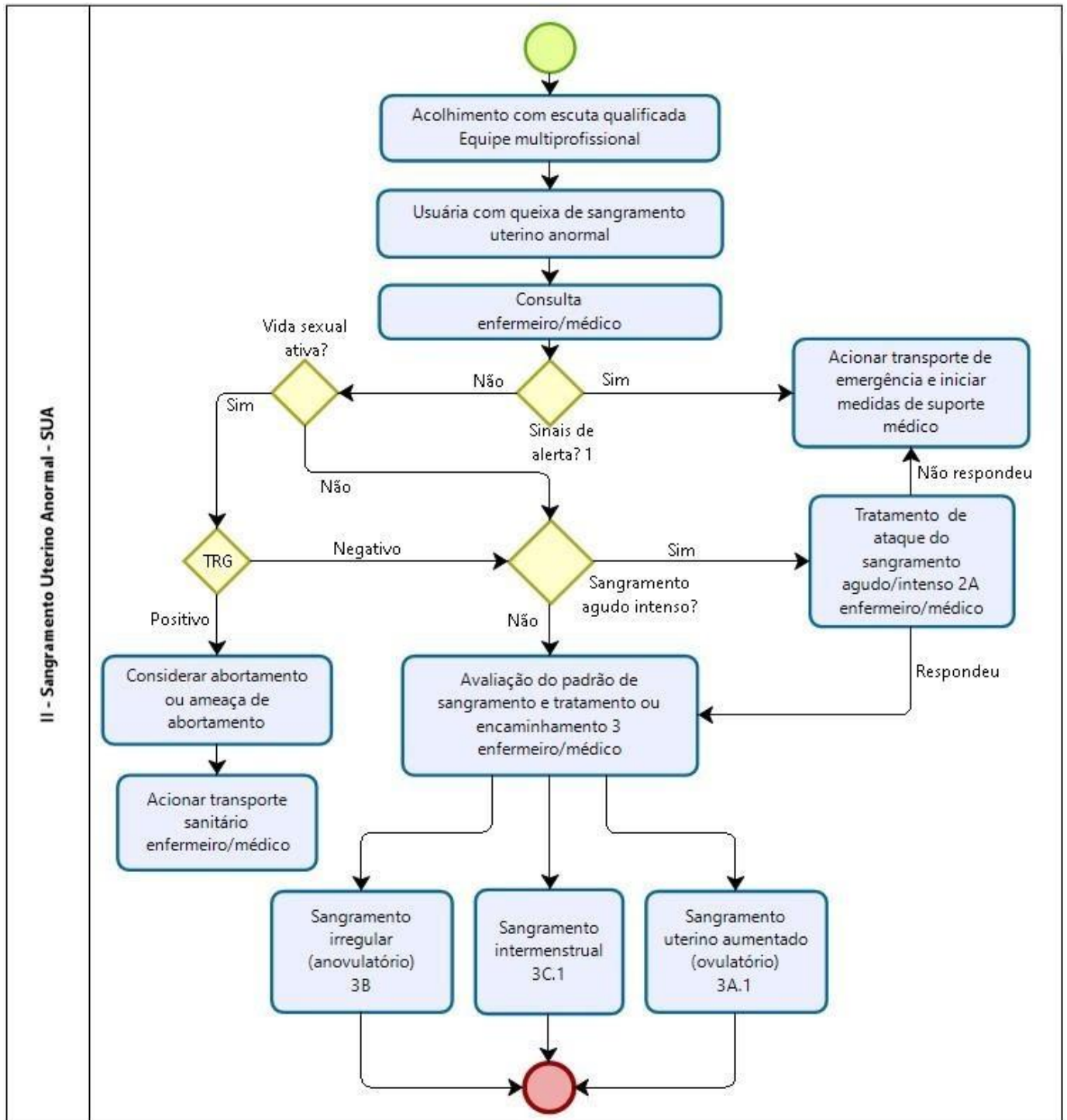


II - SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL



1. Sinais de alerta para hipovolemia: letargia, taquipneia, pele fria e pegajosa, pulsos fracos e filiformes, diminuição do débito urinário.

2. Manejo clínico do sangramento uterino

2A) Tratamento de ataque*:

Agente	Posologia	Contraindicação
Anticoncepcional oral combinado (etinilestradiol 0,03mg + levonogestrel 0,15mg)	1 cp, de 6/6 horas, por 5 dias. A partir de então, 1 por dia.	História de trombose arterial ou venosa, migrânea com aura, diabetes mellitus com alterações vasculares, doença hepática grave e/ou ativa, trombofilias.
AINE	Ibuprofeno 600mg de 8/8 horas, por 5 dias.	História de úlcera péptica ativa, uso concomitante de anticoagulantes, distúrbios da coagulação, doença renal.

*Enfermeiro/Médico

2B) Tratamento de manutenção**:

Agente	Posologia	Redução esperada do sangramento	Contraindicações
Anticoncepcional oral combinado (etinilestradiol 0,03mg + levonogestrel 0,15mg)	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 26º dia.	83%	Presença ou histórico de tromboflebite, distúrbios tromboembólicos e cerebrovasculares. Insuficiência hepática grave. Presença ou suspeita de neoplasia mamária ou de órgãos genitais.

** Médico

3. Avaliação do padrão de sangramento

3A) Sangramento uterino aumentado (ovulatório)

3A.1) Funcional (causa endometrial, anteriormente denominado sangramento uterino anormal). Decorre de alterações na hemostasia endometrial, não estando associado à lesão orgânica ou gravidez. 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. Utilizando-se o manejo clínico 2.

3A.2) Miomatose uterina

Os miomas que estão associados a sangramento uterino geralmente são submucosos ou tem componente que altera a cavidade uterina. Suspeitado pelo padrão de sangramento e pelo volume uterino aumentado na palpação ou toque bimanual. Diagnóstico pela ultrassonografia. Inicialmente manejo clínico 2 para sangramento funcional. Tratar anemia, se houver. Se refratário, encaminhar para avaliação no Serviço de AAE quanto à indicação de cirurgia.

3A.3) Adenomiose

Frequentemente acompanhada de dismenorreia ou dor pélvica crônica. Suspeitado pelo padrão de sangramento e pelo volume uterino aumentado na palpação ou toque bimanual. Diagnóstico

suspeitado pela ultrassonografia, porém apenas confirmado no anatomopatológico. Inicialmente manejo clínico 2. Tratar anemia, se houver. Se refratário, encaminhar para avaliação no Serviço de AAE quanto à indicação de cirurgia.

3A.4) DIU de cobre

Sangramento mais intenso nos primeiros 3 meses após a inserção, acompanhado de dismenorreia. Orientar quanto à benignidade do aumento do fluxo menstrual e das cólicas. Se necessário, associar AINE nos primeiros meses durante o sangramento menstrual. Se persistente, considerar a remoção do DIU. (Fluxograma “Desejo de Contracepção”).

3A.5) Coagulopatias

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. Se exames alterados, encaminhar ao Serviço de AAE para investigação adicional.

3B) Sangramento uterino irregular (anovulatório)

3B.1) primeiros anos após menarca - adolescência

O sangramento uterino irregular é um padrão menstrual muito frequente em adolescentes nos primeiros anos após a menarca, frequentemente acompanhado de dismenorreia. Descartadas as hipóteses de coagulopatias e alterações anatômicas, apenas orientar sobre a benignidade dos fluxos irregulares já é suficiente. Se dismenorreia muito intensa, considerar associar AINE durante a menstruação. Oferecer contraceptivo oral combinado, respeitando os critérios de elegibilidade, caso haja fluxo menstrual excessivo. Caso tenha vida sexual ativa ou estar próxima de iniciar, orientar a contracepção para gravidez. Realizar diagnóstico diferencial de violência sexual em casos de lesão vulvar.

3B.2) Climatério

Sangramento uterino irregular (anovulatório) é o padrão menstrual dos anos que antecedem a menopausa. Orientar fisiologia e cuidados no climatério. Atentar para o manejo clínico de outros sintomas relacionados ao climatério fluxograma “Sintomas Climatéricos”. Se sangramento aumentado, considerar iniciar contraceptivo oral na pré-menopausa, respeitando os critérios de elegibilidade.

3B.3) Síndrome do Ovário Policístico (SOP)

Suspeitar na presença de ciclos menstruais irregulares, associados ou não a sobrepeso/obesidade, com sinais de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo, alopecia androgenética). O ultrassom transvaginal, pode identificar microcistos no ovário. Orientar atividade física regular, PIS, reeducação alimentar e tratamento para SOP. Considerar encaminhamento para o Serviço de AAE.

3B.4) Hipotireoidismo

Pesquisar outros sintomas de hipotireoidismo. Achados laboratoriais: TSH aumentado e T4 livre diminuído ou TSH \geq 10, independente do T4 livre. Considerar também hipotireoidismo subclínico e TSH aumentado, porém com o T4 livre normal. Manejo com reposição de levotiroxina (médico).

3B.5) Hiperprolactinemia

Suspeitar se história de amenorreia ou de ciclos menstruais irregulares, associado ou não à galactorreia. Considerar prolactina aumentada, se $>40\text{ng/mL}$ e fármacos que podem aumentar a prolactina (p. ex., fenotiazínicos, antidepressivos, metoclopramida). Se confirmada hiperprolactinemia e afastadas causas iatrogênicas, encaminhar para o Serviço de AAE (médico).

3C) Uso de anticoagulantes, rifampicina (médico).

3C.1) Sangramento intermenstrual associado a anticoncepcional oral combinado (AOC)

Sangramento no padrão escape (*spotting*), caracterizado por pequenos sangramentos sem relação com o ciclo menstrual. É mais frequente nos primeiros 3 meses de uso e quando utilizados anticoncepcionais orais com doses mais baixas de estrogênio. Se ocorrer após uso prolongado do anticoncepcional, avaliar o uso correto e considerar outras possíveis causas de sangramento de escape (vômito, diarreia, medicamentos com interação medicamentosa com AOC).

3C.2) Associado ao acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD)

No início do uso do AMPD, pode haver sangramento. Além disso, frequentemente há sangramento de escape, especialmente nos primeiros anos de uso. Orientar quanto à benignidade dos sangramentos irregulares, em pequena ou moderada quantidade, no início do uso do método. Se persistente, considerar troca de método contraceptivo (enfermeiro/médico).

3C.3) Patologias cervicais e ectopia

Geralmente, o padrão de sangramento é pós-coito. O câncer de colo uterino, em alguns casos, também pode se manifestar 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. Se identificada cervicite, tratar conforme fluxograma específico. Se identificada ectopia, orientar que se trata de causa fisiológica. Se identificado pólipos ou alteração sugestiva de câncer de colo uterino, encaminhar para o Serviço de AAE.

3C.4) Patologias do endométrio (pólipo, hiperplasia, câncer)

Geralmente, o padrão de sangramento é em pequena quantidade, escuro tipo “borra de café” ou vermelho claro residual, de curso geralmente intermitente frequente, mas pode se manifestar como sangramento pós-coito. A suspeita diagnóstica é feita pela ultrassonografia ou história colpocitológica. Encaminhar para o Serviço de AAE.

3C.5) Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

Geralmente, está associada à dor pélvica, febre e/ou sangramento pós-coito, intermenstrual ou no padrão de sangramento uterino aumentado ovulatório. Ao exame, o colo uterino pode estar hiperemiado ou normal, com secreção sugestiva de cervicite e dor à mobilização do colo. Tratar conforme fluxograma “Dor Pélvica”.

Observações: em outros casos de SUA, deve-se encaminhar para o Serviço de AAE:

- Útero palpável a 12cm da sínfise púbica;
- Falha do tratamento clínico;
- Suspeita de neoplasia.