

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE POSGRADO



**“GUÍA CLÍNICA DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL”**

PRESENTADO POR  
DRA. KARLA YESSENIA CARRILLO MARTÍNEZ  
DRA LETICIA NOEMI MELÉNDEZ MORALES

PARA OPTAR AL TITULO DE:  
ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESOR: DR ROBERTO ÁGUILA

SAN SALVADOR, DICIEMBRE 2020

## ÍNDICE

• Introducción.....	3
• Objetivos .....	5
• Glosario de términos y abreviaturas utilizadas .....	6
• Descripción del problema .....	7
• Descripción de las intervenciones y las actividades... ..	10
• Tratamiento .....	11
• Bibliografía .....	15
• Anexos .....	16

## I. INTRODUCCIÓN

El impacto mundial del sangrado uterino anormal en los años reproductivos es sustancial con una prevalencia de aproximadamente 3 a 30% entre las mujeres en edad reproductiva. No es un trastorno, sino un conjunto de síntomas.

Si bien estos síntomas rara vez ponen en peligro la vida, con frecuencia alteran la vida, particularmente el síntoma de sangrado menstrual abundante que probablemente sea responsable de la alta prevalencia de anemia por deficiencia de hierro que afecta al 30% de las mujeres en todo el mundo, una incidencia que es mucho mayor en las naciones de bajos ingresos. Colectivamente, estas circunstancias hacen que HUA en los años reproductivos sea un problema de salud importante, a menudo ignorado y subestimado, con un impacto insidioso en las economías mundiales.

Existe un espectro de posibles causas de HUA en los años reproductivos que incluyen anomalías en la función endocrina, endometrial y hemostática y una serie de anomalías estructurales que incluyen pólipos, adenomiosis y leiomiomas o fibromas. Es importante comprender que muchas de las anomalías estructurales pueden no contribuir a los síntomas del paciente; pueden permanecer asintomáticas mientras que la causa o las causas de HUA pueden estar relacionadas con causas invisibles pero importantes, como coagulopatías, disfunción ovulatoria o trastornos de la hemostasia endometrial.

La determinación de las causas de HUA en los años reproductivos sigue siendo un desafío importante para los investigadores, médicos y educadores. En respuesta a estos desafíos descritos, FIGO Comité de Trastorno Menstrual ha desarrollado dos sistemas, con la asistencia de médicos, educadores, editores de revistas e investigadores de todo el mundo.

- El sistema FIGO HUA 1, al definir los parámetros del sangrado menstrual normal, establece un mecanismo para definir los diversos síntomas que comprenden HUA. Se eliminan términos como menorragia, oligomenorrea, metrorragia y hemorragia uterina disfuncional.
- El sistema FIGO HUA 2, también conocido como el sistema PALM-COEIN, proporciona una infraestructura estructurada para la investigación, la educación y la atención clínica al clasificar las diversas causas posibles o contribuyentes a los síntomas de HUA en los años reproductivos.

El conocimiento general permite agrupar las causas de sangrado en relación con la edad de la usuaria con el fin de establecer un diagnóstico apropiado y manejo oportuno.

- Población meta: médicos generales y especialistas en ginecología y obstetricia encargados de la atención de mujeres que solicitan atención de problemas de salud relacionados con el sangrado uterino anormal en los diferentes niveles de atención del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Usuarios meta: todas las mujeres en edad reproductiva y postmenopausicas que manifiesten síntomas de sangrado uterino anormal.

## II. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Estandarizar conocimientos actualizados, con respaldo de medicina basada en evidencia en cuanto al diagnóstico y tratamiento adecuado de la hemorragia uterina anormal, apoyándose en los principales organismos internacionales con el propósito de preservar la salud y brindar la mejor atención en ginecología a las usuarias desde la adolescencia hasta la postmenopausia.

### OBJETIVO ESPECIFICO

1. Describir las principales causas de sangrado uterino anormal de acuerdo al sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).
2. Retomar prácticas clínicas que permitan obtener una historia clínica pertinente y realizar un examen físico enfocado en establecer la etiología del sangrado uterino anormal.
3. Interpretar los resultados de las diferentes pruebas diagnósticas seleccionados (Laboratorio, imagen y estudio histológico).
4. Explicar las diferentes formas de tratamiento tanto quirúrgico, como no quirúrgico

### **III. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS**

HUA: hemorragia uterina anormal

EV: endovenoso

VO: vía oral

D&C: dilatación y legrado ó dilatación y curetaje

ACOG: Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

FDA: Administración de Medicamentos y Alimentos de EEUU

LNG-IUS: Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel

#### IV. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La hemorragia uterina anormal es una de las principales causas de consulta en la unidad de emergencia, abarcando aproximadamente el 30 - 40% de la misma.

Esta puede presentarse en toda la población de mujeres no gestantes independientes de raza, etnia, estrato social u otros factores.

Diferentes términos utilizados para definir la sintomatología y clínica de esta enfermedad han dificultado la homogenización en el diagnóstico y manejo de la HUA, esta preocupación llevó a la formación del Grupo de Trabajo de Trastornos Menstruales dentro de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que posteriormente se ha convertido en un comité permanente, el Comité de Trastornos Menstruales.

El desarrollo por parte de este grupo de definición, terminología y causas subyacentes brindan herramientas al personal de salud para mejorar la comunicación sobre etiología, síntomas, diagnóstico y tratamiento; exhortando al abandono con esto de términos que estaban mal utilizados o definidos.

La FIGO define los términos de:

- Menstruación normal como el sangrado cíclico con frecuencia 24 a 38 días con variación  $\leq 7$  a 9 días por cada ciclo. Con duración:  $\leq 8$  días de sangrado y volumen con una definición clínica subjetiva y se define como un volumen que no interfiere con la calidad de vida física, social, emocional y / o material de una mujer. La definición de investigación es  $\leq 80$  ml de pérdida de "sangre" vaginal por ciclo.
- Sangrado uterino anormal: término general utilizado para describir cualquier variación sintomática de la menstruación normal (en términos de frecuencia, regularidad, duración o volumen) y también incluye el sangrado intermenstrual. Este término cubre la gama completa de síntomas de sangrado anormal.
- Sangrado uterino anormal agudo: define como un episodio de hemorragia uterina en una mujer en edad reproductiva, que no está embarazada, que es en cantidad suficiente para requerir una intervención inmediata para evitar una mayor pérdida de sangre.
- Sangrado uterino anormal crónica: el sangrado del cuerpo uterino, que es anormal en frecuencia, regularidad, duración y / o volumen, y ha estado presente durante al menos la mayor parte de los últimos seis meses

Reconociendo los términos normales y generalidades de la HUA se brindará definición adecuada de los términos patológicos:

- Sangrado uterino frecuente e infrecuente: encontrando la variación de este patrón en la duración del ciclo menstrual menor de 24 días o extendiéndose a más de 38 días respectivamente.

- Sangrado intermenstrual aquel que se presenta entre ciclos menstruales bien definidos.

Además, el Comité de Trastornos Menstruales de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ha desarrollado un sistema de clasificación completo y manejable para entender mejor las etiologías asociadas con el desarrollo de la hemorragia uterina anormal.

El sistema de clasificación está estratificado en nueve categorías básicas que se ordenan según el acrónimo PALM-COEIN:

- Pólipo
- Adenomiosis
- Leiomioma
- Neoplasia maligna e hiperplasia
- Coagulopatía
- Disfunción ovulatoria
- Disfunción endometrial
- Iatrogénica
- "no clasificados de otra manera"

Esta manera de clasificar las etiología nos ayuda a reconocer la multifactorialidad de esta patología, demostrando que el desarrollo de la HUA no siempre se abraza a un solo diagnóstico definitivo.

Pólipo: Tumores epiteliales que incluyen la cavidad endometrial y el canal cervical. Por el momento, FIGO clasifica los pólipos como presentes o ausentes según lo definido por histerosonografía.

Adenomiosis: Es la presencia de glándulas de tipo endometrial y estroma dentro del miometrio, es una patología que requiere diagnóstico histopatológico aunque los nuevos hallazgos ultrasonográficos o por medio de RMN pueden contribuir al diagnóstico.

Leiomiomas: los leiomiomas del útero (también denominados miomas o fibromas uterinos) son neoplasias benignas del músculo liso.

La FIGO creó una jerarquía de sistemas de clasificación primarios, secundarios y terciarios para los leiomiomas uterinos:

- La clasificación primaria refleja solo la presencia o ausencia de uno o más leiomiomas, independientemente de la ubicación, el número y el tamaño. Esto se determina mediante un examen ecográfico.
- En el sistema secundario, se debe distinguir los miomas que lindan con el endometrio o distorsionan la cavidad endometrial de los leiomiomas en otras localizaciones. Esto se debe a que es más probable que fibromas submucoso

desencadenen episodios de HUA. La determinación de si existe un leiomioma SM debe realizarse mediante histerosonografía o histeroscopia.

●El sistema de clasificación terciario es una categorización de todos los tipos de leiomiomas según su relación con el endometrio y / o la serosa así como una categoría que incluye las lesiones del cuello uterino y las que parecen estar desprendidas del útero, a menudo llamadas "parasitarias" debido a que su irrigación sanguínea proviene de fuentes no uterinas.

Malignidad e hiperplasia: la hiperplasia endometrial con atipia citológica y carcinoma, incluidos los sarcomas del estroma endometrial, son neoplasias epiteliales del endometrio que generalmente se diagnostican con una muestra de endometrio transcervical.

Coagulopatía: para identificar a las alteraciones sistémicas de la coagulación.

Disfunción ovulatoria: Asociado con alteraciones hormonales por desequilibrio de la fase lútea.

Un evento lúteo fuera de fase ocurre cuando hay un reclutamiento temprano en la fase lútea de un folículo que luego madura precozmente, lo que resulta en niveles circulantes altos de estradiol y aumento del volumen menstrual asociado.

Causas endometriales: en aquellas pacientes con ciclos menstruales establecidos también puede incluir sangrado intermenstrual y la ausencia de otras causas definibles.

Causas iatrogénicas: En esta categoría se incluyen aquellos sangrados debido a dispositivos médicos, principalmente sistemas anticonceptivos intrauterinos o terapia farmacéutica.

Dentro de los medicamentos que pueden incurrir en alteraciones del sangrado se encuentran:

- Esteroides gonadales.
- Terapia relacionada con esteroides gonadales (p. Ej., Análogos de la hormona liberadora de gonadotropina, inhibidores de la aromatasa, moduladores selectivos del receptor de estrógeno, moduladores selectivos del receptor de progesterona).
- Anticoagulantes.
- Agentes sistémicos que contribuyen a los trastornos de la ovulación, por ejemplo, los que interfieren con el metabolismo de la dopamina o causan hiperprolactinemia.GGG
- Dispositivos intrauterinos

No clasificado de otra manera: existe una serie de entidades adicionales que pueden contribuir o causar HUA pero que no han sido definidas de manera adecuada al momento o son casos extremadamente raros.

## **V. DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES Y LAS ACTIVIDADES.**

### **A. Diagnóstico**

Evaluación inicial de la paciente con sangrado uterino anormal

- Revisar la duración y la cantidad de sangrado
- Factores que parecen provocar el sangrado y síntomas acompañantes: fiebre o secreción vaginal; si se produce sangrado postcoital.
- Antecedentes personales o familiares de trastornos hemorrágicos, y los medicamentos que está tomando
- Cambios de peso reciente, estrés, un nuevo programa de ejercicios
- Examen pélvico para confirmar que el sangrado proviene del útero y no de otro sitio
- Obtener una prueba de Papanicolaou / virus del papiloma humano (VPH) para detectar cáncer de cuello uterino.

Pruebas de laboratorio

- En mujeres en edad fértil realizar una prueba de embarazo
- Hemograma completo y tiempos de coagulación
- Pruebas hepáticas, renales y tiroideas a las pacientes refractantes al manejo médico o si poseen factores de riesgo para enfermedades metabólicas.
- Pruebas para determinar el estado ovulatorio

### **B. Evaluación endometrial**

1. Biopsia endometrial: para mujeres de 45 años o más y en mujeres menores de 45 años si tienen factores de riesgo de cáncer de endometrio (Los riesgos de cáncer de endometrio incluyen obesidad, anovulación crónica, antecedentes de cáncer de mama, uso de tamoxifeno o antecedentes familiares de cáncer de mama o cáncer de colon).

2. Ecografía transvaginal. Las mujeres posmenopáusicas normalmente tienen un revestimiento endometrial delgado; si el revestimiento es más grueso de 4 o 5 mm, puede ser apropiada una evaluación adicional con una biopsia endometrial. La

ecografía no puede distinguir entre diferentes tipos de anomalías (p. Ej., Pólipo versus cáncer) y es necesario pruebas complementarias.

3. Sonohisterografía: Este procedimiento brinda una mejor imagen del interior del útero y las pequeñas anomalías se pueden detectar más fácilmente.

4. Histeroscopia. Se pueden tomar muestras de tejido. Se puede usar anestesia para minimizar las molestias durante el procedimiento. La histeroscopia se puede realizar en el consultorio o en una cirugía el mismo día en un quirófano.

5. Dilatación y legrado.

## **VI. TRATAMIENTO**

### **A. Manejo medico**

El tratamiento del sangrado anormal se basa en la causa subyacente. La elección del tratamiento para la HUA aguda depende de la estabilidad clínica, la agudeza general, la etiología sospechada del sangrado, el deseo de fertilidad y los problemas médicos subyacentes.

Los dos objetivos principales del manejo de la HUA son:

- 1) controlar el episodio actual de sangrado abundante
- 2) reducir la pérdida de sangre menstrual en los ciclos posteriores.

La terapia médica se considera el tratamiento inicial preferido. Sin embargo, ciertas situaciones pueden requerir un tratamiento quirúrgico inmediato. Los estudios de tratamientos de la HUA son limitados y solo un tratamiento (estrógeno equino conjugado intravenoso [IV]) está específicamente aprobado por la FDA.

El manejo hormonal se considera la primera línea de tratamiento médico para pacientes con HUA sin trastornos hemorrágicos conocidos o sospechados. Las opciones de tratamiento incluyen estrógeno equino conjugado por vía intravenosa, anticonceptivos orales combinados (AO) y progestágenos orales.

Los anticonceptivos orales combinados y progestágenos orales, tomados en regímenes de dosis múltiples, también se utilizan comúnmente para la HUA aguda.

Antes de instaurar un tratamiento médico en pacientes con HUA es importante asesorarlas de todas las alternativas e informarles que muchas veces las pacientes pueden terminar en un tratamiento quirúrgico después de intentar los tratamientos farmacológicos.

## **DIU con levonorgestrel**

El sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (LNG-IUS) administra 20 microgramos de progestágeno cada 24 horas en el endometrio, reduciendo el grosor del mismo y la vascularización. Estudios randomizados en pacientes con HUA han demostrado que en las pacientes adecuadas el LNG-IUS es el mejor método no quirúrgico de tratamiento en comparación con los tratamientos hormonales orales o los no hormonales.

FDA aprobó en 2009 su utilización como tratamiento para el HUA en pacientes que deseen anticoncepción. La utilización de este método ha sido ampliamente estudiada en los últimos años.

En casos de HUA con anomalías estructurales (PALM) la eficacia del LNG-IUS ha sido demostrada en pacientes con adenomiosis, en caso de pólipos se recomienda la extracción del mismo antes de la colocación del dispositivo. Con respecto a su utilización en pacientes con leiomiomas el LNG SIU tiene eficacia en pacientes con miomas que no deforman la cavidad uterina. En caso de HUA relacionadas con coagulopatías el DIU hormonal ha mostrado adecuadas tasas de respuestas, las mejores tasas de respuestas han sido en aquellas pacientes con HUA relacionadas con trastornos de la ovulación, en estas pacientes la efectividad del DIU con LNG es alta con disminuciones de la cantidad de sangrado del orden de 80% a 3 meses y más de 95% a 12 meses de tratamiento.

Es importante asesorar a la paciente que la tasa de expulsión es mayor a la habitual en pacientes con HUA en general y más marcada aún en casos que presenten alteración de la estructura uterina (leiomiomas). En el caso donde se constate la presencia de leiomiomas submucosos las tasas de expulsión del dispositivo son especialmente elevadas.

### **B. Manejo quirúrgico**

La necesidad de tratamiento quirúrgico se basa en la estabilidad clínica del paciente, la gravedad del sangrado, las contraindicaciones del tratamiento médico, la falta de respuesta del paciente al tratamiento médico y la condición médica subyacente del paciente.

Las opciones quirúrgicas incluyen

- Dilatación y legrado
- Ablación endometrial
- Embolización de la arteria uterina
- Histerectomía

La elección de la modalidad quirúrgica (p. Ej., Dilatación y legrado versus histerectomía) se basa en los factores antes mencionados más el deseo de la

paciente de tener una fertilidad futura. Es posible que se requieran tratamientos específicos, como histeroscopia con D&C, polipectomía o miomectomía, si se sospecha que las anomalías estructurales son la causa de la SUA aguda. La ablación de endometrio, aunque está disponible en la mayoría de los centros, debe considerarse solo si otros tratamientos han sido ineficaces o están contraindicados, y debe realizarse solo cuando una mujer no tiene planes para un futuro embarazo Y el cáncer de útero se ha descartado de forma fiable como causa de la SUA aguda.

La histerectomía, el tratamiento definitivo para controlar el sangrado abundante, puede ser necesaria para pacientes que no responden al tratamiento médico.

### C. Regímenes de tratamiento médico

Terapia	Dosis sugerida	Duración de tratamiento	Contraindicaciones	Precauciones
<b>Estrógeno equino conjugado</b>	25 mg EV	Cada 4 a 6 horas EV por 24 horas	Cáncer de mama, trombosis venosa activa o pasada o enfermedad tromboembólica arterial, y disfunción o enfermedad hepática	Pacientes con factores de riesgo cardiovascular o tromboembólico.
<b>Anticonceptivos orales combinados</b>	Monofásico o combinado, que contenga 35 mcg de etinilestradiol	Tres veces al día para ACO combinado por durante 7 días  Luego 1 tableta cada día por 21 días.  Mantener de forma continua por 3 a 6 meses	Tabaquismo (en mujeres de 35 años o más), hipertensión, antecedentes de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar, trastornos tromboembólicos conocidos, enfermedad cerebrovascular, isquémica enfermedad cardíaca, migraña con aura, cáncer de mama actual o pasado, enfermedad hepática grave, diabetes con afectación vascular, valvular cardiopatía con complicaciones y cirugía mayor con inmovilización prolongada	

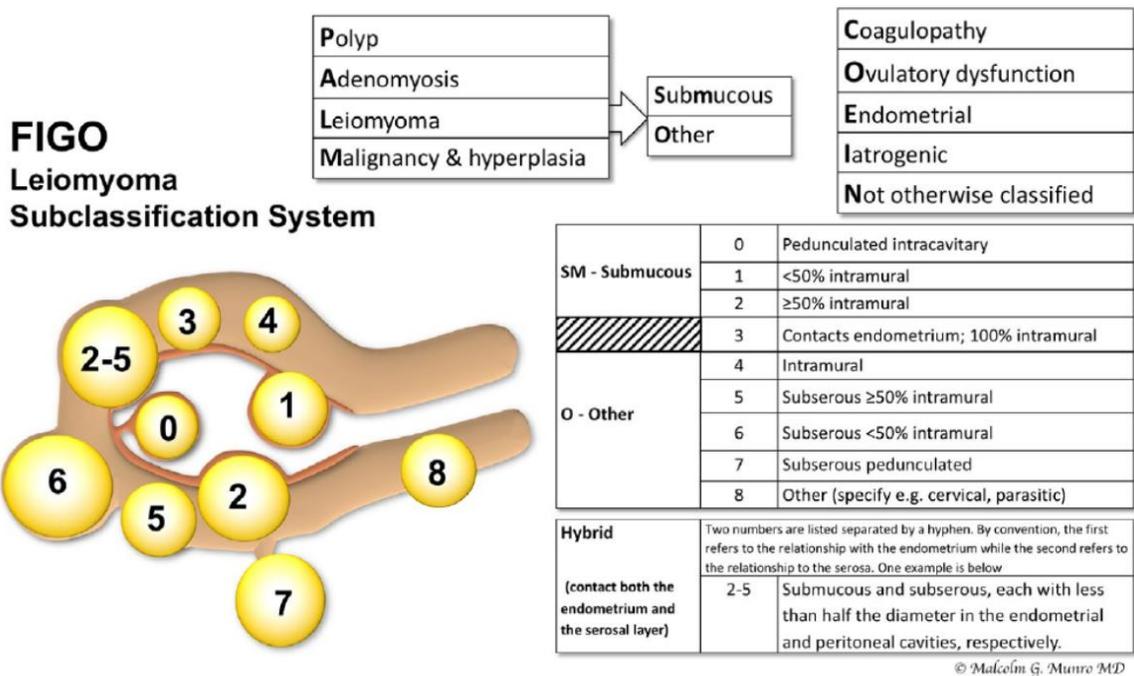
<b>Acetato de medroxiprogesterona</b>	20 mg VO	Tres veces al día durante 7 días  Luego 20 mg día por 3 semanas  En caso de sangrado por anovulación utilizar terapia cíclica por 12 a 14 días o de forma continua	Las contraindicaciones incluyen, pero no se limitan a, trombosis venosa profunda activa o pasada o embolia pulmonar, enfermedad tromboembólica arterial activa o reciente, cáncer de mama actual o pasado y función hepática alterada o enfermedad hepática.	
<b>Progesterona micronizada</b>	200 a 400 mg VO cada día	Cíclica por 12 a 14 días o de forma continua	Las contraindicaciones incluyen, pero no se limitan a, trombosis venosa profunda activa o pasada o embolia pulmonar, enfermedad tromboembólica arterial activa o reciente, cáncer de mama actual o pasado y función hepática alterada o enfermedad hepática.	
<b>Ácido tranexámico</b>	10 mg/kg EV Cada 8 horas ó  1.3 gr VO Cada 8 horas	5 días	Alteración adquirida de la visión del color y enfermedad trombótica o tromboembólica actual	En pacientes con antecedentes de trombosis (debido a riesgos trombóticos inciertos) y la administración concomitante de anticonceptivos orales combinados deben considerarse cuidadosamente.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Malcolm G Munro, Hilary O.D. Critchley; 2018, Los 2 sistemas FIGO para sangrado normal y anormal y clasificación de causas de sangrado uterino anormal en edad reproductiva.
2. Ian S Fraser 1, H O D Critchley, M G Munro, M Broder, 2007; Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding
3. Jane G Woolcock 1, Hilary O D Critchley, Malcolm G Munro, Michael S Broder, Ian S Fraser, 2007; Review of the confusion in current and historical terminology and definitions for disturbances of menstrual bleeding.
4. DeVore GR, Owens O, Kase N. 2011; Uso de Premarin intravenoso en el tratamiento de uterino disfuncional sangrando: un doble ciego estudio de control aleatorizado. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 285–91.
5. Munro MG, Mainor N, Basu R, Brisinger M, Barreda L. Acetato de medroxiprogesterona oral y combinación oral de anticonceptivos para el sangrado uterino agudo: un ensayo controlado. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 924–9
6. James AH, Kouides PA, Abdul-Kadir R, Dietrich JE, Edlund M, Federici AB, et al. 2011; Evaluación y tratamiento de la menorragia aguda en mujeres con y sin trastornos hemorrágicos subyacentes: consenso de un panel internacional de expertos.
7. Munro MG, Mainor N, Basu R, Brisinger M, Barreda L. Oral medroxyprogesterone acetate and combination oral contraceptives for acute uterine bleeding: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2006;108(4):924–929
8. Gupta J, Kai J, Middleton L, et al. Levonorgestrel intrauterine system versus medical therapy for menorrhagia. *N Engl J Med* 2013;368(2):128–37

## VIII. ANEXOS

### ANEXO 1: SISTEMA DE CLASIFICACIÓN FIGO



## ANEXO 2: MANEJO PROPUESTO POR NIVELES DE ATENCIÓN

INTERVENCIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN		
	Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel
<b>Diagnóstico y tratamiento</b>			
<b><i>Historia clínica y examen físico</i></b>	X	X	X
Revisar la duración y la cantidad de sangrado			
Factores que parecen provocar el sangrado y síntomas acompañantes: fiebre o secreción vaginal; si se produce sangrado postcoital.	X	X	X
Antecedentes personales o familiares de trastornos hemorrágicos, y los medicamentos que está tomando	X	X	X
Cambios de peso reciente, estrés, un nuevo programa de ejercicios	X	X	X
Examen pélvico para confirmar que el sangrado proviene del útero y no de otro sitio	X	X	X
Obtener una prueba de Papanicolaou / virus del papiloma humano (VPH) para detectar cáncer de cuello uterino.	X	X	X
<b><i>Exámenes de laboratorio</i></b> <i>(De acuerdo a capacidad instalada: clínicas comunales o unidades médicas)</i>	X	X	X
Prueba de embarazo			
Hemograma completo y tiempos de coagulación	X	X	X

Pruebas hepáticas, renales y tiroideas		X	X
Pruebas para determinar el estado ovulatorio		X	X
<b>Evaluación endometrial</b> (Estudio de gabinete de acuerdo a capacidad instalada y personal capacitado)		X	X
Biopsia endometrial			
Ecografía transvaginal		X	X
Sonohisterografía		X	X
Histeroscopia		X	X
Dilatación y legrado		X	X
<b>Tratamiento médico y quirúrgico</b>		X	X
Manejo médico de hemorragia aguda y de mantenimiento			
Sistema liberador de levonorgestrel (DIU LNG)			X
Embolización de la arteria uterina			X
Histerectomía o miomectomía		X	X