

Sangramento uterino  
anormal (SUA)  
Urgência FMJ

# Sangramento uterino anormal (SUA) Abordagem do sangramento agudo e intenso

Rogério Bonassi Machado  
Professor Livre Docente de Ginecologia da FMJ

## SUA

- alteração em qualquer parâmetro\* do sangramento uterino normal<sup>1</sup>
  - acomete aproximadamente 30% das mulheres em idade reprodutiva<sup>2</sup>
- \*duração > 8 dias; volume > 80 mL; frequência <24 dias ou >38 dias

## Etiologia

Acrônimo PALM-COEIN<sup>1</sup>

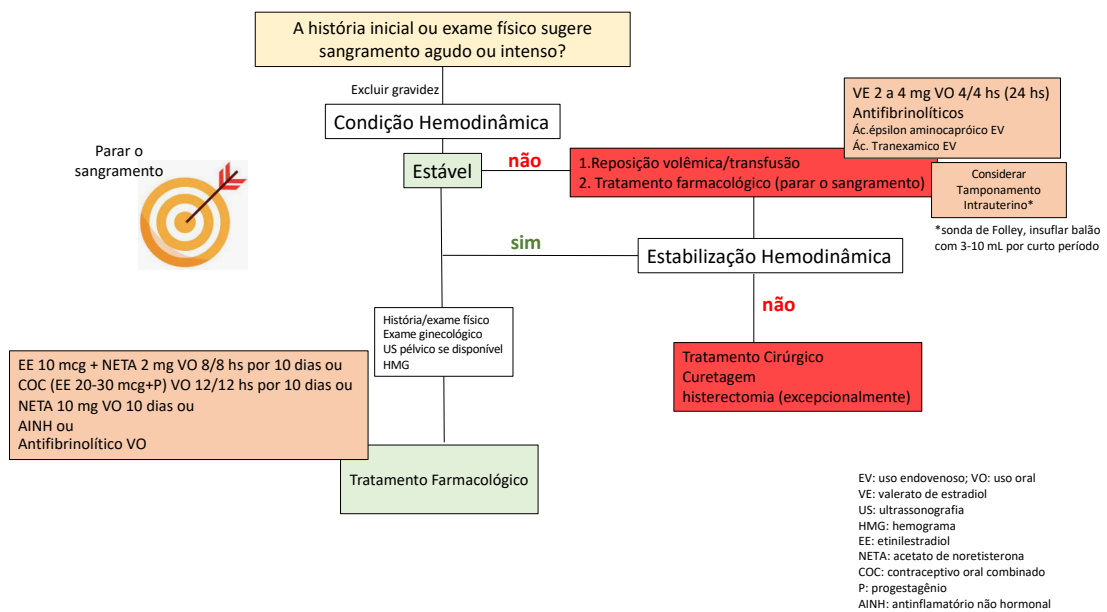
Causas estruturais	Causas não estruturais
Pólipo	Coagulopatia
Adenomiose	Ovulatória (disfunção)
Leiomioma	Endometrial
Malignas e hiperplasia	Iatrogenica
	Não classificada

## Avaliação Inicial<sup>1,3</sup>

1. Duração do quadro  
SUA agudo  
SUA crônico (> 3 meses de duração)
2. Condição hemodinâmica  
Estável  
Instável (sinais de hipovolemia/hipotensão/choque)

## Manejo do SUA agudo e intenso<sup>3,4</sup>

Tem como objetivo parar o sangramento o mais rápido possível



## Paciente com condição hemodinâmica INSTÁVEL

---

### Sinais clínicos

Palidez cutânea, hipotensão, taquicardia, choque

### Sinais vitais

Avaliar → Pressão Arterial

Frequência Cardíaca

Frequência Respiratória

Tempo de Enchimento Capilar

### Classificação da perda volêmica<sup>5</sup>

Classificação da perda volêmica				
Fatores	I	II	III	IV
Perda sanguínea mL	< 750	750 – 1500	1500 – 2000	> 2000
Perda sanguínea % Volemia	< 15%	15 – 30%	30 – 40%	> 40%
Frequência de pulso	< 100	> 100	> 120	> 140
Pressão sanguínea	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Pressão de pulso (mmHg)	Normal ou elevada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Teste perfusão capilar	Normal	Positivo	Positivo	Positivo
Frequência respiratória	14 - 20	20 - 30	30 - 40	> 35
Débito urinário mL/h	> 30	20 - 30	5 - 15	Insignificante
Estado mental	Levemente ansioso	Ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letárgico

### Procedimentos gerais na urgência

- Internação hospitalar
- Acesso venoso calibroso – veias antecubitais, abocath 16/18
- Oferta O2 complementar
- Reposição volêmica: Ringer Lactato 1000 ml

Coleta ex. laboratoriais: hemograma/beta HCG/tipagem sanguínea/Gasometria arterial

### Medidas para o controle do sangramento

Após exclusão de sangramento na gravidez:

→ Mesmo que a suspeita seja de SUA estrutural (e.g. leiomioma), o tratamento de urgência pode ser realizado da mesma forma, pois o objetivo é parar o sangramento.

Estrogenioterapia em alta dose por 24 horas

- Valerato de estradiol 2 mg (Primogyna) VO 2 cps de 4/4 horas ou
- Estrogênios conjugados 0,625 mg VO 4 cps de 4/4 horas

### Antifibrinolítico

- Ácido tranexâmico (Transamin): uso endovenoso por meio de solução injetável de 50 mg/ml com 5 ml. Usar 4 ampolas (1g) EV 8/8 hs (dose máxima 4 g/dia)
- Ácido épsilon-aminocaprílico (Ipsilon): uso endovenoso por meio de solução injetável de 50 mg/ml com 20 ml. Usar 4 frasco-ampola (4g) EV diluída em dose de ataque, seguido por dose de manutenção de 1 frasco-ampola EV (1g) por hora (máximo 24 horas).

## Tamponamento intrauterino

- Pode ser realizado concomitantemente aos tratamentos farmacológicos. Introduzir sonda de Foley na cavidade endometrial e insuflar o balão com 3-10 ml, manter por período curto (6-8 horas).

→ Caso não se consiga estabilizar a paciente deve-se considerar o tratamento cirúrgico, na maioria das vezes por meio de curetagem uterina. A realização de histerectomia é excepcional.

→ Havendo estabilização hemodinâmica o tratamento segue o protocolo para “pacientes hemodinamicamente estáveis”.

## **Paciente com condição hemodinâmica ESTÁVEL<sup>3,4</sup>**

---

- História médica, exame físico e ginecológico completo
- Ultrassonografia transvaginal (ou pélvica) se disponível
- Hemograma
- Beta HCG (se necessário)

### Tratamento hormonal (10 dias)

- Primeira linha: estrogênio + progestagênio
- Etinilestradiol 10 mcg + acetato de noretisterona 2 mg (Primosiston). Um comprimido a cada 8 horas VO Contraceptivo oral combinado contendo Etinilestradiol (20 mcg – 30 mcg) associado a qualquer progestagênio. Dois comprimidos ao dia VO.
- Segunda linha (na contra-indicação do estrogênio): progestagênio isolado
- Acetato de noretisterona 10 mg (Primolut Nor). Um comprimido ao dia VO.

### Tratamento não hormonal

- Antiinflamatório não-esteróide: Piroxican 20 mg. Um a dois comprimidos por dia VO. Pode ser usado concomitantemente ao tratamento hormonal.
- Antifibrinolítico: ácido tranexâmico 250 mg (Transamin). Dois comprimidos a cada 8 horas VO. Pode ser usado concomitantemente ao tratamento hormonal.

## **Tratamento de manutenção para o SUA agudo e intenso**

---

Tem como objetivo evitar recorrências e deve ser usado por no mínimo 3 meses

→ Após os 10 dias do tratamento de ataque

### Paciente com necessidade de anticoncepção

- Contraceptivo oral combinado (COC)
- Etinilestradiol 20-30 mcg + qualquer progestagênio, em uso cíclico, estendido ou contínuo
- Valerato de estradiol + Dienogeste (Qlaira)
- Estradiol 1,5 mg + Acetato de nomegestrol 2,5 mg (Stezza)

### Sem necessidade de anticoncepção

- Progestagênio contínuo ou cíclico
- Acetato de Noretisterona (Primolut Nor) 1 cp VO contínuo ou por 21 dias – iniciando no 5º. ciclo
- Outras opções: acetato de medroxiprogesterona 5-10mg/dia VO, Progesterona micronizada 200 mg/dia, didrogesterona 10-20 mg VO por 10-14 dias do ciclo (Duphaston)

## Referências bibliográficas

---

1. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(1):3-13.
2. Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, Cravello L, Golfier F, Gondry J, Agostini A, Bazot M, Brailly-Tabard S, Brun JL, De Raucourt E, Gervaise A, Gompel A, Graesslin O, Huchon C, Lucot JP, Plu-Bureau G, Roman H, Fernandez H; CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;152(2):133-7.
3. Bradley LD, Gueye NA. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(1):31-44.
4. Navarro PAAS, Dib LA. Sangramento uterino anormal. In: Fernandes CE, Pompei LM. *Endocrinologia Feminina*, São Paulo, Manole, 2016. p.305-20
5. Meletti JFA et al. *Rev Bras Anesthesiol* 2003; 53( 5 ): 623-632