

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
POST GRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS**



TRABAJO DE POS GRADO:

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA PACIENTE PERIMENOPAUSICA CON
DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL NACIONAL
SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2020- JUNIO
2022.**

**PARA OPTAR AL POSGRADO DE
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

**DR. MELVIN ALEXI MERLOS GIRÓN
DRA. STEFANY ANALY SERRANO AMAYA**

ASESOR DE TESIS:

DR. JOSÉ ALBERTO MENDOZA GARCÍA

**CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL
MAYO 2023, SAN MIGUEL, EL SALVADOR**

AUTORIDADES

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DOCTOR RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ACADEMICO

INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

MSC. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES

LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

LICENCIADO OSCAR VILLALOBOS

VICEDECANO

LICENCIADO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA

SECRETARIO GENERAL INTERINO

MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA

DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA FACULTAD
MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

**COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN DE DOCTORADO EN
MEDICINA**

DEPARTAMENTO DE PROGRAMA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

AUTORIDADES

MAESTRA MARTA DEL CARMEN VILLATORO DE GUERRERO

DIRECTORA DE ESCUELA DE POSTGRADO

DOCTOR SAÚL RENÉ PÉREZ GARCÍA

COORDINADOR GENERAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DOCTOR FÉLIX ANTONIO REYES REYES

COORDINADOR DOCENTE DE ESPECIALIDAD GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESORES

DOCTOR JOSÉ ALBERTO MENDOZA GARCIA

DOCENTE ASESOR

MAESTRO OSCAR EDUARDO PASTORE MAJANO

ASESOR DE METODOLOGÍA

TRIBUNAL CALIFICADOR

DOCTOR JOSÉ ALBERTO MENDOZA GARCÍA

JURADO CALIFICADOR

DOCTORA AURORA DEL ROSARIO SALAZAR

JURADO CALIFICADOR

DOCTOR GUSTAVO ENRIQUE MUNGUÍA MORALES

JURADO CALIFICADOR

Índice

Introduccion	11
1.0 Marco metodologico	1
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Enunciado del problema.....	3
1.3 Justificación.....	3
2.0 Objetivos.....	4
2.1 Objetivo general:	4
2.2 Objetivos específicos.....	4
3.0 Marco teórico	5
3.1 Marco de referencia	5
4.0 Tabla #1 operacionalización de variables.....	27
5.0 Metodología de la investigación	31
5.1 Tipo de investigación.....	31
5.2 Población y muestra.....	31
5.2.1 Población.....	31
5.2.2 Muestra.....	31
5.3 Criterios de inclusión y exclusión de los sujetos de investigación.....	33
5.4 Técnica de recolección de la información.....	33
5.5 Consideraciones éticas.....	33
6.0 Resultados.....	36
7.0 Conclusiones.....	53
8.0 Recomendaciones	55
9.0 Anexos.....	56
Anexo 1: hoja de recolección de datos.....	56
Anexo 2: referencias bibliográficas.....	59
Anexo 3: presupuesto.....	60
Anexo 4: cronograma de actividades	61

Resumen

El estudio de la hemorragia uterina anormal de la paciente peri menopáusica es un problema de salud importante, ya que es un periodo donde se pueden observar las diferentes fases de la cesación de la vida reproductiva. Dentro de los factores relacionados con el apareamiento del sangrado uterino se encuentra la obesidad, la cual es una comorbilidad modificable, por lo que es necesario el reconocimiento de esta problemática para poder incidir desde los diferentes niveles de salud para su prevención. Según estadísticas del Ministerio de Salud, se calcula que en la población general la incidencia de hemorragia uterina anormal es de al menos 10% y en El Salvador constituye el 20% de la consulta ginecológica.

Debido a lo anterior es necesario determinar el caracterización clínica de estas pacientes, ya que este es un fenómeno prevenible siempre y cuando se identifiquen el cuadro clínico y epidemiológico de dichas pacientes establecer diagnóstico y tratamiento oportuno, por lo que se realizó una investigación en las pacientes perimenopausicas con hemorragia uterina anormal, determinando los factores de riesgo asociados y las principales causas, así mismo se describen los hallazgos histopatológicos más frecuentes. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, por medio de revisión de expedientes clínicos, con una muestra de 102 expedientes, los cuales fueron vertidos en base de datos y los resultados analizados por medio de graficas.

Palabras clave: hemorragia, peri menopausia, obesidad, salud, prevención, ginecología, epidemiologia, factores, cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal

Abstract

The study of abnormal uterine bleeding in the perimenopausal patient is an important health problem, since it is a period where the different phases of the cessation of reproductive life can be observed. Among the factors related to the appearance of uterine bleeding is obesity, which is a modifiable comorbidity, so it is necessary to recognize this problem in order to influence its prevention from the different levels of health.

According to statistics from the Ministry of Health, it is estimated that in the general population the incidence of abnormal uterine bleeding is at least 10% and in El Salvador it accounts for 20% of gynecological consultations.

Due to the above, it is necessary to determine the clinical characterization of these patients, since this is a preventable phenomenon as long as the clinical and epidemiological picture of these patients is identified, establish diagnosis and timely treatment, for which an investigation was carried out in the patients. perimenopausal women with abnormal uterine bleeding, determining the associated risk factors and the main causes, likewise the most frequent histopathological findings are described. The study was quantitative, descriptive, retrospective, cross-sectional, through review of clinical records, with a sample of 102 records, which were entered into the database and the results analyzed through graphs.

Keywords: bleeding, perimenopause, obesity, health, prevention, gynecology, epidemiology, factors, quantitative, descriptive, retrospective, cross-sectional

INTRODUCCIÓN

La hemorragia uterina anormal es una entidad relativamente común y a pesar de esto su manejo puede ser complejo. La evaluación clínica de las pacientes con hemorragia uterina es de gran importancia para determinar la presencia de hiperplasia endometrial o cáncer en pacientes perimenopausicas

El sangrado uterino anormal puede manifestarse en diferentes formas, involucrando menorragia, metrorragia o goteo (spotting). Además, es considerado una de las causas de consulta más frecuente en ginecología, recordando que en las diferentes etapas del desarrollo de la mujer será originado por diferentes patologías; 20% de la consulta ginecológica es debida a hemorragia uterina anormal, en la perimenopausia se puede presentar en el 50% de los casos, en la edad reproductiva un 30% y en la adolescencia un 20%. En pacientes perimenopausicas, es particularmente importante debido a que puede significar la presencia de cáncer endometrial, siendo el principal síntoma en el 75 a 90% de las pacientes que sufren esa enfermedad. Más importante aún, 5 a 10% de todas las pacientes perimenopausicas con sangrado uterino anormal tienen cáncer endometrial, y esta cifra podría alcanzar el 60% en las pacientes de 80 años

Por lo que es necesario un método diagnóstico adecuado. El sistema de clasificación de la FIGO está estratificado en nueve categorías básicas que se ordenan de acuerdo con el acrónimo PALM-COEIN (pahmkoin): pólipos, adenomiosis, leiomioma, malignidad e hiperplasia, coagulopatía, trastornos ovulatorios, trastornos endometriales, causas iatrogénicas y no clasificadas.

Actualmente no existe en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel un estudio que correlacione la caracterización clínica de las pacientes perimenopausicas con sangrado uterino anormal, por lo cual resulta interesante dicha investigación, para incidir en los factores de riesgo, por lo que se llevó a cabo mediante un estudio descriptivo, en una población que consulto durante el periodo de enero y junio de 2020-2022 en el Hospital Nacional De La Mujer

1.0 MARCO METODOLÓGICO

1.1 ANTECEDENTES

En 2005 un grupo de 35 expertos en trastornos menstruales se reunieron en Washington para resolver la confusión de las diferentes definiciones y uso de los vocablos: menorragia, metrorragia, hipermenorrea, meno metrorragia, poli menorrea y sangrado uterino disfuncional. Llegaron a la conclusión que esos términos deben abolirse y recurrir a otros más descriptivos. (6)

En el año 2011 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propuso una clasificación de la causa de los sangrados uterinos en pacientes no embarazadas y en edad reproductiva, que se denomina PALM- COEIN, que es un acrónimo de las siguientes palabras: pólipo, adenomiosis, leiomiosis, malignidad e hiperplasia, coagulopatías, causas ovulatorias, endometriales, iatrogénicas y no clasificadas todavía. (2)

En Mérida México en el Hospital Benito Juárez del IMSS en el año 2013, se llegó a la conclusión que el 68% de los casos correspondió a mujeres en edad fértil. La alteración estructural fue la principal causa de SUA, imperando la miomatosis uterina en 69%. El tratamiento quirúrgico se realizó en la mitad de las pacientes, predominando en 60% la histerectomía. (6)

En Lima, Perú, en el Hospital Carrasco Arteaga, de junio a diciembre de 2014 se llegó a la conclusión que la principal causa de la hemorragia uterina anormal en el periodo junio-diciembre 2014 fue la hiperplasia endometrial con un 41% y el tratamiento más frecuente en toda la población fue LIU representado en un 46,1 %, y 27,5% presento anemia moderada, después anemia leve (11,8%) y grave con un 9,6%. (10)

Estudios realizados en El Salvador, sobre la caracterización clínica de pacientes postmenopáusicas con hemorragia uterina anormal y obesidad atendidas en el hospital nacional de la mujer de enero a diciembre de 2018, se obtuvieron las siguientes conclusiones, el factor de riesgo más asociado fue la multiparidad, inicio de menarquia y menopausia se encuentran en los rangos normales de edad de inicio, por lo cual no se ve modificado esta variable como factor de riesgo en comparación con las literaturas para algunas patologías ginecológicas. La patología endocrinológica más asociadas a la hemorragia uterina anormal es la diabetes mellitus, representa el 58%, seguido de hipertensión arterial en el 36%. El hallazgo ultrasonográfico más frecuente fue hiperplasia endometrial, representando 66%. El hallazgo histopatológico más frecuente fue fibromatosis uterina en el 27%, pólipo endometrial en el 21% y cáncer de endometrio en el 16% de la población. Al correlacionar los hallazgos ultrasonográficos e histopatológicos se evidencia que los datos de hiperplasia endometrial resultaron más frecuentes como cáncer de endometrio, no así el dato de fibromatosis uterina en el cual histopatológicamente se correlaciona según su frecuencia de hallazgo. (10)

El sangrado uterino anormal es una condición clínica frecuente con un gran impacto socioeconómico. Es el motivo de consulta más frecuente en ginecología, seguido por las infecciones cérvico vaginales. (3)

El sangrado uterino anormal (SUA) se define como una menstruación de cantidad excesiva, de duración prolongada o de varios días con intervalos cortos entre menstruaciones. El origen del sangrado puede ser anatómico o disfuncional. Siempre debemos descartar la posibilidad de un embarazo y sus complicaciones. (2)

El sangrado uterino anormal tiene una importante clínica. Afecta el 14 al 25% de las mujeres en edad reproductiva y genera un gran impacto en los ámbitos psíquicos, social, emocional y sexual. (2)

El sangrado uterino anormal puede presentarse en cualquier edad, pero es más frecuente en los extremos de la edad reproductiva. En la adolescencia esta frecuentemente motivado

por la inmadurez del eje hipotálamo- hipófisis- gonadal, mientras que en la perimenopausia puede ser consecuencia de la declinación de la función ovárica y de la mayor incidencia de diferentes patologías. (2)

Este último periodo adquiere una particular relevancia ya que se impone descartar la presencia de algún proceso neoplásico. (2)

1.2 Enunciado del problema.

¿Cuál es el perfil epidemiológico y clínico de la paciente perimenopausicas con diagnóstico de hemorragia uterina anormal en Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, durante el periodo comprendido de enero 2020 hasta junio 2022?

1.3 Justificación.

El sangrado uterino anormal es un trastorno ginecológico frecuentemente encontrado en la consulta de emergencias, de difícil manejo y a la vez hay dificultad de establecer con seguridad el diagnóstico, ya que en ocasiones se brinda tratamiento empírico sin haber practicado una buena investigación del caso y sin descartar enfermedades asociadas.

El rol de las mujeres en los procesos reproductivos y sociales, la dinámica poblacional y el estilo de vida que tiene cada una de ellas, hace que esta patología ocasione que las mujeres fallen al trabajo y eviten hacer vida social por la incomodidad que esto representa.

Sería importante saber si estamos atendiendo a estas pacientes con los medios diagnósticos necesarios y con el abordaje terapéutico correcto para solucionar este problema dentro del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel; el sólo hecho de que no existe un protocolo de atención, y que cada médico lo maneje de diferente manera, hace interesante el estudio con el fin de tratar las diferentes formas de abordaje utilizadas actualmente.

En El Salvador encontramos pocos estudios sobre el tema, los cuales han sido realizados con insuficiente o ninguna valoración del abordaje hospitalario del sangrado uterino anormal. Con los resultados obtenidos de este estudio, se podría realizar un protocolo que garantice los mínimos estudios que hay que brindar para el diagnóstico y cuáles serían las medidas correctivas a utilizar según el diagnóstico.

2.0 OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el perfil epidemiológico y clínico de la paciente peri menopaúsica que presentan hemorragia uterina anormal en el Hospital San Juan de Dios de San Miguel, durante el periodo comprendido de enero 2020 hasta junio 2022

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Identificar el perfil epidemiológico al momento del abordaje diagnóstico y terapéutico.
- 2.2.2 Describir los síntomas y signos de la paciente peri menopaúsica al momento de la consulta
- 2.2.3 Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de la paciente peri menopaúsica

3.0 MARCO TEÓRICO

3.1 MARCO DE REFERENCIA

En ausencia de implantación, la secreción glandular se interrumpe y se produce una desintegración irregular de la decidua funcional. El resultado de la descamación de esta capa del endometrio se denomina menstruación. (4)

El endometrio posee dos zonas diferenciadas que son las capas funcional y basal. La última está por debajo de la primera, en contacto directo con el miometrio y reacciona menos a la influencia hormonal; constituye un “depósito de reserva” para la regeneración de la capa funcional después de la menstruación. Por el contrario, la capa funcional reviste toda la cavidad uterina y experimenta modificaciones impresionantes a través de todo el ciclo menstrual para desprenderse al final durante la menstruación. Desde el punto de vista histológico, la capa funcional posee un epitelio superficial y un plexo capilar subepitelial; asimismo, se identifican un estroma organizado y glándulas en las cuales están intercaladas poblaciones de leucocitos. El útero recibe sangre a través de las arterias uterina y ovárica. De esta última se forman las arterias arciformes que irrigan el miometrio. Éstas a su vez se ramifican para formar las arterias radiales que se extienden en ángulo recto hacia el endometrio, desde las arterias arciformes. En el plano de unión entre el endometrio y el miometrio, las arterias radiales se bifurcan para dar origen a las arterias basales y espirales. Las primeras se distribuyen en la capa basal del endometrio y no son muy sensibles a los cambios hormonales. Las segundas (espirales) se extienden para irrigar la capa funcional y terminan en el plexo capilar subepitelial. (3)

Aproximadamente el 50 % de los restos menstruales se expulsan en las primeras 24 h de emisión del flujo menstrual. El líquido menstrual está formado por la capa funcional autolisada, un exudado inflamatorio, eritrocitos y enzimas proteolíticas (al menos una de las cuales, la plasmina, lisa los coágulos de fibrina a medida que se van formando). (4)

La mayoría de las mujeres (90 %) tiene ciclos menstruales con un intervalo de 24 a 35 días. Después de la menarquia, transcurren 5-7 años en los que va aumentando la regularidad a medida que los ciclos se acortan hasta alcanzar el patrón habitual de la edad reproductora. Al llegar a la cuarta década de la vida, los ciclos comienzan a alargarse otra vez. La duración habitual del flujo es de 4-6 días, pero en muchas mujeres es de tan solo dos días o incluso de hasta 8 días. El volumen normal de la pérdida de sangre menstrual es de 30 mL y se considera irregular una pérdida mayor de 80 mL. (4)

Se define sangrado uterino anormal cualquier alteración en la duración, frecuencia y cantidad del ciclo menstrual para una paciente en particular. Que estuvo presente en la mayoría de los 6 meses. (5)

Incidencia

La expulsión anormal de sangre uterina afecta del 10 al 30% de las mujeres en edad reproductiva e incluso al 50% de las pacientes perimenopausicas. Los factores que influyen en mayor grado sobre la incidencia son la edad y el estado reproductivo. Por ejemplo, la hemorragia uterina es poco común en niñas pre púberes y en mujeres menopáusicas, en tanto que las cifras de menorragia aumentan de manera significativa en pacientes adolescentes, perimenopausicas y en edad reproductiva. El conocimiento detallado de las causas más frecuentes de expulsión de sangre dentro de estos renglones demográficos facilita el diagnóstico y el tratamiento. (4)

Edad reproductiva

La menorragia es un problema frecuente en mujeres en edad de reproducción y se calcula que una paciente tiene 5% de posibilidades de consultar a su médico familiar por tal manifestación durante su vida. Después de la adolescencia madura el eje hipotálamo-hipófisis-ovarios y la expulsión de sangre de origen anovulatorio surge con menor frecuencia. Al aumentar la actividad sexual también se incrementan los índices de expulsión de sangre vinculadas con el embarazo y con enfermedades de transmisión sexual. Con la edad aumenta la incidencia de leiomiomas y de pólipos endometriales. Por consiguiente,

las hemorragias provocadas por las lesiones anteriores se vuelven frecuentes en las mujeres de mayor edad dentro de este grupo. (3)

Perimenopausia

La expulsión anormal de sangre uterina es un problema clínico frecuente y explica el 70% de todas las visitas que hacen las mujeres perimenopausicas y posmenopáusicas al ginecólogo. Como ocurre con las jóvenes peri menarquicas, la expulsión de origen anovulatorio, por disfunción del eje hipotálamo -hipófisis-ovarios, se vuelve un dato más frecuente en este grupo. En contraste, disminuye la incidencia de expulsión de sangre vinculada con él y las enfermedades de transmisión sexual. Con la edad aumenta el peligro de desarrollar neoplasias benignas o malignas. Por ejemplo, Seltzer y sus colaboradores (1990) revisaron los expedientes clínicos de 500 mujeres perimenopausicas y precisaron las alteraciones de su flujo menstrual. Observaron que 18% tuvieron menorragia o metrorragia; de dicho grupo, el 20% se debió a trastornos premalignos o malignos.

La transición a la menopausia es un periodo de cambios fisiológicos que se producen a medida que la mujer se acerca al cese de la función reproductiva. La aparición de síntomas relacionados con las fluctuaciones hormonales tales como los sofocos, las alteraciones del sueño como los cambios de humor y el ánimo depresivo, impactan en la calidad de vida de la mujer. (3)

Menopausia

Se considera menopausia cuando ha transcurrido un año desde la última menstruación. Por lo tanto, una metrorragia de la posmenopausia es la que tiene lugar luego de un año completo sin sangrado. Si se produce en menos de 12 meses de a una menstruación, se considera un sangrado por deprivación, correspondiente a actividad folicular residual. La metrorragia de la menopausia es variable, y puede presentarse como un sangrado escaso o muy abundante y puede ser único o repetirse. (3)

La expulsión de sangre después de la menopausia proviene por lo general de cuadros benignos; muchos de los casos son consecuencia de atrofia del endometrio o de la vagina.

En esta población, los pólipos endometriales benignos también pueden ocasionar la expulsión de sangre. En este grupo de edad se identifican con mayor frecuencia las neoplasias cancerosas, en particular el carcinoma endometrial, que en otros grupos. En menor medida, el carcinoma ovárico productor de estrógenos puede originar hiperplasia endometrial con expulsión de sangre uterina. Asimismo, la sangre puede provenir de neoplasias ulceradas de la vulva, de la vagina o del cuello uterino. En raras ocasiones el material seroso-sanguinolento proveniente de cánceres de las trompas de Falopio puede asumir el aspecto de sangre uterina. (3)

Fisiopatología

La fisiología de las alteraciones del ciclo en esta etapa de vida de la mujer se debe a la disminución del agrupamiento folicular que lleva a la consecuente disminución de la inhibina. así, se altera la respuesta de retroalimentación negativa sobre el hipotálamo, lo cual conduce a aumentos discretos de la FSH plasmática, lo que estimula el ovario de manera errática. Ello lleva a una respuesta folicular aumentada pero descontrolada y provoca un aumento en la producción de estrógenos, reflejado en los valores de laboratorio con valores elevados de estradiol plasmático, a veces en un rango que nos podría hacer sospechar una causa tumoral. Esta difusión del aparato folicular conduce a una fase lútea inadecuada. Las concentraciones plasmáticas elevadas del estradiol estimulan el endometrio de forma exagerada, y la fase lútea inadecuada con anovulación, sin la oposición necesaria de progesterona, conlleva el sangrado irregular tipo de esta etapa. (2)

Las elevaciones erráticas de estradiol, en muchos del ciclo del año de la mujer, sin oposición de progesterona, producen un estímulo constante sobre el endometrio, pudiendo provocara atipia celular. (2)

Ante una paciente mayor de 35 años con sangrado uterino anormal debemos evaluar histológicamente el endometrio para descartar una patología maligna, más allá del grosor

endometrial que hallemos en la ecografía ginecología. Si la paciente tiene entre 18 y 35 años la biopsia endometrial se debe considerar ante un sangrado uterino anormal que no responde al tratamiento médico y que presenta factores de riesgo para patologías malignas del endometrio. (2)

La patología maligna del endometrio durante la transición a la menopausia tiene una prevalencia del 0.1%; si se acompaña de clínicamente de sangrado uterino anormal aumenta al 10%. A diferencia de la posmenopausia, en esta etapa no existe consensos acerca de la medida ecografía del grosor endometrial para recomendar su estudio histológico, por ello es que la recomendación se basa en la clínica y los factores de riesgo. (2)

Sin embargo, la de definición más aceptada practica y objetiva es la que se dice que un sangrado uterino anormal es aquel que interfiere con la calidad de vida psicológica, económica, emocional y social de una mujer. (2)

La clasificación del sangrado uterino anormal se divide en: (2)

Agudo: menos de 6 meses, puede producirse en el contexto de sangrado crónico, hay compromiso hemodinámico y la intervención debe ser inmediata. (2)

Crónico: presente en los últimos 6 meses no hay compromiso hemodinámico y el tratamiento puede diferirse. (2)

En el año 2011 la federación internacional de Ginecología y obstetricia (FIGO) propuso una clasificación de las causas de los sangrados uterinos en pacientes no embarazadas y en edad reproductiva, que se denomina PALM-COEIN, que es un acrónimo de las siguientes

palabras: pólipo, adenomiosis, leiomiosis, malignidad e hiperplasia, coagulopatías, causas ovulatorias, endometriales, iatrogénicas y no clasificadas todavía. (2)

Pólipos

Los pólipos endometriales suelen causar hemorragias anómalas, probablemente debidas a fragilidad vascular, inflamación crónica y erosiones superficiales. Los pólipos pedunculados de mayor tamaño pueden presentar una necrosis isquémica en la punta que se extiende a los capilares subsuperficiales como consecuencia de una torsión intermitente y de la trombosis relacionada. (1)

Adenomiosis

La adenomiosis es un trastorno caracterizado por la extensión de las glándulas endometriales y el estroma en el miometrio, un hallazgo relativamente frecuente en las muestras de histerectomía procedentes de mujeres con menorragia no relacionada con miomas uterinos ni enfermedades endometriales. La hipertrofia y la hiperplasia en las proximidades del miometrio generalmente causan un aumento de tamaño difuso del útero. Sin embargo, algunas mujeres presentan lesiones nodulares focales, llamadas adenomiomas (proliferación miometrial exagerada al-rededor de focos del endometrio ectópico), de aspecto similar a los leiomiomas desde el punto de vista clínico. Se desconoce la patogenia de la adenomiosis y la menorragia asociada. Es posible que la enfermedad se produzca como consecuencia de la invaginación Endo miometrial del endometrio, o se desarrolle de Novo a partir de restos müllerianos En las mujeres sintomáticas, la ecografía transvaginal puede sugerir el diagnóstico; aunque el engrosamiento asimétrico y el miometrio heterogéneo son hallazgos sugestivos, los quistes miometriales constituyen el criterio diagnóstico más específico. En un metaanálisis de 14 estudios en los que participaron mujeres con ecografía previa a la histerectomía, se detectó que la ecografía tenía una sensibilidad del 83 % y una especificidad del 85 % para el diagnóstico de la adenomiosis.

La RM técnica de diagnóstico más sensible, particularmente en presencia de miomas uterinos; el engrosamiento de la zona de intersección en la imagen ponderada en T2 es

característico.

(1)

Sin embargo, los costes de la resonancia magnética son difíciles de justificar cuando los resultados no modifican el tratamiento clínico. En los últimos años, también destaca el papel de la histeroscopia en el diagnóstico de adenomiosis; la apariencia irregular del endometrio y la evidencia de focos hemorrágicos son sospechosas de adenomiosis subyacente, y el uso de un rectoscopio, también brinda la oportunidad de confirmar el diagnóstico histológico en casos seleccionados adecuadamente. (1)

Leiomioma

Los leiomiomas uterinos son extremadamente frecuentes. La hemorragia uterina anómala es el problema clínico más habitual que provocan, aunque la mayoría de las mujeres con miomas uterinos no presentan hemorragia anómala. La prevalencia elevada de miomas uterinos garantiza que se identificarán a menudo en mujeres sometidas a evaluación ginecológica para cualquier forma de HUA o cualquier otro trastorno ginecológico. Por tanto, los miomas no pueden considerarse la causa de una hemorragia anómala antes de descartar otras posibilidades evidentes, sobre todo cuando no sobresalen ni desplazan la cavidad uterina. Los miomas pueden ser la causa de hemorragias intensas o prolongadas en mujeres ovuladoras, pueden agravar la hemorragia resultando en una anovulación u otras causas la hemorragia resultando en una anovulación u otras causas. En muchos casos, representan únicamente un hallazgo accidental. La ecografía transvaginal suele aportar información exacta con respecto al tamaño, número y localización de los miomas, aunque las imágenes pueden ser difíciles de interpretar cuando los miomas son múltiples y extensos. La sonohisterografía define con más claridad la proximidad de los miomas a la cavidad uterina y, por tanto, puede ayudar a diferenciar los miomas con importancia clínica de los que carecen de ella. (1)

Los mecanismos por los que los miomas uterinos pueden causar una hemorragia anómala no están del todo claros, aunque parecen estar muy relacionados con su localización. Los estudios histológicos indican que los miomas submucosos e intramurales grandes y profundos hacen que se estire el endometrio suprayacente. (1). La compresión desde abajo

y el traumatismo ocasionado por la fricción intracavitaria en la superficie epitelial pueden combinarse para originar inflamación crónica focal e incluso ulceración, lo que se traduce en hemorragia. En el endometrio comprimido o lesionado, también pueden alterarse otros mecanismos hemostáticos, como la formación del tapón plaquetario. La erosión y la rotura de los vasos superficiales de mayor calibre observadas en algunos miomas también pueden contribuir a la hemorragia prolongada o intensa. La mayor superficie de una cavidad uterina muy aumentada de tamaño probablemente explique la menorragia en las mujeres con miomas numerosos y extensos, pero distantes del endometrio. (1)

Malignidad o hiperplasia

La hiperplasia endometrial es un diagnóstico histológico, basado en hallazgos de glándulas proliferantes de distintos tamaños y formas, y en una mayor proporción entre glándulas y estroma que la observada en el endometrio normal. De forma casi exclusiva, se debe a una estimulación de estrógenos crónica sin oposición. (1)

Años atrás, la hiperplasia endometrial se dividía en simple o compleja (lo que era un reflejo del patrón estructural), y con o sin atipia nuclear (aumento de tamaño, redondeamiento, pleomorfismo y aneuploidía). Las designaciones simples y complejas, basadas en la relación glándula/estroma en el endometrio, fueron abandonadas por la OMS en el año 2014, tanto para simplificar la terminología como para reflejar el conocimiento molecular de que solo la presencia de atipia refleja los cambios genéticos observados en el desarrollo del cáncer endometrial invasivo. (1)

Las lesiones sin atipia solo representan básicamente formas exageradas de un endometrio proliferante persistente; retroceden de manera espontánea, tras el legrado o con el tratamiento progestágeno y conllevan un riesgo escaso (1 %-3 %) de progresión a adenocarcinoma. Por el contrario, la hiperplasia endometrial atípica muestra un comportamiento totalmente diferente; a menudo, la anomalía no retrocede de manera espontánea, y puede ser bastante resistente incluso al legrado repetido o al tratamiento prolongado con dosis elevadas de progestágenos. La hiperplasia endometrial presenta un

riesgo importante (10 %-30 %) de progresión a adenocarcinoma si no se trata y, por consiguiente, debe considerarse una lesión preneoplásica. (1)

Las lesiones atípicas se diferencian de los carcinomas invasores por la ausencia de invasión del estroma. Es importante señalar que, a pesar de los esfuerzos realizados para normalizar los criterios de clasificación, existe una notable variabilidad en las clasificaciones definidas por los anatomopatólogos, incluso dentro de un mismo centro. Se han propuesto otros sistemas de clasificación, pero ninguno de ellos se ha aceptado por unanimidad. (1)

Coagulación o trastornos hemorrágicos

La posibilidad de una coagulopatía debe tenerse en cuenta, sobre todo en las adolescentes cuyos antecedentes menstruales son breves y aún no están bien definidos. La causa más frecuente de HUA en las adolescentes es la anovulación, si bien hasta un tercio puede presentar un defecto de la coagulación, entre los cuales se incluyen la enfermedad de Von Willebrand, la tromboastenia de Glanzmann y la púrpura trombocitopénica idiopática. En pacientes con neoplasias, la disfunción plaquetaria y la trombocitopenia pueden estar relacionados con la neoplasia subyacente o ser consecuencia del tratamiento antineoplásico. Los trastornos hemorrágicos suelen asociarse a una hemorragia cíclica intensa o prolongada (terminología antigua, menorragia). Este mismo patrón puede observarse en las mujeres tratadas con anticoagulantes. (1)

Disfunción ovulatoria

El sangrado anovulatorio (anteriormente denominado «sangrado uterino disfuncional») describe el espectro de patrones de hemorragia anómala que pueden producirse en mujeres anovulatorias. Los mecanismos implicados en la hemorragia anovulatoria reflejan un patrón anómalo de estimulación de las hormonas esteroideas que se aleja de la secuencia característica del ciclo menstrual ovulatorio normal. La anovulación y la oligoovulación pueden ser el resultado de una variedad de trastornos endocrinos que

involucran o influyen directamente en el funcionamiento del eje HHO, incluida la enfermedad tiroidea (hiper e hipotiroidismo), hiperprolactinemia, SPO y disfunción hipotalámica por insuficiencia nutricional, enfermedad sistémica o estrés. En el caso de enfermedades sistémicas que predisponen a la anovulación, la hemorragia anómala puede agravarse por anomalías concurrentes de la coagulación; por ejemplo, la enfermedad renal crónica se asocia con disfunción ovulatoria y plaquetaria, mientras que la enfermedad hepática puede afectar negativamente el metabolismo del estrógeno (predispone a la anovulación) y alterar la síntesis de factores de coagulación. (1)

Endometrial

Las causas endometriales de HUA, además de los pólipos y los fibromas analizados anteriormente (particularmente los miomas submucosos que distorsionan el endometrio), son menos comunes. La endometritis crónica es una entidad poco conocida que puede clasificarse tanto en la causa endometrial como en la categoría «no clasificada de otra manera», como se analiza a continuación. La endometritis aguda en el puerperio o después de un aborto es una entidad bien definida que puede causar sangrado menstrual abundante. El sangrado anómalo también se ha descrito en pacientes con infecciones subclínicas por *Chlamydia trachomatis*, tuberculosis pélvica y enfermedad inflamatoria pélvica. Las anomalías hemorrágicas asociadas con un nódulo en el lecho placentario pertenecen a esta categoría. (1)

Yatrogenia

Diversos fármacos pueden predisponer a hemorragia anómala, cuando interfieren con la hemostasia (lo que suele causar menorragia), alteran las concentraciones de hormonas endógenas o exógenas (lo que causa fluctuaciones en las concentraciones circulantes) o interrumpen el eje HHO. Los fármacos asociados a la hemorragia menstrual anómala son los anticonceptivos hormonales, los utilizados en el tratamiento hormonal posmenopáusico, los glucósidos digitálicos, los anticonvulsivantes, los anticoagulantes y los psicofármacos. Algunas plantas habituales tienen actividad estrogénica (p. ej., ginseng) y pueden asociar-

se a una hemorragia disfuncional. El uso de varias formas de anticonceptivos hormonales es probablemente la causa yatrogenia más común de sangrado anómalo en mujeres en edad reproductiva. Del mismo modo, el sangrado anómalo está bien descrito en las usuarias de terapia hormonal menopáusica. Al evaluar a las mujeres con HUA que toman regímenes hormonales, debe considerarse la posibilidad de problemas de cumplimiento, así como enfermedad subyacente. Los patrones de sangrado anómalo son comunes en asociación con el uso de dispositivos anticonceptivos intrauterinos (DIU) que contienen cobre (Cu) y levonorgestrel (LNG); mientras que el sangrado menstrual abundante es frecuente con el uso de DIU que con-tienen Cu, el manchado errático es más común en los primeros meses posteriores a la colocación del dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG), seguido de una eventual amenorrea. (1)

No clasificada aun de otra manera

Esta sigue siendo la categoría más vaga del nuevo sistema de clasificación. La endometritis crónica puede ubicarse bajo este encabezado, dado que el mecanismo exacto ni las implicaciones clínicas de esta entidad histológica no están claros. La endometritis crónica es un diagnóstico histológico, basado en los hallazgos detectados en las células plasmáticas del estroma endometrial. Esta afección puede deberse a infecciones (clamidias, tuberculosis, micoplasma), tumores o cuerpos extraños intrauterinos (DIU, mioma submucoso) y exposición a radiación. No se ha identificado la causa en aproximadamente un tercio de las pacientes afectadas. Las mujeres con endometritis crónica sintomática generalmente presentan hemorragias uterinas anómalas, que pueden oscilar desde la oligometrorragia intermenstrual y la hemorragia poscoital hasta la menorragia. Algunas pueden también presentar dolores vagos y cólicos en la parte inferior del abdomen, aunque la mayoría de ellas no tienen síntoma alguno. (1)

La endometritis crónica rara vez es la causa directa de una hemorragia anómala, aunque a menudo es una causa indirecta o contribuyente. Las células inflamatorias liberan enzimas proteolíticas que lesionan el plexo capilar subepitelial y el epitelio superficial, lo que provoca fragilidad y predisposición a las roturas y micro erosiones. Las proteasas también interfieren en los procesos de reparación y la formación de vasos nuevos. Además, los leucocitos y

macrófagos liberan factor activador de las plaquetas y prostaglandinas, que son potentes vasodilatadores. Los estudios histológicos sugieren que la endometritis crónica también contribuye a la hemorragia anómala relacionada con miomas submucosos, intramurales profundos y pólipos endometriales. (1)

La hemorragia anómala asociada a malformaciones arterio venosas también puede incluirse en esta sección. Aunque los esfuerzos de FIGO para simplificar y estandarizar la terminología utilizada para describir las anomalías menstruales es razonable y loable, la adopción de esta nueva nomenclatura ha sido lenta porque los términos tradicionales, aunque ambiguos, aún permanecen arraigados. (1)

Evaluación diagnóstica de la hemorragia uterina anómala

Los detalles de la anamnesis y los hallazgos de la exploración física reducen las posibilidades que deben considerarse seriamente, y definen el alcance y el contenido de la evaluación necesaria para establecer un diagnóstico. La anamnesis debe orientarse a la definición de cada una de las siguientes características: (1)

- a) Inicio de la menstruación anómala (peri menarquia, súbita, gradual).
Duración (normal o prolongada, uniforme o variable).
- b) Intervalo intermenstrual (número de días, regularidad).
- c) Volumen (intensa, leve o variable).
- d) Asociaciones temporales (poscoital, puerperal, después de tomar anticonceptivos orales, aumento o pérdida de peso).
- e) Síntomas asociados (síndrome premenstrual, dismenorrea, dispareunia, galactorrea, hirsutismo).
- f) Enfermedades sistémicas subyacentes (renales, hepáticas, hematopoyéticas, tiroideas).
- g) Fármacos (hormonas, anticoagulantes, antipsicóticos, antidepresivos, anticonvulsivantes)

En la mayoría de las mujeres con hemorragia anovuladora auténtica, la anamnesis menstrual puede determinar por sí sola el diagnóstico con la suficiente seguridad para poder

comenzar el tratamiento sin evaluación de laboratorio ni pruebas de imagen adicionales. La hemorragia menstrual infrecuente, irregular e imprevisible, que varía en cuanto a cantidad, duración y carácter, y no va precedida de una pauta identificable o uniforme de síntomas premenstruales, ni acompañada por alguna anomalía visible o palpable del aparato genital no es difícil de interpretar. Por el contrario, menstruaciones mensuales regulares que son abundantes y prolongadas son con más frecuencia relacionadas con lesiones anatómicas o con hemorragia anómala que con anovulación. Los pictogramas menstruales (ilustraciones de manchados de distintos tamaños en los productos higiénicos femeninos) medios precisos para cuantificar la hemorragia menstrual. Sin embargo, el enfoque más práctico es la anamnesis menstrual. Aunque sean datos subjetivos, el registro histórico del cambio de tampones o paños higiénicos a intervalos de menos de 3 h, el uso de más de 20 de ellos durante una sola menstruación, la necesidad de cambiar la protección durante la noche, el paso de coágulos de más de 25 mm, los periodos de más de 7 días y el diagnóstico de anemia indican una hemorragia menstrual demasiado intensa. Independientemente de la cantidad real de sangre, la hemorragia menstrual que interfiere con las actividades diarias o causa ansiedad y preocupación justifica una evaluación. (1)

Durante la exploración física, debe prestarse atención al bienestar general de la paciente. Los médicos deben estar atentos a los signos que podrían reflejar un trastorno subyacente como causa de disfunción ovulatoria, como signos de hiperandrogenismo características que sugieran un trastorno tiroideo o exceso de prolactina. El examen ginecológico debe evaluar sistemáticamente los posibles contribuyentes anatómicos de la HUA. Las fuentes extrauterinas de sangrado anómalo son la uretra (uretritis o carúnculas), la vejiga (infecciones de las vías urinarias, tumores malignos), la vagina (vaginitis y lesiones ulcerativas), el cuello uterino (ectropión, cervicitis, pólipos, lesiones focales), la vulva (traumatismos, lesiones cutáneas), y el ano y el recto (fisuras anales, hemorroides, enfermedad inflamatoria intestinal, tumores malignos). La exploración debe también definir el tamaño (normal o aumentado), el contorno (liso y simétrico o irregular), la consistencia (firme o blanda) y la sensibilidad del útero. (1)

Pruebas analíticas

Es prudente realizar un hemograma completo para descartar anemia y trombocitopenia en las mujeres con antecedentes de hemorragia anómala, especialmente cuando es intensa o prolongada. El perfil de hierro debe considerarse especialmente cuando la hemorragia es profusa. (1)

Muestreo endometrial

Una biopsia endometrial puede descartar una hiperplasia o una neoplasia maligna endometrial. La edad mayor de 35-40 años es un factor de riesgo conocido de enfermedad endometrial, y se cita ampliamente como una indicación de biopsia en las mujeres con hemorragia anómala. La hiperplasia y el cáncer endometriales se detectan con más frecuencia en las mujeres de edad avanzada que en las más jóvenes, si bien la duración de la exposición a una estimulación estrogénica sin oposición es el factor de riesgo más importante. (1)

En las mujeres premenopáusicas, la probabilidad de una histología endometrial anómala es relativamente alta (14 %) cuando la menstruación es irregular, pero muy baja (< 1 %) cuando los ciclos son regulares. Por tanto, la exposición prolongada al estrógeno sin oposición en la obesidad o en condiciones anovulatorias como el SPO también amerita una biopsia endometrial. Esta biopsia también debe realizarse en una mujer de cualquier edad que tenga HUA persistente a pesar de un tratamiento médico razonable. (1)

Estudios por imagen

La ecografía pélvica, preferiblemente por vía transvaginal, puede proporcionar información confiable sobre el tamaño y la ubicación de cualquier mioma uterino y despertar la sospecha

de enfermedad endometrial o adenomiosis como mecanismos para la hemorragia anómala. (1)

En las mujeres perimenopausicas y posmenopáusicas con hemorragia anómala, la biopsia endometrial suele considerarse innecesaria cuando el espesor endometrial es menor de 4 mm o 5 mm porque el riesgo de hiperplasia o cáncer endometrial es escaso. (1)

La histeroscopia es el método definitivo para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades intrauterinas sintomáticas, particularmente los miomas submucosos y pólipos endometriales; además, con los avances tecnológicos y una mejor amplificación, también se detectan los hallazgos histeroscópicos clásicos atribuibles a la adenomiosis y la endometritis crónica. (1)

Tratamiento de sangrado uterino según las causas

Pólipos endometriales

Cuando se identifican pólipos mediante ecografía transvaginal o sonohisterografía, la cirugía histeroscópica ofrece un remedio simple y altamente efectivo. En las mujeres premenopáusicas, los pólipos endometriales tienen una probabilidad de malignidad solo del 1.7 %, pero el riesgo aumenta si la paciente tiene HUA. Por tanto, en las pacientes con HUA-P, se recomienda la extirpación de los pólipos para abordar el síntoma de presentación y evaluar la posibilidad de malignidad. (1)

Adenomiosis

La adenomiosis sintomática puede ser particularmente retadora. No se han realizado aún estudios controlados o amplios sobre los tratamientos médicos o quirúrgicos limitados de la adenomiosis. En pacientes concretos, el tratamiento continuo con progestágenos, inhibición

mediante un agonista de la GnRH e inhibidores de la aromatasa puede ser eficaz, tal como lo es en pacientes con endometriosis. Cada vez existen más pruebas de que la inserción de un DIU-LNG puede ser eficaz para aliviar los síntomas de la menorragia y la dismenorrea en mujeres con adenomiosis. La cirugía tradicional puede ser un desafío técnico debido a que, a diferencia de la pseudo cápsula que rodea típicamente a los leiomiomas, no existe un plano de separación claro entre los nódulos adenomióticos y el miometrio normal. La embolización de la arteria uterina ha sido eficaz en algunos casos, pero no es adecuada para las mujeres que están todavía en edad de procrear. (1)

Leiomiomas

La naturaleza y gravedad de los síntomas; el tamaño, la localización y la multiplicidad de los miomas; y el deseo de fecundidad son relevantes para elegir el enfoque terapéutico de los miomas uterinos sintomáticos. En algunas mujeres, el tratamiento médico puede resultar útil para controlar la hemorragia anómala relacionada directamente con los miomas uterinos. Los anticonceptivos con estrógenos y progesterona pueden disminuir el volumen y la duración de la hemorragia del mismo modo que en las mujeres sin miomas; los efectos beneficiosos son menos probables en las mujeres con miomas submucosos. (1)

El tratamiento quirúrgico de la hemorragia anómala debida o agravada por los miomas uterinos debe individualizarse tras considerar el tamaño, el número y la localización de los miomas, los riesgos relativos, los efectos beneficiosos y las consecuencias de diferentes tratamientos quirúrgicos, la edad y el deseo de procreación futuro. En general, la miomectomía histeroscópica es una elección lógica para los miomas submucosos únicos y pequeños, independientemente de la edad y los futuros objetivos procreadores. La cirugía histeroscópica para los miomas submucosos extensos y múltiples precisa una mayor experiencia técnica y conlleva mayores riesgos, entre ellos esterilidad causada por importantes adherencias intrauterinas postoperatorias, una consideración importante en las mujeres que pretenden conservar su fecundidad. Debe explicarse a las pacientes que un abordaje histeroscópico para la resección de un fibroma submucoso grande o numerosos puede requerir una cirugía en varias etapas o en «dos pasos», si la visibilidad se ve comprometida por la escasa distensión de la cavidad por no poder alcanzar una cantidad

suficiente de líquidos antes de lograr la resección completa. Los miomas submucosos que se extienden profundamente en el miometrio (> 50 %) pueden tratarse mediante miomectomía histeroscópica subtotal, miomectomía abdominal o histerectomía, dependiendo de la habilidad quirúrgica y la necesidad de conservar la fecundidad. La histerectomía constituye sin lugar a dudas una opción en las mujeres con HUA. (1)

Hiperplasia endometrial

Debe considerarse la histerectomía en pacientes con hiperplasia endometrial persistente con atipias que no responde a los regímenes agresivos con progestinas. Las mujeres que pretenden conservar su potencial reproductor pueden recibir progestágenos, aunque se precisan tratamientos más potentes y de mayor duración (acetado de megestrol, 80 mg al día durante 3 a 6 meses) y resulta obligatoria la práctica de biopsias repetidas para controlar la respuesta y confirmar la resolución de la lesión. La inserción de un DIU-LNG es otra opción terapéutica eficaz; en realidad, múltiples estudios sugieren que es más efectivo que las progestinas orales, con una resolución más alta y tasas de recaída más bajas. La mayoría de las mujeres, aunque no todas, responderán al tratamiento médico. La mediana del tiempo de regresión es de aproximadamente 9 meses, y la persistencia de la enfermedad después de 7-9 meses de tratamiento anuncia que no dará resultado. Las lesiones resistentes en las mujeres que rechazan terminantemente la cirugía pueden requerir tratamientos con progestágenos de mayor potencia y duración más prolongada. La resistencia de las lesiones atípicas al tratamiento progestágeno no debe ser sorprendente, dado que la atipia nuclear refleja un grado de desdiferenciación celular. (1)

Trastornos de la coagulación

La desmopresina (DDAVP) es un análogo sintético de la arginina vasopresina que se ha utilizado para tratar la hemorragia uterina anómala en las mujeres con trastornos de la coagulación, en especial en caso de enfermedad de Von Willebrand. El fármaco promueve

la liberación del factor de Von Willebrand desde los puntos de almacenamiento de las células endoteliales y puede tener también otras acciones. La desmopresina puede administrarse por vía intravenosa, subcutánea o intranasal. (1)

El tratamiento provoca un aumento rápido del factor VIII de la coagulación y del factor de Von Willebrand que dura alrededor 6-12 h. (1)

El tratamiento antifibrinolítico es una alternativa a la desmopresina en las mujeres con menorragia a causa de la enfermedad de Von Willebrand. El ácido tranexámico impide la disolución de los coágulos, particularmente en las mucosas que tienen de forma natural una gran actividad fibrinolítica, como el endometrio. Los anticonceptivos basados en estrógenos y progestágenos o los DIU-LNG también ayudan a reducir el volumen y la duración de la menstruación en mujeres con la enfermedad de Von Willebrand. (1)

Endometritis crónica

Aunque no existe una etiología única que se haya identificado como un mecanismo para la endometritis crónica, se han sugerido una serie de etiologías infecciosas que incluyen bacterias intestinales, micoplasma, urea plasma, clamidia e incluso levadura. Si bien no hay consenso sobre la elección del régimen antimicrobiano ni sobre la duración del tratamiento, a nivel clínico se han utilizado una serie de regímenes empíricos. (1)

Otros tratamientos para hemorragia menstrual intensa

Anticonceptivos con estrógenos y progestágenos

Adicionalmente a su papel en las mujeres anovuladoras, los anticonceptivos con estrógenos y progestágenos pueden utilizarse para reducir la hemorragia menstrual en las mujeres ovuladoras con hemorragia menstrual intensa, independientemente de si la menorragia se asocia a una patología (miomas, adenomiosis) o no tiene causa aparente. En las mujeres

con menorragia idiopática, cabe suponer que los anticonceptivos con estrógenos y progestágenos disminuirán la hemorragia hasta en un 40 %. (1)

Tratamiento con un dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel

El DIU-LNG está disponible en múltiples modelos con diferentes dosis y velocidades de liberación de progestina, así como con diferentes tamaños y duración de la eficacia. El modelo mejor estudiado es el LNG 52/5, comercializado en Estados Unidos bajo el nombre comercial Mirena. Este tiene un reservorio que contiene 52 mg de levonorgestrel mezclado con polidimetilsiloxano, que controla la tasa de liberación hormonal. Como anticonceptivo, el dispositivo está aprobado para uso durante 5 años, pero dura 7 y quizá hasta 10 años.

La hemorragia en las mujeres con hemorragias menstruales intensas puede reducirse en un 75 %-95 % debido a la decidualización del endometrio inducida por los progestágenos. Los resultados de los estudios aleatorios realizados indican que el DIU Mirena reduce la hemorragia menstrual más que la administración cíclica de noretindrona (5 mg 3 veces al día, entre los días 5 y 26 del ciclo), de AINE o de ácido tranexámico, con una reducción próxima o incluso igual que la que se logra con una ablación endometrial. La satisfacción de las pacientes. El DIU-LNG es una opción con el DIU-LNG también se compara favorablemente con la de la ablación o la histerectomía atractiva para las mujeres ovuladoras con abundante hemorragia menstrual y para aquellas con hemorragia que no responde al tratamiento y que se asocia a enfermedades crónicas (insuficiencia renal). (1)

Agonistas de la gonadolibarina

El tratamiento con un agonista de la gonadolibarina (GnRHa) de acción prolongada puede producir alivio a corto plazo de un problema hemorrágico, y se ha utilizado con eficacia como complemento preoperatorio en mujeres en espera de cirugía conservadora (miomectomía, ablación endometrial) o definitiva (histerectomía) por una hemorragia anómala. (1)

En las mujeres con anemia intensa secundaria a menorragia, la amenorrea preoperatoria inducida por GnRHa puede proporcionar un alivio transitorio de la hemorragia, permitir que se normalicen las concentraciones de hemoglobina y disminuir la probabilidad de transfusión relacionada con la cirugía. El tratamiento con GnRHa también disminuye a menudo el tamaño de los miomas y la masa uterina global. En las mujeres con grandes miomas en espera de una histerectomía, el efecto puede aportar ventajas adicionales al permitir la cirugía vaginal cuando, de no ser así, podría haberse requerido una operación abdominal. Si bien puede obtenerse el mismo beneficio en las mujeres con planes de miomectomía (junto con una pequeña disminución en la pérdida de sangre intraoperatoria), la GnRHa puede disminuir el tamaño y la firmeza de los miomas, lo que dificulta su identificación y extracción. Esto puede empeorar la dificultad quirúrgica y aumentar la probabilidad de miomas persistentes después de la cirugía. Como método para adelgazar el endometrio antes de su ablación (particularmente usando un resectoscopio), el tratamiento con GnRHa mejora las condiciones y los resultados de la intervención quirúrgica. (1)

El tratamiento con GnRHa también es útil en el tratamiento de la hemorragia menstrual anómala que puede aparecer tras un trasplante de órganos, donde la toxicidad de los inmunodepresores hace menos deseable el uso de esteroides sexuales. Sin embargo, el coste y los efectos secundarios derivados de la carencia de estrógenos (sofocos, depleción mineral ósea) hacen que la GnRHa sea una estrategia poco atractiva a largo plazo para tratar la hemorragia anómala. (1)

Antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas

Recientemente se aprobó la formulación oral de un antagonista de GnRH en Estados Unidos (Elagolix) para el tratamiento del dolor moderado a intenso asociado con la endometriosis, pero también ofrece un beneficio potencial para el tratamiento de la hemorragia uterina abundante relacionado con los miomas uterinos. (1)

Moduladores selectivos del receptor de progesterona

Esta clase de fármacos incluye mifepristona y acetato de ulipristal (UPA), que en la última década se ha convertido en una estrategia eficaz contra la hemorragia menstrual abundante relacionada con los miomas uterinos. Los moduladores selectivos del receptor de progesterona (MSRP) son altamente efectivos para mejorar la pérdida menstrual relacionada con miomas y la calidad de vida relacionada con la salud. En estudios clínicos, las dosis repetidas de UPA redujeron el volumen medio de los miomas en un 45 %, y casi el 90 % de las pacientes informaron una reducción significativa en el sangrado menstrual. Sin embargo, el uso a largo plazo de MSRP se ha asociado con efectos endometriales únicos descritos como cambios endometriales asociados a los moduladores del receptor de progesterona, que se consideran benignos y reversibles. (1)

Ablación endometrial

La hemorragia persistente a pesar del tratamiento resulta frustrante y preocupante. Los miomas y pólipos suelen poder eliminarse, y la hemorragia anómala mejora o desaparece. 'La histerectomía es una elección adecuada en algunos casos, aunque muchas pacientes prefieren evitar una operación importante si es posible y otras presentan afecciones que no las hacen candidatas adecuadas para la cirugía mayor. La ablación endometrial es otra opción cada vez más popular para tratar la menorragia idiopática cuando los tratamientos médicos se rechazan, fracasan o se toleran mal. Se ha desarrollado una amplia variedad de métodos de ablación endometrial. El primer método descrito fue la foto vaporización histeroscópica con láser Nd:YAG (neodimio: itrio-aluminio-granate), hace casi más de 40 años. Poco tiempo después, se desarrollaron técnicas menos costosas con instrumentos electro quirúrgicos (asa resectoscópica, bola rodante) varios estudios clínicos aleatorizados controlados se ha comparado la ablación electro quirúrgica histeroscópica del endometrio con la histerectomía como tratamiento quirúrgico de la hemorragia menstrual intensa. En general, la histerectomía conlleva un tiempo quirúrgico y de recuperación más prolongado, un mayor riesgo de complicaciones y un mayor gasto, aunque proporciona una solución

permanente, y la necesidad de nuevo tratamiento de muchas mujeres tras la ablación reduce la diferencia de costes con el transcurso del tiempo. Los índices de satisfacción son elevados con ambas intervenciones. (1)

4.0 TABLA #1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Objetivo general	Variable	Concepto	Indicadores	Escala	Pregunta
Identificar el perfil epidemiológico y clínico de la hemorragia uterina anormal en el Hospital Nacional San Juan De Dios de San Miguel, en el periodo comprendido de enero 2020 hasta junio de 2022	Perfil epidemiológico de pacientes en la perimenopausia con hemorragia uterina anormal	Perfil epidemiológico: Características epidemiológicas relacionadas a los casos de pacientes con hemorragia uterina anormal.	Procedencia. Paridad Inicio de relaciones sexuales. Lactancia materna Parejas sexuales.	-Rural -Urbana -Nulípara -Multípara -Temprano: 12- 25 años -Tardía: 26- 35 años 1.Si 2. No - 0	1. Cuál es la procedencia de la usuaria: 2. Número de hijos 3. Edad a la cual inicio relaciones sexuales 4. Brindo lactancia materna

	<p>Perfil clínico de las pacientes perimenopausicas que presentan hemorragia uterina anormal.</p>	<p>Perfil clínico: Características clínicas que presenten las pacientes con hemorragia uterina anormal.</p>	<p>Tabaquismo.</p> <p>Método de planificación familiar</p> <p>Citología cervical</p> <p>Enfermedades de transmisión sexual</p>	<p>- 1</p> <p>- 2</p> <p>- >3</p> <p>-Si</p> <p>-No</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>-Si</p> <p>-No</p> <p>Si</p>	<p>5. Número de parejas sexuales.</p> <p>6. La paciente fuma:</p> <p>7. Ha utilizado método de planificación familiar.</p> <p>8. Se ha realizado la citología.</p>
--	---	---	--	--	--

			Enfermedades crónicas no transmisibles	No	9. La paciente ha padecido enfermedades de transmisión sexual
				-Si	10. La paciente padece de una enfermedad crónica no transmisible.
			Estado nutricional.	-No	
				1.Normal	11. Estado nutricional
				2. Sobrepeso	
				3.Grado 1	
				4.Grado 2	
				5.Grado 3	

			<p>Ciclos menstruales</p> <p>Sangrado menstrual</p> <p>Menarquia</p>	<p>1.Si</p> <p>2.no</p>	<p>12.Los ciclos son regulares.</p> <p>13.Duración del sangrado menstrual.</p> <p>14.A que edad presento la primera menstruación</p>
--	--	--	--	-------------------------	--

5.0 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Tipo de investigación

Cuantitativo: el análisis de la problemática fue a través de estadística

Descriptivo: Se describen las características epidemiológicas y clínicas de la mujer perimenopausicas con hemorragia uterina anormal

Transversal: porque se realizó la medición en un tiempo determinado de enero de 2020 a junio 2022

Retrospectivo: ya que registra la información recolectada de expedientes durante un periodo comprendido entre de enero 2020 a junio 2022

5.2 Población y muestra.

5.2.1 Población

La población se integró por pacientes perimenopausicas que consultan en el área de emergencia de Ginecología en el Hospital San Juan de Dios en el año 2020: 54 pacientes, en el año 2021: 88 y en el año 2022 29, el cálculo del tamaño de la muestra será finita

Tabla No. 2

Años	Número de casos.
2020	43
2021	70
2022	25
Total	133

Fuente: Datos SIMMOW, 30 de junio del 2022.

5.2.2 Muestra

El tipo de muestra será cuantitativo probabilístico, aleatorio simple, el cual fue obtenido por método de Excel

CALCULO PARA EL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$\text{FORMULA : } n = \frac{N (Z)^2 (P) (q)}{(N-1) (LE)^2 + (Z)^2 (P) (q)}$$

DONDE:

n = Muestra

N = Población (171)

Z = Nivel de significancia (1.96).

P = Probabilidad de éxito (0.5).

q = Probabilidad de fracaso (0.5).

LE = Margen de error (0.05).

SUSTITUYENDO:

$$n = \frac{133 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(171-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{133 (3.84) (0.5) (0.5)}{(132) (0.0025) + (3.84) (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{133(3.84) (0.25)}{(132) (0.0025) + (3.84) (0.25)}$$

$$n = \frac{133 (0.96)}{0.3325 + 0.96}$$
$$n = \frac{127.68}{1.25} = 102.14$$

Valor de muestra: # expedientes clínicos = 102

5.3 Criterios de inclusión y exclusión de los sujetos de investigación.

Criterios de inclusión:

- Pacientes ambulatorias que consulten en la unidad de emergencia con diagnóstico de hemorragia uterina anormal
- Pacientes ingresadas en el área de ginecología de emergencia
- Que consulten en el Hospital Nacional San Juan de Dios en el periodo comprendido de enero 2020 y diciembre 2022.
- Paciente en el periodo peri menopaúsica

Criterios de Exclusión:

- Pacientes referidas con diagnóstico de hemorragia uterina anormal
 - Mujeres en periodo de posmenopáusico
 - Pacientes con hemorragia secundaria a patología cervical diagnosticada por colposcopia previa
- Usuarías que consultan al HNSJD SM, cotizando ISBM

5.4 Técnica de recolección de la información

La información recolectada fue proporcionada por el área de archivo, se seleccionaron los expedientes que conformaron la muestra a estudiar, haciendo uso del listado de pacientes perimenopausicas que consultaron por hemorragia uterina anormal en el área de emergencia del Hospital Nacional San Juan de Dios en el periodo comprendido de enero 2020 a junio 2022.

La información se recolecto en el área de archivo haciendo uso del instrumento del estudio el cual es la lista de chequeo, la información fue recolectada por los médicos investigadores.

5.5 Consideraciones éticas.

El estudio será presentado al comité de ética del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel para su debida evaluación y autorización

Principio de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial(8)

Principio 6: La finalidad del estudio es comprender las causas, evolución y efectos de las hemorragias uterina anormal, lo cual permitirá crear intervenciones para su tratamiento.(8)

Principio 7: El estudio se regirá por un margen ético que buscará respetar los derechos de los participantes de la investigación. (8)

Principio 8: La investigación generara conocimientos que servirán en la intervención de la hemorragia uterina anormal, pero asegurara el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. (8)

Principio 12: La investigación se realizará por médicos del área de Ginecología y Obstetricia, lo que facilitará la comprensión de la información obtenida en el estudio de la hemorragia uterina anormal en pacientes perimenopausicas (8)

Principio 22: El proyecto y el método de la investigación se describirán claramente en el protocolo de investigación. (8)

Principio 23: El protocolo de la investigación se entregará para consideración, comentario, y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio, posteriormente este otorgará la autorización correspondiente. (8)

Principio: 24: Para el proceso de recolección y análisis de resultados se generarán precauciones que buscarán resguardar la información procedente de la persona que participa en la investigación. (8)

Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, elaborada el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2016. (9)

Pauta 3: Distribución equitativa de beneficios y cargas en la selección de individuos y grupos de participantes en una investigación: Los beneficios que se generan con la investigación serán de forma colectiva ya que a todos se les beneficiará de igual forma con la generación de intervenciones en la hemorragia uterina anormal, la selección será guiada por los

criterios de elección de muestra que están relacionados con el enfoque de la investigación. (9)

Pauta 8: Asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y la revisión de la investigación: Se realizará la entrega del protocolo de investigación para revisión y aprobación de la realización de la investigación. (9)

Pauta 10: Modificaciones y dispensas del consentimiento informado: Debido a que la fuente de información será documental es decir por expedientes clínicos se omitirá el consentimiento informado. (9)

Pauta 12: Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud: La recolección será dirigida por una lista de chequeo que contendrá las características que se buscarán en el expediente clínico, su almacenamiento y análisis se realizara mediante el uso de sistemas operativos resguardando la privacidad de los mismos. (9)

Pauta 18: Las mujeres como participantes en una investigación: La investigación tendrá como grupo de participantes solamente a mujeres perimenopausicas con hemorragia uterina anormal (9)

Pauta 23: Requisitos para establecer comités de ética de la investigación y para la revisión de protocolos: El protocoló contendrá los métodos, técnicas y lineamientos éticos que se utilizarán en la investigación, los cuales serán revisados para generación de observaciones de mejoramiento de la investigación y posteriormente la aprobación de la realización de la investigación en el centro hospitalario. (9)

Pauta 24: Rendición pública de cuentas sobre la investigación relacionada con la salud: después de haber finalizado la investigación se expondrán los resultados obtenidos como también la población de su respectivo artículo científico. (9)

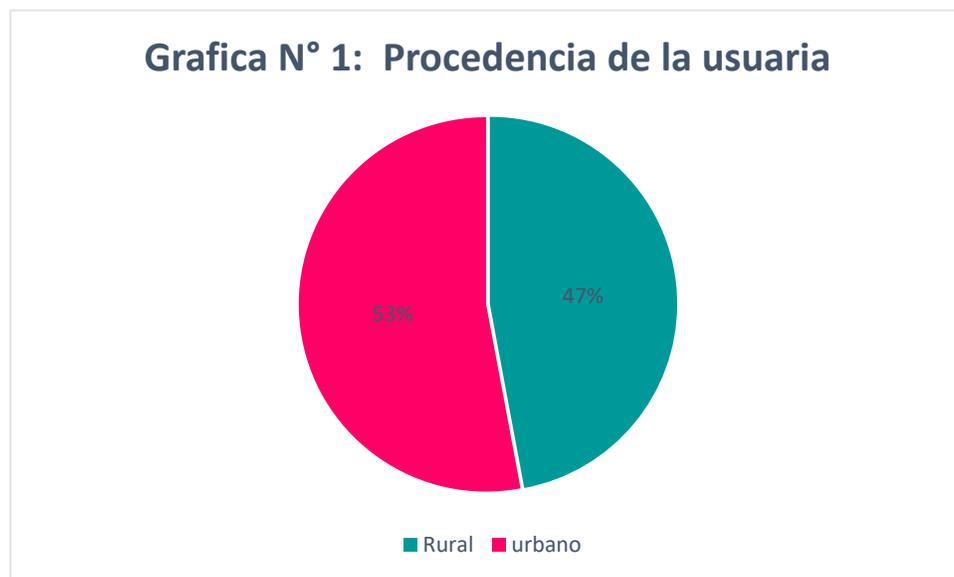
Pauta 25: Conflictos de intereses: Los investigadores no están influenciados por algún interés o beneficio secundario que no sea los descritos anteriormente. (9)

6.0 RESULTADOS.

Tabla 3. Procedencia de la usuaria

Rural	48	47%
Urbano	54	53%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla N° 3

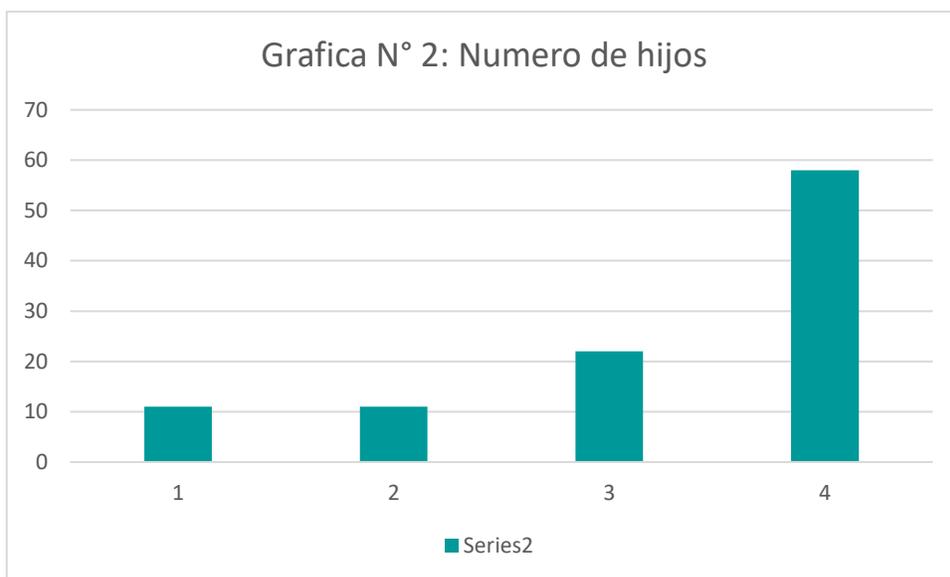
Análisis: el total de la población fue 102 expedientes encuestados, el 53% corresponde a la zona urbana y el 47% corresponde a la zona rural.

Interpretación: La mayor población des estudio corresponde a la zona urbana en un 53 %.

Tabla No 4. Número de hijos

0	11	11%
1	11	11%
2	22	21
>3	58	57%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla No. 4

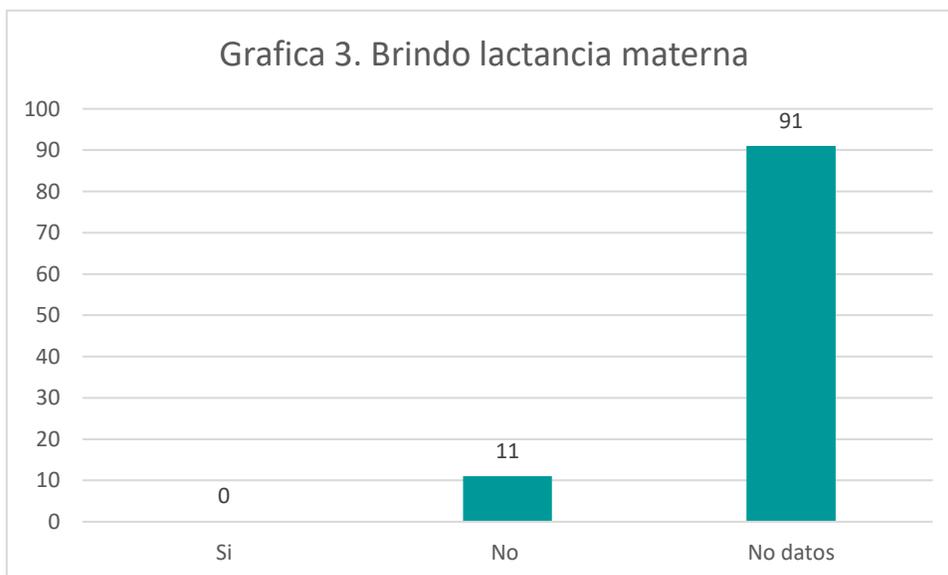
Análisis: de los 102 expedientes revisados la multiparidad corresponde al mayor porcentaje en un 58 %

Interpretación: En relación con la hemorragia uterina anormal la multiparidad en la paciente peri menopaúsica corresponde el mayor porcentaje en un 57% en segundo lugar en las pacientes que tuvieron 2 hijos, en tercer lugar, con igual porcentaje las pacientes que tuvieron 1 hijo y nulíparas.

Tabla No 5. Brindo lactancia materna

Si	0	0%
No	11	11%
No datos	91	89%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla No. 5

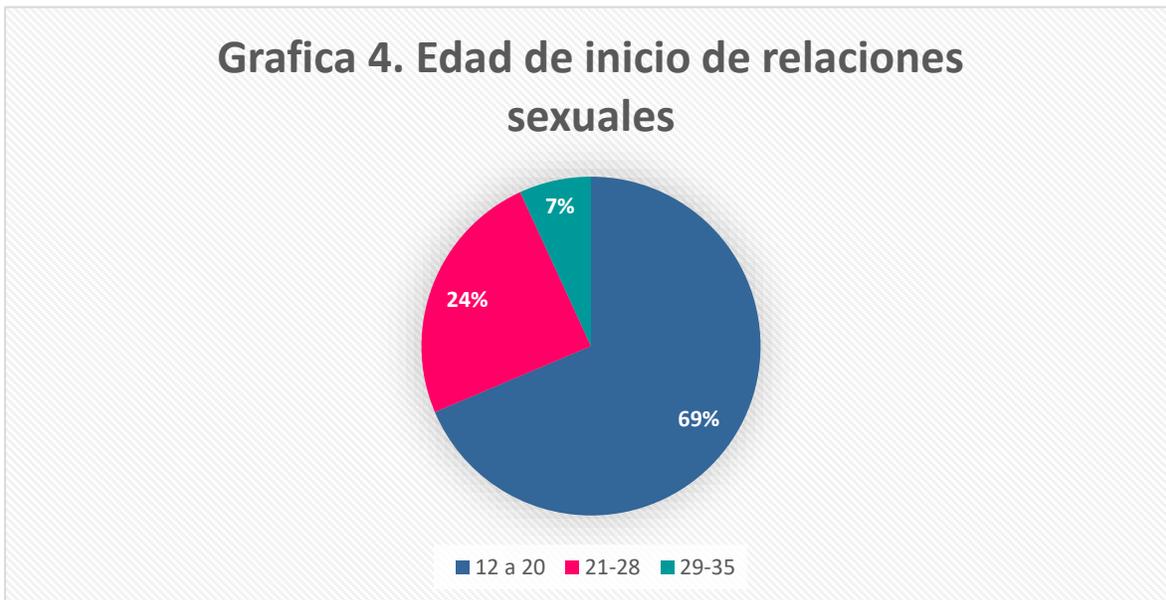
Análisis: de los 102 expedientes encuestados el mayor porcentaje corresponde a no datos en un 91%

Interpretación: en los expedientes encuestados no se encuentran datos si brindo lactancia materna, y solo el 11 % de los expedientes se tiene información que no se brindó lactancia materna ya que corresponde a las pacientes nuligestas.

Tabla No. 6. Edad de inicio relaciones sexuales

12-20	70	69%
21-28	25	24%
29-35	7	7%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla 6

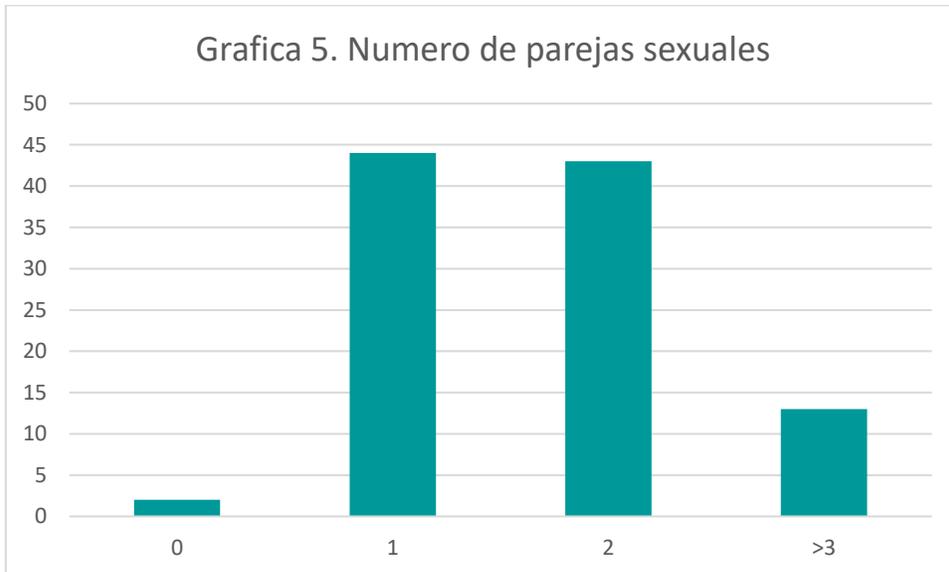
Análisis: de los 102 expedientes revisados el inicio de relaciones sexuales el primer lugar corresponde al rango 12-20 años, en segundo lugar, al rango de 21-28, años y en tercer lugar corresponde al rango entre 29-35 años

Interpretación: se observa que el mayor porcentaje de los expedientes revisados inician relaciones sexuales en edad temprana

Tabla No. 7. Número de parejas sexuales

0	2	2%
1	44	43%
2	43	42%
>3	13	13%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla 7

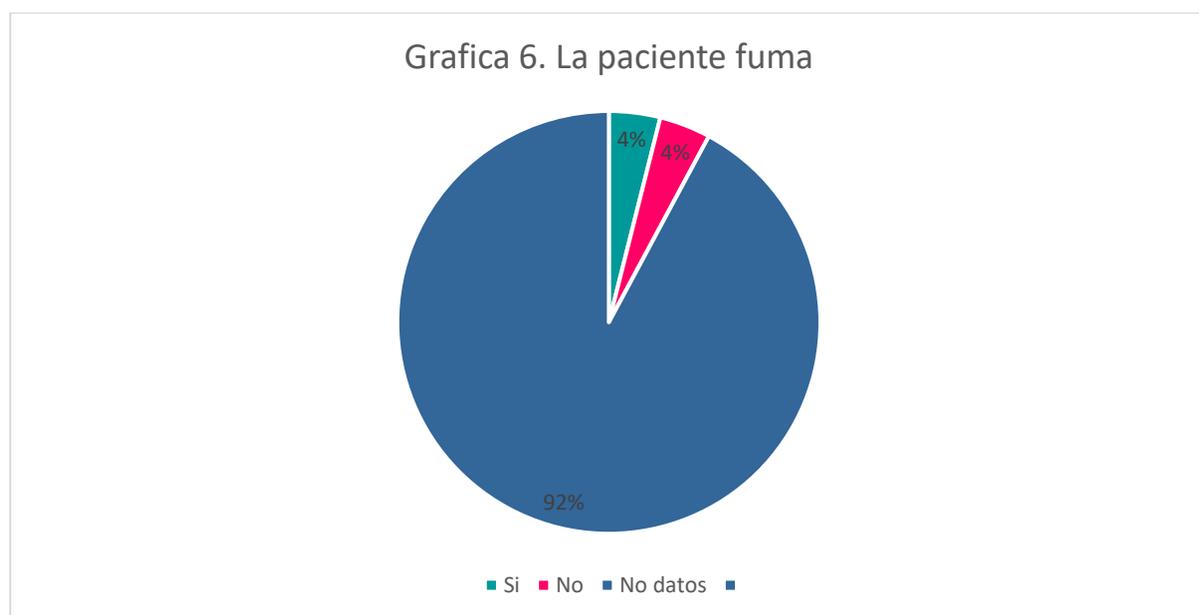
Análisis: de los 102 expedientes revisados se encuentra en primer lugar las pacientes que solo han tenido una pareja sexual en segundo lugar las que te han tenido 2 parejas sexuales en tercer lugar las que tenido más de 3 parejas y en último lugar las que nunca tuvieron relaciones sexuales.

Interpretación: en este estudio realizado la mayor cantidad pacientes corresponden aquellas que han tenido entre 1-2 parejas sexuales.

Tabla No. 8 La paciente fuma

Si	4	4%
No	4	4%
No datos	94	92%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla 8

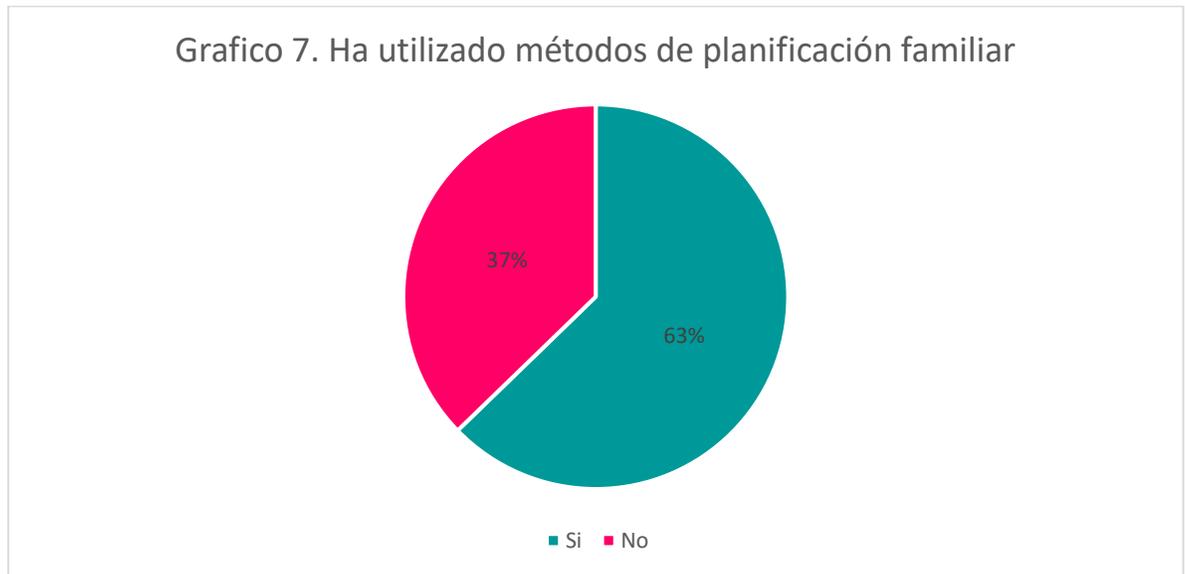
Análisis: de los 102 expedientes revisados el primer lugar corresponde 92 % no se encuentran datos, en segundo lugar, se encuentran en igual porcentaje aquellas pacientes que fuman y las que no fuman.

Interpretación: No se ahondan sobre datos de factores de riesgo relacionados con la patología de la paciente peri menopaúsica en este caso el tabaquismo como desencadenante de la hemorragia uterina anormal, ya que la mayoría de la población se desconoce dicho dato

Tabla No 9. Ha utilizado métodos de planificación familiar

Si	64	63%
No	38	37%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla 9

Análisis: de los 102 expedientes revisados, el primer lugar corresponde en un 63% a aquellas que si han utilizado anticonceptivos y en segundo lugar a aquellas pacientes que nunca han utilizado método de planificación familiar

Interpretación: Se observa que la mayoría de las pacientes que consultaron por HUA usaron algún método conceptual.

Tabla No. 10 . Se ha realizado la citología cervical

Si	92	90%
No	10	10%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla 10

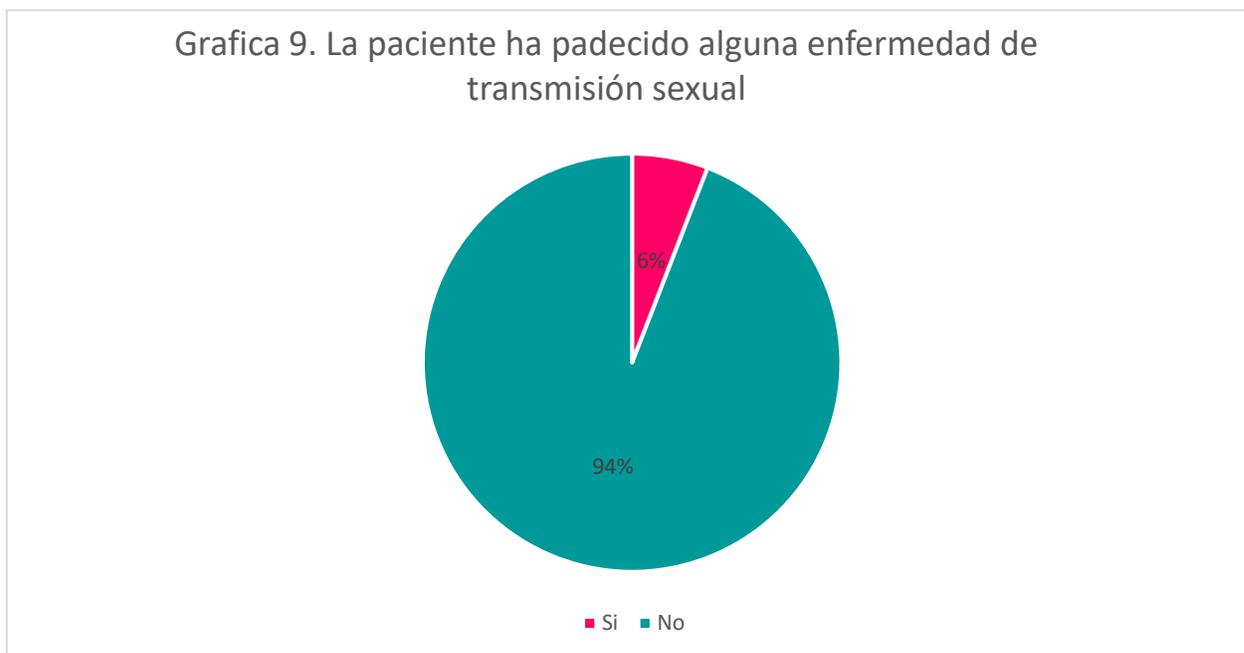
Análisis: de los 102 expedientes revisados el primer lugar corresponde aquellas pacientes que se realizaron citología cervical en 92% y 10% las que no se ha realizado citología cervical.

Interpretación: la mayoría de las pacientes que presentaron hemorragia uterina anormal el 92% se había realizado su citología de tamizaje.

Tabla No. 11. ¿La paciente ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual?

Si	6	6%
No	96	94%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla 11

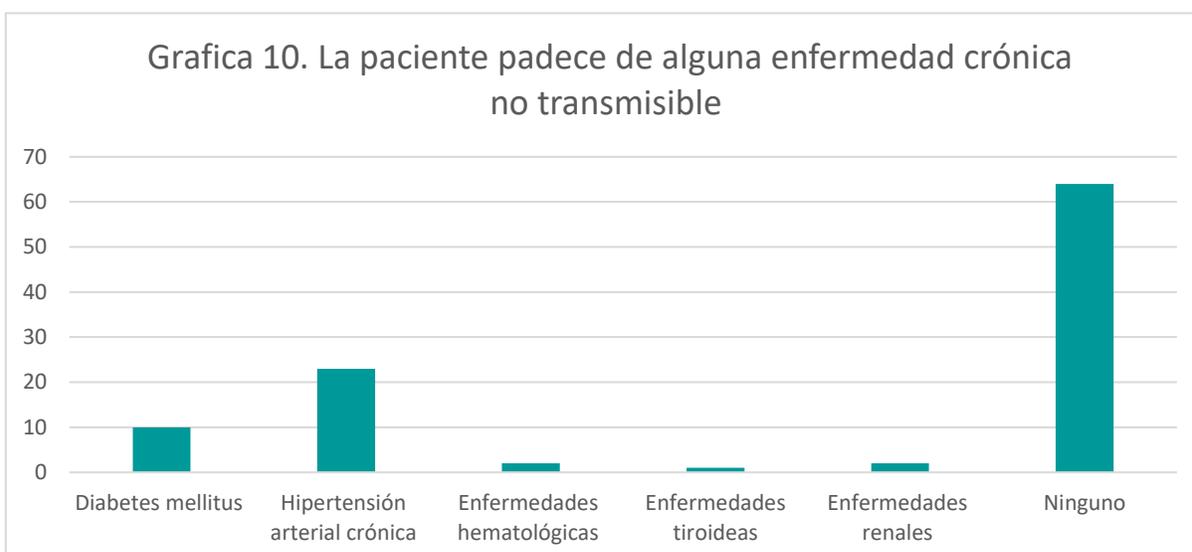
Análisis: de los 102 expedientes revisados en primer lugar corresponde aquellas que no han padecido enfermedad de transmisión sexual en un 94% en segundo lugar en un 6% que si han presentado enfermedades de trasmisión sexual.

Interpretación: de las pacientes que presentaron hemorragia uterina anormal la mayoría de estas nunca han presentado enfermedades de transmisión sexual.

Tabla No.12 ¿La paciente padece de alguna enfermedad crónica no transmisible?

Diabetes mellitus	10	10%
Hipertensión arterial crónica	23	22%
Enfermedades hematológicas	2	2%
Enfermedades tiroideas	1	1%
Enfermedades renales	2	2%
Ninguno	64	63%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla 12

Análisis: de los 102 expedientes revisados en primer lugar ninguna paciente presenta enfermedades crónicas no transmisibles, en segundo lugar, se encuentra la hipertensión arterial crónica, en tercer lugar, la diabetes mellitus en cuarto lugar en igual porcentaje las enfermedades hematológicas y enfermedades renales y en último lugar se encuentran las enfermedades tiroideas.

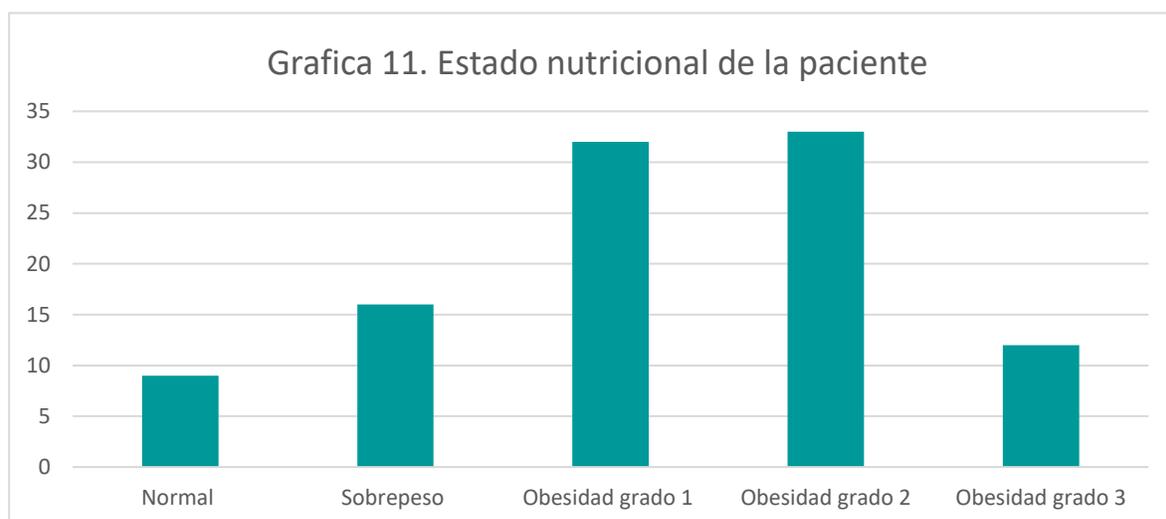
Interpretación: en 1° lugar no se ha detectado alguna enfermedad crónica no transmisible en aquellas pacientes que consultaron con HUA, en 2° lugar la hipertensión arterial crónica se encuentra relacionada en gran medida con los desencadenantes de la

hemorragia uterina anormal en un 23%, la diabetes mellitus se encuentra en segundo lugar en 10%.

Tabla No. 13. Estado nutricional de la paciente

Normal	9	9%
Sobrepeso	16	16%
Obesidad grado 1	32	31%
Obesidad grado 2	33	32%
Obesidad grado 3	12	12%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla 13

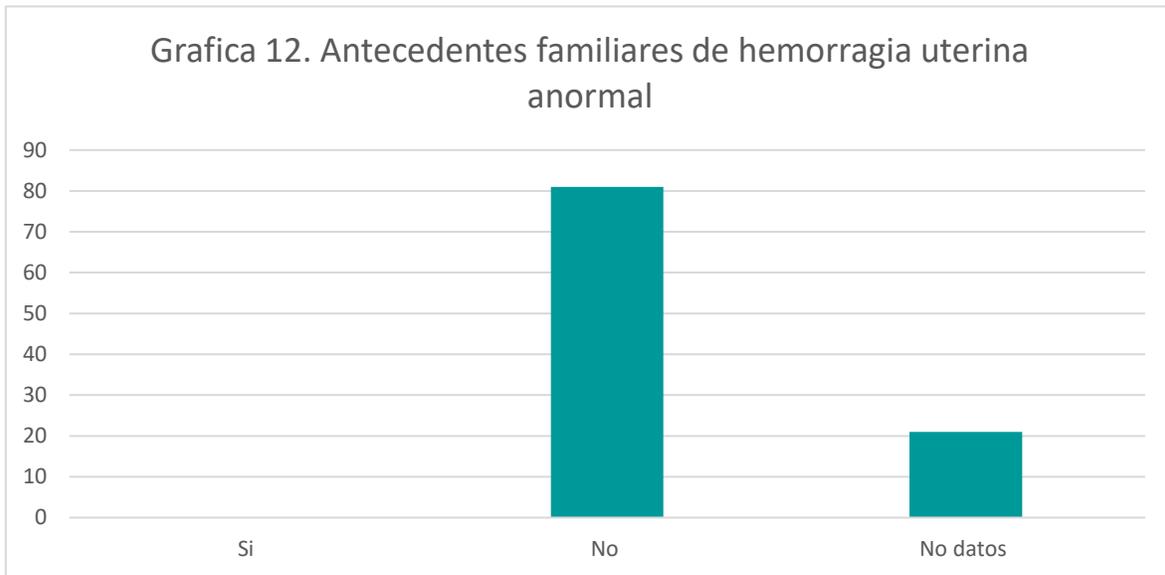
Análisis: de los 102 pacientes revisados en primer lugar se encuentran las que presentan obesidad tipo 1, en segundo lugar, presentan obesidad tipo 2, en tercer lugar, las pacientes presentaron sobrepeso, en cuarto lugar, obesidad grado 3 y en último lugar no tenían alteración en su estado nutricional.

Interpretación: de las pacientes que presentaron hemorragia uterina anormal el rango de IMC de la población estudiada ronda en obesidad grado 2 en un 33%, seguida de la obesidad grado 1.

Tabla No. 14. Antecedentes familiares de hemorragia uterina anormal

Si	0	0%
No	81	79%
No datos	21	21%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla 14

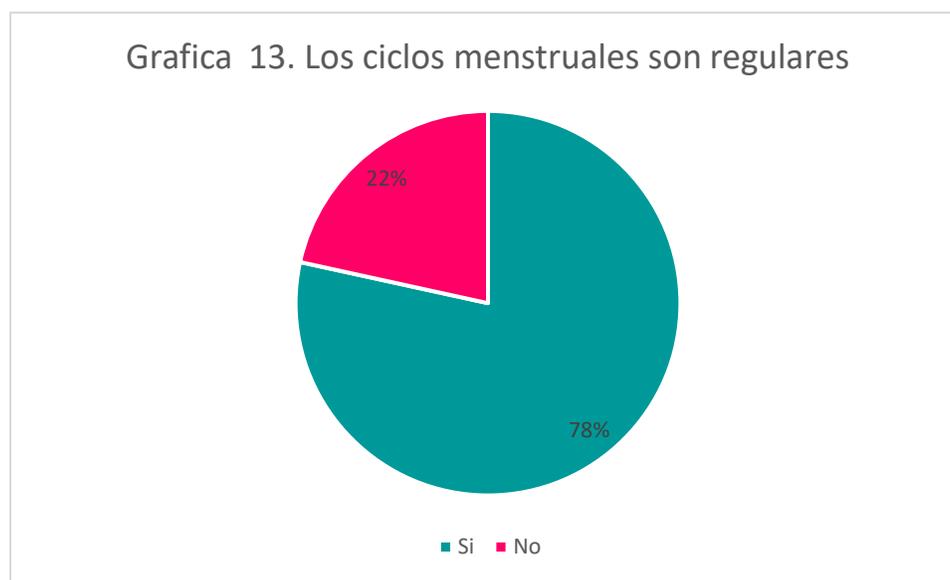
Análisis: de los 102 expedientes revisados el 79% no tienen antecedentes familiares de hemorragia uterina anormal, seguida del 21% que no se encontró dato de hemorragia uterina anormal.

Interpretación: de las pacientes que consultaron por hemorragia uterina anormal la mayoría no tiene ningún antecedente familiar de HUA.

Tabla No 15. Los ciclos menstruales son regulares

Si	80	78%
No	22	22%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla 15

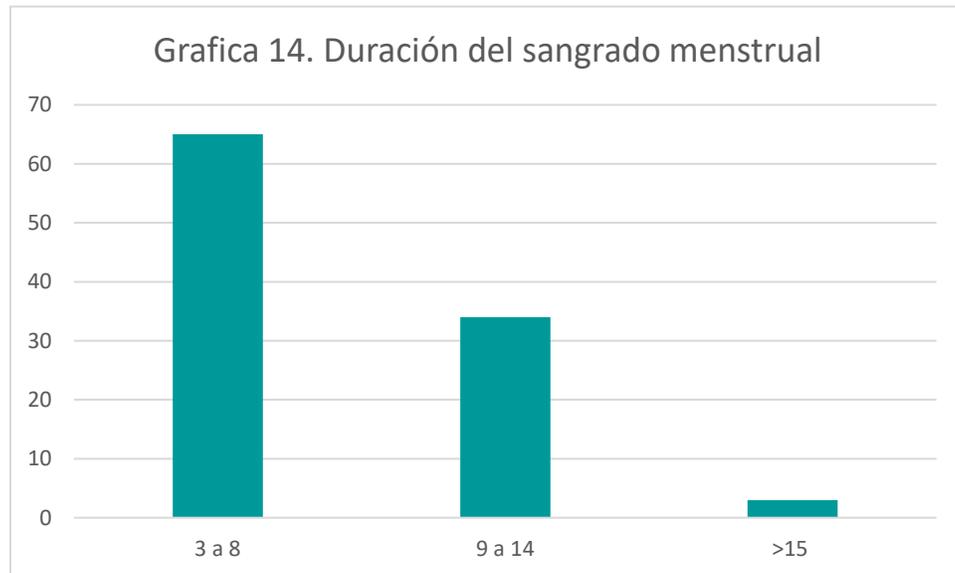
Análisis: de los 102 expedientes revisados el 78% representa aquellas mujeres con ciclos menstruales regulares mientras que el 22% representaba ciclos menstruales irregulares.

Interpretación: de las pacientes que consultaron con hemorragia uterina anormal la mayoría presentó ciclos menstruales regulares.

Tabla No. 16. Duración del sangrado menstrual

3-8	65	64%
9-14	34	33%
>15	3	3%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla 16

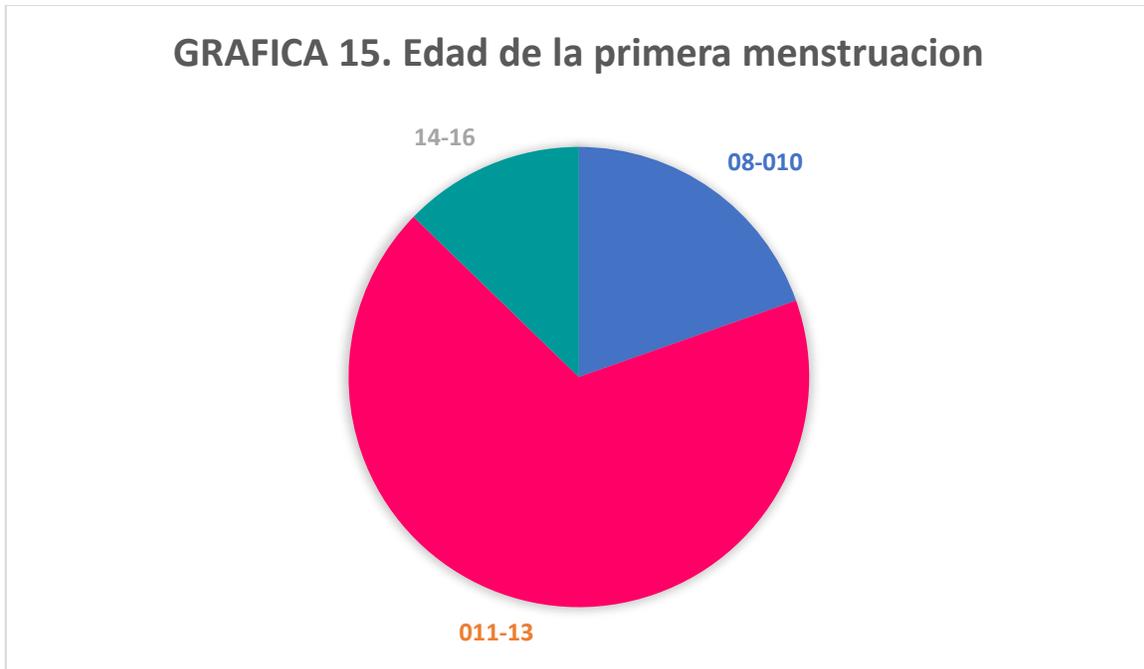
Análisis: de los 102 expedientes estudiados el 64% representa el rango de 3-8 días en cuanto a duración del periodo menstrual, mientras que, en segundo lugar, se representa con un 33% el rango de 9-14 días y en último lugar con 3% más de 15 días.

Interpretación: de las pacientes que consultaron con hemorragia uterina anormal la duración del sangrado menstrual corresponde de 3-8 días como rango normal.

Tabla No 17. A qué edad presento la primera menstruación

8-10	20	19%
11-13	69	68%
14-16	13	13%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla 17

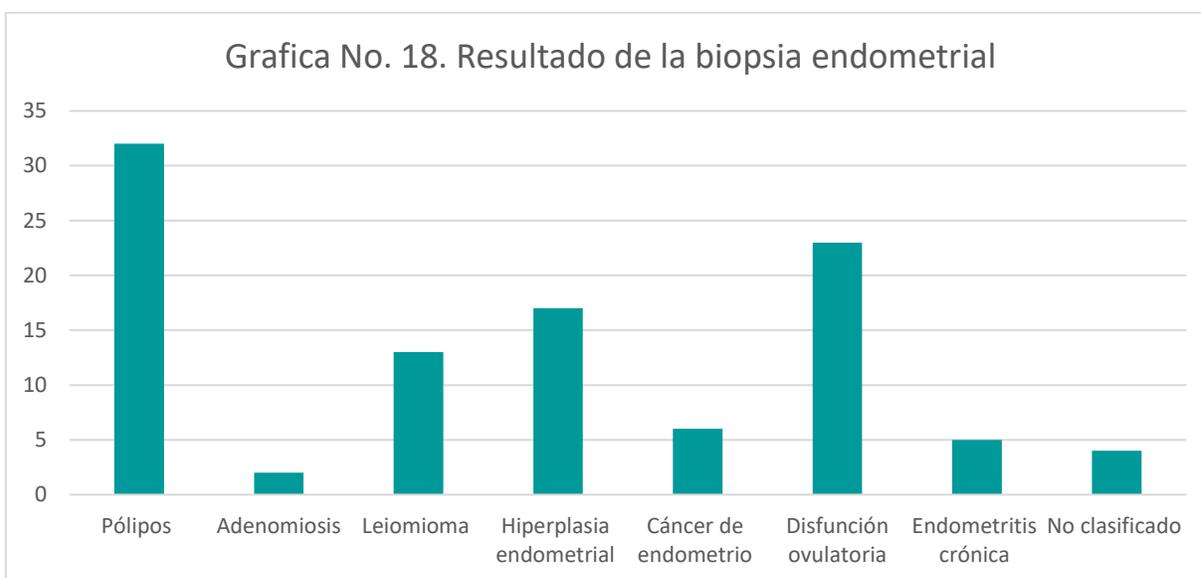
Análisis: de los 102 expedientes revisados el primer lugar con una 68% se encuentran las pacientes que presentaron la menarquia en un rango de 11-13 años, en segundo lugar, aquellas que se presentó en un rango de edad de 8- 10 años y en último lugar aquellas que tuvieron la menarquia entre 14-16.

Interpretación: de las mujeres que presentaron hemorragia uterina anormal la mayoría presento la menarquia en edades con patrón normal, pero en 2º lugar la corresponde a la menarquia temprana lo cual corresponde a factor de riesgo por mayor exposición a estrógenos

Tabla No. 18. Resultado de la biopsia endometrial

Pólipos endometriales	32	31%
Adenomiosis	2	2%
Leiomioma	13	13%
Hiperplasia endometrial	17	16%
Cáncer de endometrio	6	6%
Disfunción ovulatoria	23	23%
Endometritis crónica	5	5%
No clasificado	4	4%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla 18

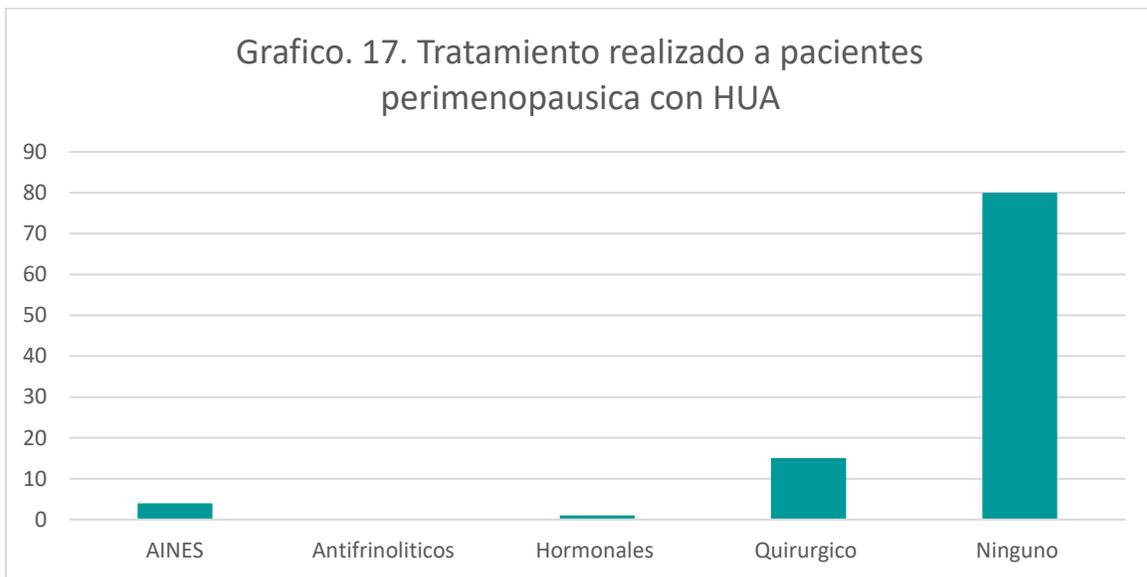
Análisis: de los 102 expedientes revisados el mayor porcentaje con un 31% es representado por los pólipos endometriales, en segundo lugar, por disfunción ovulatoria con un 23%, con un 16% la hiperplasia endometrial, en un 13% los leiomiomas, en un 6% cáncer de endometrio, en un 5% endometritis crónica y en un 4% no clasificado.

Interpretación: de las pacientes que consultaron con hemorragia uterina anormal el diagnostico histopatológico más frecuente corresponde a los pólipos endometriales, seguida de la disfunción ovulatoria.

Tabla No. 19. Tratamiento realizado en la paciente peri menopaúsica con HUA

AINES	4	4%
Antifibrinoliticos	0	0%
Hormonales	1	1%
Quirúrgico	15	15%
Ninguno	82	80%
Total	102	100%

Fuente: Instrumento de investigación



Fuente: Tabla 17

Análisis: de los 102 expedientes revisados el primer lugar corresponde al 80% con ningún tratamiento, en segundo lugar, con 15% recibieron tratamiento quirúrgico, en tercer lugar, con un 4% recibieron AINES, en cuarto lugar, con 0% fueron los antifibrinolíticos.

Interpretación: de las pacientes que llegaron a consultar por hemorragia uterina anormal la mayoría de las pacientes no recibió ningún tratamiento médico ni quirúrgico, mientras que solo el 15% recibió tratamiento quirúrgico.

7.0 Conclusiones.

1. La mayoría de las pacientes representa el 53% de la población, provenientes del área urbana.
2. Los factores de riesgo principales en nuestra investigación están asociados a la multiparidad e inicio de menarquia temprana.
3. Uno de los factores de riesgo que obtuvo un porcentaje significativo con un 69% fue el inicio temprano de relaciones sexuales, al igual caso que aquellas mujeres que nunca tuvieron una pareja sexual el cual fue el 2% de estas, presento casos de hemorragia uterina anormal; en cuanto al número de hijos las mujeres multíparas tienen mayor riesgo de presentar dicha enfermedad
4. En cuanto a la lactancia materna y si la paciente es tabaquista no se obtuvieron datos de la historia clínica por lo que no se concluye si son factores de riesgo para ello.
5. Con un 65% observamos que el utilizar método de planificación familiar es un factor de riesgo para presentar hemorragia uterina anormal.
6. De las enfermedades no transmisibles la que frecuentemente está asociada a HUA es la hipertensión arterial crónica en un 22%, seguido de la diabetes mellitus en un 10%.
7. Uno de los factores de riesgo para que la paciente peri menopaúsica presente hemorragia uterina anormal es la obesidad ya que se observó que la mayoría presenta un IMC > 30.
8. El hallazgo histopatológico más frecuente fue pólipos endometriales en un 31%, disfunción ovulatoria en un 23% seguido de hiperplasia endometrial en un 16% de la población.

9. En la mayoría de los expedientes revisados se verifico que las pacientes no recibían ningún tratamiento en un 80% de los casos, mientras que solo el 15% se les realizo tratamiento quirúrgico.

8.0 Recomendaciones

1. Indagar en las historias clínicas sobre si la paciente brindó lactancia materna y sus hábitos de tabaquismo para tener una historia clínica completa.
2. Recomendar a la paciente peri menopáusicas sobre los buenos hábitos alimenticios y ejercicios físicos para reducir el índice de masa corporal ya que se observó que la mayoría de las mujeres tienen tendencia a la obesidad.
3. Se sugiere a los médicos que dan seguimiento a las pacientes con hemorragia uterina anormal proporcionar un tratamiento individualizado a cada paciente, así como también leer bibliografía más actualizada sobre el tratamiento.

9.0 ANEXOS

Anexo 1: Hoja de recolección de datos

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO: Identificar el perfil epidemiológico y clínico de hemorragia uterina anormal en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel en el periodo comprendido de enero 2020 a junio del 2022

Código:

Fecha:

Pregunta	Escala	Respuesta
1. Cuál es la procedencia de la usuaria:	1. Rural 2. Urbano	
2. Número de hijos	1. 0 2. 1 3. 2 4. >3	
3. Brindo lactancia materna	1. Si 2. No 3. No dato	
4. Edad que inicio relaciones sexuales	1. 12-20 2. 21-28 3. 29-35	
5. Número de parejas sexuales	1. 0 2. 1 3. 2 4. >3	
6. La paciente fuma	1. Si	

	2. No	
7. Ha utilizado métodos de PF	1. Si 2. No	
8. Se ha realizado la citología cervical	1. Si 2. No	
9. La paciente ha padecido ETS	1. Si 2. No	
10. La paciente padece de alguna enfermedad crónica no transmisible	1. Diabetes Mellitus. 2. HTAC. 3. Enfermedades Hematológicas. 4. Enfermedades Tiroideas. 5. Enfermedades Renales. 6. Ninguna	
11. Estado nutricional	1. Normal 2. Sobrepeso 3. Obesidad grado 1 4. Obesidad grado 2 5. Obesidad grado 3	
12. Antecedentes familiares de hemorragia uterina anormal	1. Si 2. No 3. No dato	
13. Los Ciclos menstruales son regulares	1. Si 2. No	
14. Duración de sangrado menstrual	1. 3-8 2. 9-14 3. >15	
15. A qué edad presento la primera menstruación	1. 8- 10 2. 11-13 3. 14-16	

16.Resultado de la biopsia endometrial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pólipos 2. Adenomiosis 3. Leiomioma 4. Hiperplasia endometrial 5. Cáncer de Endometrio 6. Disfunción ovulatoria 7. Endometritis crónica 8. No clasificado 	
17. Tratamiento realizado en la paciente perimenopausicas con HUA	<ol style="list-style-type: none"> 1. AINES 2. Antifibrinolíticos 3. Hormonales 4. Quirúrgico 5. Ninguno 	

Integrante del grupo que recopilo la información:

Anexo 2: Referencias bibliográficas.

1. Speroff HS, Taylor H, Pal L, Seli E. Endocrinología ginecológica clínica y esterilidad. 9ª edición. [MBBS, MS.], 2021, Capítulo 1.
2. Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecología y Reproductiva, Pérez Lana B, Demayo S, Monastero AA, Giannoni LC, Notting M. Manual clínico de endocrinología y ginecología reproductiva. [Ciudad autónoma de Buenos Aires]; 2020. Capítulo 5: Hemorragia Uterina Anormal
3. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. Williams Ginecologia. 3ª edición. En: Novak J, Berek JS, editores. [Ciudad de Mexico: McGraw Hill Medica]; 2017. Capítulo 8: Sangrado uterino anormal.
4. Berek JS. Ginecología de Novak. 16ª edición. 2012. Capítulo 14.
5. Ministerio de Salud (MINSAL). Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia. San Salvador. 2012
6. Blair AR. Gynecologic Cancers. En: [Pübmed]. [Elsevier]; 2009. Páginas 115-130.
7. Breijer M. Diagnostic Strategies for Postmenopausal Bleeding. Obstetrics and Gynecology International. 2012.
8. Organización Panamericana de la Salud, Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Ginebra: CIOMS; 2016.
9. Asociación Médica Mundial (WMA). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. Fecha de acceso: 22 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
10. Solano Rodríguez JM. Caracterización clínica de pacientes postmenopáusicas con hemorragia uterina anormal y obesidad atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer de enero a diciembre de 2018.

Anexo 3: Presupuesto.

Cantidad	Concepto	Precio unitario	Precio total
300	Fotocopias	\$0.03	\$9.00
10	Lapiceros	\$0.18	\$1.80
10	Lápices	\$0.12	\$1.20
20	Fólderes	\$0.28	\$5.60
500	Impresiones	\$0.18	\$90.00
5	Anillado	\$3.00	\$15.00
3	Empastados	\$18.00	\$54.00
	Servicio de internet		\$50.00
2	Alimentación	\$200.00	\$400.00
	10% Imprevistos	626.60	\$62.66
TOTAL, DE PRESUPUESTO			\$689.26

Anexo 4: cronograma de actividades

MESES 2022	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
ACTIVIDADES																																												
Elaboración del perfil de investigación	X	X	x	x																																								
Entrega de perfil de investigación					x																																							
Elaboración del protocolo de investigación						x	x	x	x	x	x	x																																
Entrega de protocolo de investigación													x	x																														
Revisión del protocolo por el CEI																					x																							
Ejecución de la investigación																																												
Tabulación, análisis e interpretación de datos																																												
Redacción del informe final																																												

