



**ALBERT EINSTEIN**  
**HOSPITAL ISRAELITA**

# Diretrizes Assistenciais

## **HEMORRAGIA GENITAL**

---

Versão eletrônica atualizada em  
**março/2012**

## 1. Definição

Hemorragia genital é definida como presença de sangramento que se exterioriza pela vagina e vulva em grande quantidade, com ou sem alteração de intervalo, frequência ou duração do ciclo menstrual.

## 2. Diagnóstico e Conduta

1. Sempre que houver uma queixa de sangramento excessivo, verificar os sinais vitais. Na presença de alterações, providenciar acesso venoso calibroso, iniciar infusão endovenosa de fluidos imediatamente e administrar drogas e/ou hemocomponentes se necessário, visando à estabilização hemodinâmica da paciente.
2. A seguir, realizar anamnese completa, com antecedentes pessoais e familiares. É importante avaliar a possibilidade de gravidez.
3. Fazer exame físico geral e exame ginecológico completos.
4. Solicitar hemograma, coagulograma, dosagens de TSH, enzimas hepáticas e  $\beta$ -HCG no plasma, ultrassonografia pélvica (transvaginal ou transabdominal), assim como provas pré-transfusionais, dependendo da gravidade do caso.
5. Demais exames devem ser solicitados baseados nos dados clínicos. Se a paciente tiver mais de 45 anos, pode ser importante obter uma biópsia de endométrio no seguimento.
6. Para se estabelecer o diagnóstico, devem-se levar em conta as causas orgânicas, disfuncionais ou iatrogênicas, excluindo-se sempre a possibilidade de gravidez.

### Causas orgânicas

#### - Sistêmicas

Desnutrição, coagulopatias (ex.: doença de von Willebrand), distúrbios endócrinos (ex.: hipotireoidismo), uso de drogas, distúrbios metabólicos (ex.: cirrose hepática levando à hiperplasia endometrial) ou descompensação cardíaca (ex.: congestão venosa associada à insuficiência cardíaca).

#### - Genitais

Vulva e vagina: lesões ocasionadas por traumas, lesões ulceradas, vegetantes ou friáveis e presença de corpo estranho.

Colo uterino: ectopia, lesões ulceradas, vegetantes ou friáveis, presença de corpo estranho, pólipos cervical, mioma, cervicite aguda e neoplasia.

Corpo uterino: mioma, endometrite, produtos patológicos da concepção, pólipo endometrial, adenomiose, sarcoma, corpo estranho, hiperplasia endometrial e câncer do endométrio.

Tubas uterinas: salpingite, neoplasia e gravidez ectópica.

Ovários: endometriose e neoplasias produtoras de hormônios.

### **Causas iatrogênicas**

Alguns medicamentos e substâncias podem causar ou acentuar sangramentos genitais. Dentre eles, destacam-se: terapêutica hormonal, anticoagulantes, ácido acetilsalicílico, antidepressivos (inibidores seletivos da recaptção da serotonina, antidepressivos tricíclicos), tamoxifeno, fenotiazina, corticosteróides, tiroxina, contraceptivos e ervas (ginseng, ginkgo biloba e produtos derivados da soja).

### **Causas disfuncionais**

Caracteriza-se por sangramento anormal do endométrio na ausência de afecção orgânica, iatrogênica ou de gestação. Deve-se a distúrbios na interrelação do eixo hipotálamo-hipófiso-ovariano ou da ação dos hormônios no útero e seu diagnóstico é de exclusão.

### **Tratamento**

A depender do diagnóstico, o tratamento deve ser específico, com sutura nos casos de lacerações, tamponamento de lesões cervicais friáveis, ou exérese de tumores e corpos estranhos, por exemplo. A conduta em unidade de pronto atendimento deve estar acordo com diagnóstico, intensidade do sangramento, contraindicação a determinada modalidade terapêutica e vontade da paciente. Lembrar da importância da biópsia de endométrio, em especial nas pacientes acima de 45 anos em que o tratamento não é efetivo ou quando ocorre recorrência das queixas hemorrágicas.

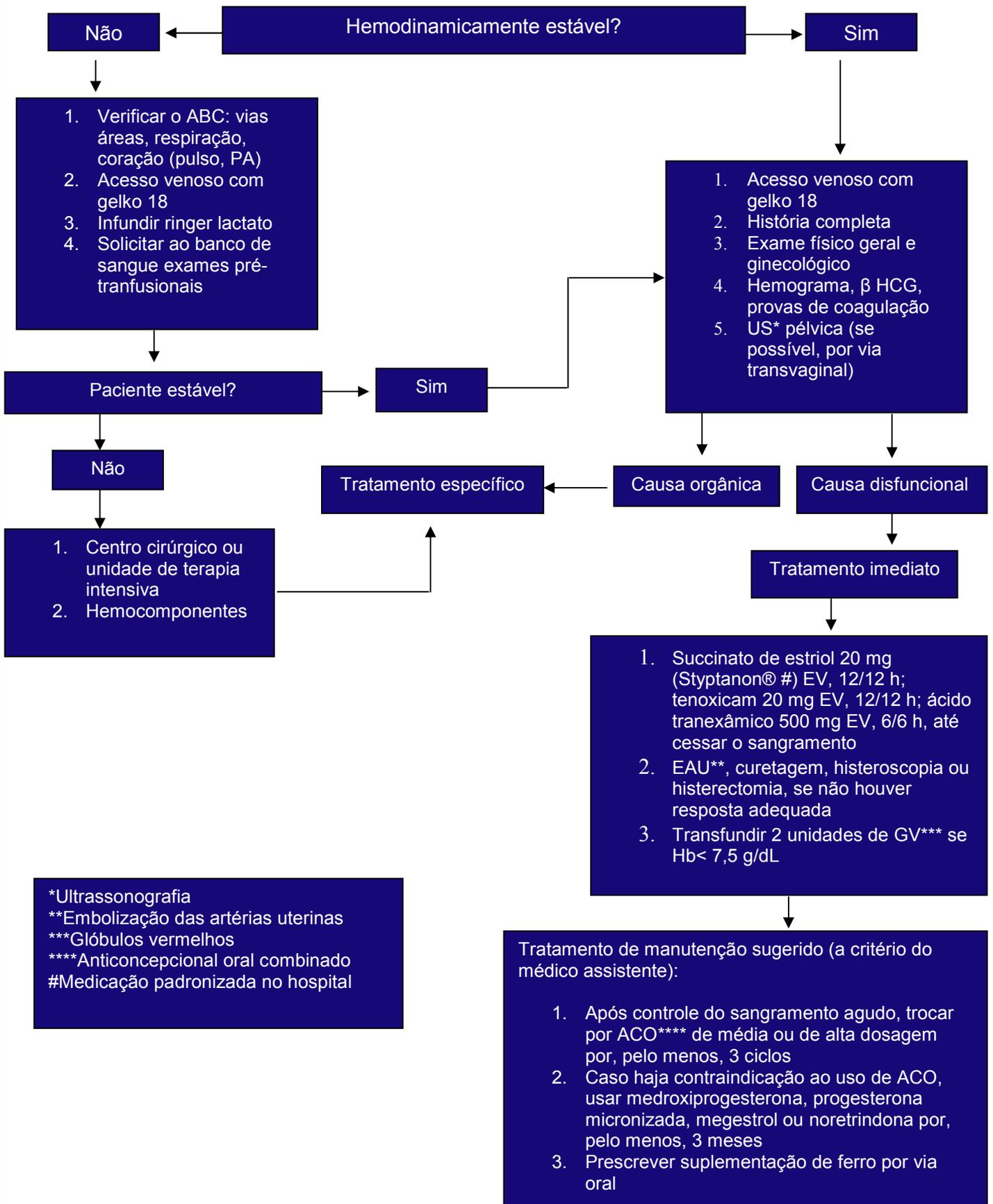
Nos sangramentos oriundos do corpo uterino, principalmente naqueles com componente disfuncional, o tratamento inicial visa a estancar a hemorragia e pode ser realizado com administração de medicamentos hormonais por via endovenosa, respeitando-se possíveis contraindicações. A opção disponível em nosso meio é o succinato de estriol (Styptanon® frasco-ampola de 20 mg), podendo-se infundir um frasco-ampola a cada 12 horas até que se obtenha controle do sangramento, por um período máximo de 48 horas. A adição de anti-inflamatórios não hormonais (cetoprofeno, tenoxicam, entre outros) e de antifibrinolíticos (ácido tranexâmico), também por via endovenosa, contribui para a homeostase endometrial e acelera a recuperação da paciente. Na alta hospitalar, pode-se prescrever combinações estroprogestativas (contraceptivos, terapia hormonal), anti-inflamatórios não hormonais e antifibrinolíticos para uso por via oral, buscando controle a médio prazo. Esquemas com e sem pausa são descritos para esse fim.

Mulheres hipertensas, tabagistas ou diabéticas devem ser avaliadas com cuidado antes do tratamento medicamentoso. Lembrar que, devido ao potencial trombogênico, a prescrição de hormonioterapia deve ser feita com cautela, principalmente em pacientes com cirurgias agendadas, imobilizadas ou com antecedentes de tromboembolismo e/ou distúrbios da coagulação.

Por fim, citamos condutas de exceção que podem, eventualmente, ser necessárias quando não temos sucesso no controle de quadros agudos que colocam em risco a vida da paciente. Assim, destacamos tratamentos endovasculares, como tamponamento com balão ou embolização das artérias uterinas, e tratamentos cirúrgicos, como curetagem, histeroscopia, ligadura das artérias uterinas ou histerectomia.

Representações esquemáticas das condutas hospitalar e ambulatorial sugeridas seguem na figura 1 e no quadro 1.

Figura 1 – Algoritmo para diagnóstico e conduta na hemorragia genital, no Hospital Israelita Albert Einstein.





Medicação	Ação
<p>Anti-inflamatórios não hormonais:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Ácido mefenâmico (250 mg)</li><li>Naproxeno (250–275 mg)</li><li>Ibuprofeno (200–400 mg)</li></ul> <p>Dose: 1–2 comprimidos antes ou no início da menstruação, seguindo com 1 comprimido a cada 6–8 h, por 3 dias</p>	<p>Inibem a síntese de prostaglandinas, reduzindo o sangramento e a cólica menstrual</p>
<p>Antifibrinolíticos: Ácido tranexâmico (500 mg–1000 mg a cada 8 horas, conforme a necessidade)</p>	<p>Diminuem a atividade fibrinolítica, reduzindo a perda sanguínea</p>
<p>Anticoncepcionais orais combinados</p>	<p>Indicados nos sangramentos anovulatórios, podem ser úteis também nos sangramentos ovulatórios, apesar da ausência de evidências consistentes</p>
<p>Progestagênios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Endoceptivo com levogestrel</li><li>Progestagênios orais: acetato de medroxiprogesterona (5–10 mg/d, por 10–14 dias)</li></ul>	<p>Estabilizam o endométrio. Endoceptivo com levogestrel pode provocar sangramento irregular em um pequeno número de pacientes</p>
<p>Agonistas do hormônio liberador das gonadotrofinas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Acetato de leuprorelina (3,75 mg IM/mês ou 11,25 mg IM/3 meses)</li><li>Acetato de nafarelina (200 µg intranasal, duas vezes ao dia)</li><li>Acetato de goserrelina (3,6 mg SC/mês ou 10,8 mg SC/3 meses)</li></ul>	<p>Efeitos colaterais: sintomas próprios da menopausa. A administração de estrogênios e progestagênios cíclicos pode minimizar os sintomas colaterais</p>

## BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Albers JR, Hull SK, Wesley RM. Abnormal uterine bleeding. *Am Fam Physician*. 2004;69(8):1915-26.

Bordman R, Telner D, Jackson B, Little D. An approach to the diagnosis and management of benign uterine conditions in primary care. Toronto, Ont: Centre for Effective Practice, Ontario College of Family Physicians; 2005.

Ely JW, Kennedy CM, Clark EC, Bowdler N. Abnormal uterine bleeding: a management algorithm. *J Am Board Fam Med*. 2006;19(6):590-602.

Goodman A. Terminology and evaluation of abnormal uterine bleeding in premenopausal women 2<sup>nd</sup> ed. [Internet]. Waltham (MA): National Library of Medicine, UpToDate; 2007; cited 2008 Apr 21. Available from: [http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=gen\\_gyne/2469&selectedTitle=81~150&source=search\\_result](http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=gen_gyne/2469&selectedTitle=81~150&source=search_result).

Lethaby A, Augood C, Duckitt K, Farguhar C. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct 17;(4):CD000400.

MacGibbon L, Jakubovicz D. Educational module: menorrhagia. *Found Med Pract Educ* 2005;13(1):1-16.

Marjoribanks J, Lethaby A, Farquhar C. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; (2):CD003855.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Heavy menstrual bleeding [Internet]. London: NICE; 2007; cited 2008 Apr 21. Available from: <http://www.nice.org.uk/CG044>.

O'Connor VM. Heavy menstrual loss. Part 1: Is it really heavy loss? *Med Today* 2003;4(4):51-9.

Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 6 ed. Baltimore (MD): Lippincott Williams & Wilkins; 1999.

Telner DE, Jakubovicz D. Approach to diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. *Can Fam Physician*. 2007;53(1):58-64.