento completo da bexiga
- constipação intestinal
Médico(a)

INFERTILIDADE
· É pouco usual miomas serem a causa de infertilidade
· Sempre considerar e investigar causas mais frequentes:
- anovulação
- endometriose
- aderências pélvicas
· Apenas algumas localizações podem justificar infertilidade:
- submucosos
- intramurais com componente intracavitário
Médico(a)

Manejo clínico
(Quadro 1 do protocolo sobre Sangramento uterino anormal)

ENCAMINHAR PARA GINECOLOGIA
Médico(a)

Manter e observar

1.2 Outros achados

Espessamento Endometrial na Pós-Menopausa
<ul style="list-style-type: none">• Na pós-menopausa, consideram-se espessuras endometriais ≥ 5 mm aumentadas e devem ser encaminhadas à GINECOLOGIA para investigação de patologias endometriais, como câncer de endométrio e hiperplasia endometrial.• Encaminhar para histeroscopia; <p style="text-align: center;">Enfermeiro(a)/médico(a)</p>
Cisto De Naboth
<ul style="list-style-type: none">• Imagem cística adjacente ao canal endometrial. Representa o bloqueio da drenagem de uma glândula endocervical e o consequente acúmulo de secreção mucoide. Não tem significado clínico.• Tranquilizar a paciente. <p style="text-align: center;">Enfermeiro(a)/médico(a)</p>
Líquido Livre em Fundo de Saco Posterior
<ul style="list-style-type: none">• Este achado é normal em mulheres assintomáticas e pode ser observado em todas as fases do ciclo menstrual, ocorrendo mais frequentemente no período perimenstrual e periovulatório.• Sua ocorrência de forma isolada não apresenta significado clínico. <p style="text-align: center;">Médico(a)</p>

2. CRITÉRIOS PARA INSERÇÃO DO SIU DE LEVONORGESTREL

Pacientes que apresentam critérios para inserção do SIU de Levonorgestrel para tratamentos propostos pelo Protocolo de Ginecologia (indicação não-contraceptiva), deverão se enquadrar no critério de seguimento/tratamento na UBS por, no mínimo, 6 meses.

2.1. Indicações para uso do SIU de Levonorgestrel: Condicionado a determinação de fluxogramas específicos de diagnóstico e tratamento para as seguintes patologias:

- 2.1.1. Mioma uterino sintomático (exceto se deformidade de cavidade uterina)
- 2.1.2. Menorragia e metrorragia idiopáticas / sangramento uterino anormal
- 2.1.3. Hiperplasias endometriais (desde que excluída malignidade)
- 2.1.4. Contraceptivo eficaz (Índice de Pearl = 0,1) (desde que não adaptação aos outros métodos ou contra-indicação dos mesmos).

2.2. Critérios de Inclusão

- 2.2.1. Patologias elegíveis para uso do endoceptivo com tratamento clínico refratário por ao menos 6 meses;
- 2.2.2. Pacientes com contra-indicação de hormonioterapia sistêmica;

2.3. Fluxo para solicitação e aquisição do SIU de Levonorgestrel:

- 2.3.1. A paciente deverá estar recebendo acompanhamento médico pelas unidades básicas de saúde de Londrina por pelo menos 6 meses;
- 2.3.2. A solicitação deverá ser encaminhada para apreciação do regulador devendo ser enviadas as seguintes informações e documentações:
 - 2.3.2.1. Laudo médico detalhando: anamnese e exame físico; tratamentos anteriores e objetivo da utilização do SIU de Levonorgestrel;
 - 2.3.2.2. Exames complementares que confirmem o diagnóstico (conforme critérios de inclusão);
 - 2.3.2.3. Laudo ecográfico, laparoscópico e/ou anatomopatológico.

2.4. Critérios de exclusão para inserção de SIU de Levonorgestrel

- 2.4.1. Útero com volume maior de 300 cm³;
- 2.4.2. Câncer de colo uterino, do endométrio, do ovário ou coriocarcinoma;
- 2.4.3. Câncer de mama;
- 2.4.4. Portadoras de displasia cervical;
- 2.4.5. Puérperas entre 48 horas e 4 semanas pós-parto;
- 2.4.6. Evidência de Doença inflamatória pélvica (atual ou nos últimos 3 meses);
- 2.4.7. Antecedentes de Doença Inflamatória Pélvica por 2 ou mais vezes;
- 2.4.8. Cervicite por Clamídia, Micoplasma, Ureoplasma ou Neisseria;
- 2.4.9. Aborto infectado nos últimos 3 meses;
- 2.4.10. Suspeita ou confirmação de gravidez;
- 2.4.11. Anomalias mullerianas;
- 2.4.12. Tuberculose pélvica;

- 2.4.13. Sangramento uterino sem diagnóstico etiológico estabelecido;
- 2.4.14. Adenoma hepatocelular;
- 2.4.15. Anomalias anatômicas (congenitas ou adquiridas) com distorção de cavidade uterina/ Presença de mioma com distorção de cavidade uterina;
- 2.4.16. Portadoras do vírus HIV;
- 2.4.17. Doença Trofoblástica Benigna;
- 2.4.18. Presença de doença cardiovascular complicada.

3. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Sangramento Uterino Disfuncional Arq Bras Endocrinol Metab vol.45 no.4 São Paulo Aug. 2001 **Lucas V. Machado;**

Sangramento vaginal anormal na emergência, Moura, Sara Kvitko de; Mello, Amanda Tavares; Guzzo, Eduardo Cadore; Schreiner, Lucas; Santos, Thais Guimarães dos. *Acta méd. (Porto Alegre)*; 35: [8], 2014.