


PROTOCOLO ATENÇÃO PRIMÁRIA N º 15		DATA: 05/09/2017	
 <p>PREFEITURA DE GOIÂNIA</p>	<p>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA</p>	<p>CÓDIGO SIGTAP: 03.01.06.003-7</p>	<p>CBO: Médico</p>
AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO		
<p>SANGRAMENTO GENITAL ANORMAL</p>	<p>Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.</p>	<p>POSSÍVEIS CAUSAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corpo estranho: principalmente em crianças que apresentam vulvovaginite e corrimento de odor fétido; - Trauma: suspeitar de abuso sexual; - Gravidez: toda mulher em idade reprodutiva deve ser avaliada para gravidez; - Infecções genitais: cervicite, endometrite e salpingite / DSTs; - Neoplasias: pode ser originário de qualquer órgão genital, sendo mais comuns os de origem cervical, uterina e ovariana; - Pólipos cervicais: facilmente diagnosticados por meio de exame especular; - Carcinoma cervical: pode manifestar-se como sinusiorragia, metrorragia discreta, corrimento sanguinolento até franco sangramento; - Leiomioma uterino; - Adenomiose; - Câncer de corpo uterino: causa de sangramento uterino anormal (SUA) na pós-menopausa; - Tumores ovarianos; - Endometriose; - Complicações da gravidez: abortamento, gestação ectópica, sangramento do primeiro trimestre da gravidez e doença trofoblástica gestacional; - Doenças extragenitais: coagulopatias? - Iatrogenia: uso de drogas que interferem na coagulação e o dispositivo intrauterino (DIU); <p>ANAMNESE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade; - Duração e característica do sangramento; - Antecedentes menstruais e obstétricos; - Fatores de risco para neoplasias; - DSTs; - Medicamentos; - Hisurtismo, galactorreia, tireoidopatia, doenças hepáticas ou renais, Diabetes mellitus, discrasias sanguíneas e anemia; 	

EXAME FÍSICO

- Exame especular;

- Palpação:

Aumento de volume uterino?

Dor a palpação de útero e anexos?

Presença de massas palpáveis?

TRATAMENTO:

a) Varia de acordo com a etiologia;

b) No caso de SANGRAMENTO UTERINO DISCUNCIONAL:

- Sangramentos leves:

Sangramentos que não comprometem o estado geral da paciente serão tratados com anti-inflamatórios não esteroides (inibidores da síntese de prostaglandina), que reduzem o fluxo menstrual em 30%–50%.

- Sangramentos moderados e graves:

Que ultrapassem 7–10 dias de duração ou com fluxo intenso, comprometendo o hemograma (hemoglobina < 10g/dl) e podendo causar algum grau de comprometimento do estado geral da paciente, precisarão de tratamento medicamentoso, que poderá ser:

- Estrogênio conjugado por via oral, na dose de 1,5 a 2,5mg/dia, durante 21 dias, associado ao acetato de medroxiprogesterona, na dose de 10mg ao dia nos últimos dez dias – ocorre controle do sangramento em 24–48h

- Acetato de medroxiprogesterona (AMP), na dose de 10mg ao dia, por 10–12 dias. Não são eficazes como os estrogênios conjugados em parar o sangramento agudo

- Anticoncepcional oral combinado com 35 microgramas de etinil-estradiol, 1 comprimido via oral, até quatro vezes por dia, por dez dias ou até parar o sangramento. Após o próximo sangramento, que deverá ocorrer, em média, cinco dias após a parada da medicação, reiniciar o mesmo contraceptivo, 1 comprimido ao dia, a partir do primeiro dia do fluxo de supressão, durante 21 dias seguidos de uma pausa de sete dias após a qual novo ciclo será iniciado

- Sangramento com instabilidade hemodinâmica:

A paciente que apresentar sinais de instabilidade hemodinâmica deverá ser referenciada para um pronto-socorro

Elaborado: Gerência de Atenção Primária a Saúde – SMS Goiânia

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)