

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN – MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE  
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

TEMA:

ABORDAJE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE LAS PACIENTES INGRESADAS EN EL SERVICIO DE  
GINECOLOGIA POR SANGRADO UTERINO ANORMAL DE ENERO A DICIEMBRE 2012.

AUTOR:

DRA. LESBIA RUTH DELGADO BOJORGE.  
MEDICO Y CIRUJANO.

TUTOR:

DRA. ROSIBEL JUAREZ PONCE  
MB GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
HBCR

MANAGUA, Marzo, 2013



## **DEDICATORIA**

A mis padres por brindarme todo su amor y apoyo incondicional.

A mis hermanos por su ánimo, apoyo y compañía en todas las etapas de mi vida.

A mi pequeña Camila Fernanda por su amor sincero.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, luz y guía que me permitió cumplir esta meta

A mi familia, mis padres, hermanos y todos los que han contribuido de manera especial en mi formación.

A los médicos de base del hospital Bertha Calderón en especial a mis profesores principales y médicos de base con los que hice turno, con mención especial a Dra. Rosibel Juárez Ponce, Dr. José de los Ángeles Méndez y Dr. Camilo Uriel Pravia, gracias por todas sus enseñanzas.

A mi grupo de turno “clave A” muchos de ellos buenos amigos a los que he considerado mi segunda familia.

A todo el personal que me acompañó durante estos cuatro años técnicos de anestesia y quirúrgicos, personal de enfermería

A todos muchas gracias.

## OPINION DEL TUTOR

El sangrado uterino anormal es la segunda causa más frecuente de la consulta ginecológica, esta puede interferir física, social y emocionalmente en la vida de la mujer en la vida de la mujer y repercutir en su calidad de vida.

Es un problema común y su manejo puede ser complejo, sobre todo si no existen pautas o criterios para su abordaje correcto.

Considero que mediante este estudio sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico de las pacientes ingresadas en el servicio de ginecología por sangrado uterino anormal nos aportara una valiosa información, adecuada y científica para el beneficio del personal médico y para las pacientes de este centro.

---

**Dra. Rosibel Juárez Ponce**  
MB Ginecología y Obstetricia  
HBCR

## RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, realizado en el servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante 1 año. Se eligió una muestra no probabilística por conveniencia de 159 pacientes; con el objetivo de conocer el abordaje diagnóstico y terapéutico de las pacientes ingresadas por hemorragia uterina anormal. La mayoría de las pacientes eran perimenopáusicas, de procedencia urbana. Las patologías asociadas con mayor frecuencia fueron la obesidad en un 59 % y la hipertensión en un 44 % de los casos.

La duración del sangrado en la mayor parte de las pacientes fue de 15 a 30 días en el 72 %, y 47 % de estas pacientes presentó sangrado moderado, se presentaron cambios hemodinámicos en 21% de las pacientes, 29 % de las pacientes amerito transfusión sanguínea. Los medios diagnósticos más utilizados fueron el legrado uterino en un 88 % y el ultrasonido pélvico en 75%, el hallazgo ultrasonográfico más frecuente fue el engrosamiento endometrial en el 55% de los casos.

El pólipo endometrial se presentó como el hallazgo más frecuente en el 42 % de las pacientes, otros motivos de sangrado encontrados fueron miomatosis uterina, hiperplasia endometrial, endometritis, En un tercio de las pacientes no se determinó el diagnóstico al momento del estudio por encontrarse las muestras en proceso.

Los AINES en un 92% y los anticonceptivos orales combinados en el 44% de los casos fueron los fármacos más utilizados, un cuarto de las pacientes fue manejado con legrado con fines hemostáticos. La mayoría de las pacientes presentó remisión del sangrado con tratamiento hormonal, de las pacientes con persistencia del sangrado un buen porcentaje se le realizó legrado con fin diagnóstico y hemostático.

## INDICE.

I.	Introducción.	Pag.1
II.	Antecedentes.	Pág. 3
III.	Justificación	Pág. 5
IV.	Planteamiento del Problema.	Pág. 6
V.	Objetivos.	Pág.7
VI.	Marco Teórico.	Pág.8
VII.	Diseño Metodológico.	Pág.21
VIII.	Resultados.	Pág.25
IX.	Discusión de los Resultados.	Pág.28
X.	Conclusiones.	Pág.32
XI.	Recomendaciones.	Pág.33
XII.	Bibliografía.	Pág.34
XIII.	Anexos.	Pág.37

## INTRODUCCION

El ciclo menstrual normal tiene una duración de 28 días  $\pm$  7 días, con un flujo menstrual de una duración de 4 días  $\pm$  2 días y una pérdida promedio de 40  $\pm$  20 ml. Siendo que un 90% de las mujeres presentan sangrados menstruales menores a 80 ml.<sup>1</sup> La Hemorragia Uterina Anormal (HUA); es definida como cualquier sangrado que difiere del patrón menstrual en frecuencia, duración y cantidad.<sup>2</sup>

El sangrado uterino anormal incluye el sangrado uterino disfuncional y el sangrado por otras causas estructurales. El sangrado disfuncional puede ser ovulatorio o anovulatorio. Las causas estructurales incluyen los miomas, los pólipos, el carcinoma de endometrio y las complicaciones del embarazo. El sangrado anormal también puede ser el resultado de métodos anticonceptivos.<sup>3</sup>

La prevalencia de SUA es el 30 %, y ocasiona el 20 % de las consultas y el 25 % de todas las cirugías ginecológicas, 65 % de las histerectomías y 100% de las ablaciones endometriales.<sup>2</sup>

En el Reino Unido 1 de 20 mujeres de 30 años consulta a su médico general cada año por episodios de menorragias y 1 de cada 5 mujeres se le realizara histerectomía antes de los 60 años, siendo el 50 % debido a sangrado uterino anormal. En total se estima que la mitad de estas mujeres presentan úteros normales.<sup>1</sup>

En esta patología además del abordaje de la anemia y sus consecuencias, deben tomarse en cuenta las alteraciones sociales, profesionales, sexuales, temores de sufrir enfermedades ginecológicas malignas e implicaciones económicas de la paciente.<sup>2</sup>

El sangrado uterino anormal es un problema común y su manejo puede ser complejo. Es frecuente que los médicos no puedan identificar la causa del sangrado anormal. Su manejo puede comprender muchas decisiones relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento, las

cuales se toman en forma simultánea y sin contar con la ayuda de guías basadas en la evidencia.<sup>3</sup>

Existen en la actualidad múltiples estudios con recomendaciones **A,B ,C** basados en evidencia medica, que llaman a realizar un enfoque integral del manejo, por este motivo es pertinente conocer el abordaje diagnóstico y terapéutico en las pacientes que acuden a esta unidad para determinar si esta apegado a los lineamientos internacionales.



## ANTECEDENTES

En México, COMEGO. 2008, estima que aproximadamente 10 millones de mujeres sufren hemorragia uterina y anualmente solo 6 millones buscan atención médica; aproximadamente 6 a 10 % de las mujeres con hemorragia uterina tienen hiperandrogenismo con anovulación crónica.<sup>23</sup>

En 1992 en el "H.E.O.D.R.A", se realizó un estudio sobre Comportamiento clínico y los hallazgos histopatológicos de la HUA, se encontró una incidencia del 12 %; y se realizó legrado uterino al 92 % de las pacientes. Los hallazgos histopatológicos más frecuentes fueron: endometrio proliferativo, endometrio mixto e hiperplasia endometrial.<sup>4</sup>

En el Hospital "Dr. Oscar D. Rosales A". Pérez, en "Comportamiento clínico y los hallazgos histopatológicos del sangrado uterino anormal", encontró una incidencia de 12%. Al 92% de las pacientes se le realizó legrado uterino. Los hallazgos histopatológicos más frecuentes fueron: endometrio proliferativo, endometrio mixto e hiperplasia endometrial.

2005, en HEODRA, Guerrero reporta en su estudio de correlación clínica y biopsia endometrial que el hallazgo más frecuente fue pólipos endometriales en un 31 %(16).

En 1998, Zapata, Wilson y Balladares, "Comportamiento y manejo del SUA": Estudiaron 528 pacientes; en el 95 % de las pacientes se indicó legrado uterino, el resultado histopatológicos fue la hiperplasia endometrial en el 30 % de los casos y trastorno disfuncional en el 52 %.<sup>5</sup>

Bonilla en el 2001, "Abordaje del Sangrado Uterino Anormal": concluyó que a 80 % de pacientes se les practicó legrado uterino, en un 66 % no se identificó una posible causa del trastorno hemorrágico, y de éstos casos en el 57 % sólo se utilizó la historia clínica como método diagnóstico.<sup>6</sup>

En el 2003, Hospital Bertha Calderón, Abordaje del Sangrado Uterino Anormal: Se concluye que el 57 % de las pacientes eran perimenopáusicas, el 62% tenían miomas uterinos y en el 59 % de los hallazgos histopatológicos fueron alteraciones estructurales endometriales por trastornos hormonales. Un 25 % de las pacientes recibió tratamiento hormonal previo.<sup>7</sup>

2010, Hospital Bertha Calderón, Guardado, reporta en su estudio de correlación clínica e histopatología de sangrado uterino que los pólipos endometriales fueron el hallazgo más frecuente en un 51 %.(17)

## JUSTIFICACION

El sangrado uterino anormal es una entidad muy frecuente dentro de los trastornos ginecológicos y una de los principales motivos de ingreso hospitalario, la ausencia de guías o protocolos internos para el abordaje de esta patología hace que el diagnóstico y tratamiento sea más complejo, lo que conlleva a que se trate empíricamente a las pacientes sin determinar la etiología del sangrado, siendo inadecuado el manejo de las pacientes en la mayoría de los casos.

Es por lo tanto muy importante realizar este tipo de estudio ya que sirve de base o referencia para la realización de normas o protocolos para el manejo de esta patología.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el abordaje diagnóstico y terapéutico de las pacientes ingresadas por hemorragia uterina anormal al servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, Enero – diciembre 2012?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer el abordaje diagnóstico y terapéutico de las pacientes ingresadas en el servicio de ginecología HBCR por hemorragia uterina anormal durante el periodo a estudio.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar las características demográficas, antecedentes patológicos y ginecológicos de la población a estudio.
2. Describir el cuadro clínico y los medios diagnósticos utilizados
3. Enumerar las causas de sangrado uterino anormal de las pacientes estudiadas.
4. Identificar el abordaje terapéutico de las pacientes a estudio.
5. Describir la evolución clínica de la paciente posterior al egreso.

## MARCO TEORICO

El Sangrado Uterino Anormal, es aquel que difiere del patrón menstrual en cantidad, duración y periodicidad, o cuando ocurre en una época inexplicable de la vida, es decir, antes de la menarquía o después de la menopausia.<sup>8</sup>

La evaluación de una paciente que consulta por hemorragia uterina anormal, se inicia identificando su procedencia (vulva, vagina, cérvix o cuerpo uterino), y descartando un origen extra genital (origen digestivo o urinario), y posteriormente se procede siempre a descartar causas relacionadas con el embarazo y sus complicaciones.<sup>8</sup>

Debe tenerse siempre presente que la frecuencia de las distintas causas de sangrado, varía según la edad de la paciente. En términos generales se considera que:<sup>8,9</sup>

- Un 25% de los sangrados uterinos anormales corresponden a causas Orgánicas.
- Un 75% son de origen disfuncional.
- El 50% de los sangrados uterinos se presentan en mujeres mayores de 45 años, 30% entre los 20 a 44 años, 19% en adolescentes y 1% en premenárquicas.

Se distinguen dos tipos fundamentales de hemorragias uterinas anormales: Cíclicas y Acíclicas.<sup>8</sup>

Hemorragias Cíclicas:<sup>8,9</sup> Las hemorragias uterinas cíclicas comprenden las pérdidas sanguíneas que ocurren coincidiendo con la menstruación de la mujer y que se diferencian de aquélla por su duración, intensidad o ambas. Se distinguen dos grupos de acuerdo al ciclo por exceso y por defecto.

## 1. Por exceso

- Hipermenorreas o menorragias: Pérdidas sanguíneas excesivas en cantidad (superior a – 80 ml) o duración (más de 7 días) o ambas, que ocurren con intervalos normales.
- Proiomenorrea: Hemorragias con intervalos excesivamente cortos y duración.
- Polimenorragia: Hemorragias con intervalos excesivamente frecuentes y cuya intensidad y duración son igualmente excesivas.
- Polimenorrea: Hemorragia de gran duración; intensidad y ritmo normales.

## 2. Por defecto:

- Opsomenorrea: Intervalos o ciclos largos, con duración e intensidad normal.
- Oligomenorrea: Hemorragia de escasa duración, pero intensidad y ritmo normal.
- Hipomenorrea: Hemorragia de escasa intensidad, pero ritmo y duración normal.

Hemorragias Acíclicas: <sup>11,12</sup> Las hemorragias acíclicas aparecen de forma irregular y, como su nombre indica, no guardan relación con la pérdida menstrual normal. Se incluyen:

- Metrorragias: Hemorragia irregular o continua, de intensidad variable, que hacen perder el carácter cíclico de la hemorragia menstrual normal.

- Hemorragias intermenstruales: Pérdidas sanguíneas que aparecen entre menstruaciones normales.
- Menometrorragias: Es la asociación de menorragia y metrorragia.

Cuando el Sangrado uterino anormal no puede ser atribuida a una causa anatómica orgánica, enfermedad o lesión sistémica, es referida frecuentes, menores de 21 días (periodo libre de hemorragia inferior a 18 días).

El problema es que las hemorragias vaginales presentan una gran variedad de posibilidades diagnósticas. El médico que atiende a una enferma con hemorragia no sabe de inmediato que no hay ovulación y se debe conducir de manera lógica con una valoración que lleve hasta el diagnóstico correcto.<sup>15</sup>

Las causas son muchas y con frecuencia no se buscan, así que esta alteración se trata de una forma inadecuada. La prevalencia es el 30 %, a tal punto que ocasiona el 20 % de las consultas y el 25 % de todas las cirugías ginecológicas. El Sangrado uterino anormal puede ser causado por desordenes del útero, alteración hormonal y embarazo, esto ayuda a ver cada área separadamente.<sup>13</sup>

#### ANAMNESIS<sup>13, 14, 16</sup>

- Edad

Adolescencia: Los primeros años tras la menarquía son frecuentes los ciclos anovulatorios por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario.



Fase reproductiva: La causa más frecuente de anovulación es el síndrome de ovario poliquístico y la obesidad, pero también por alteraciones en la función del cuerpo amarillo, existencia de quistes funcionales, etc.

Perimenopausia: Se altera la sensibilidad a las gonadotropinas (ciclos que se alargan y terminan en hemorragias excesivas).

La edad de la paciente puede ser utilizada para estratificar la frecuencia de las causas, la evaluación del laboratorio y el tratamiento de la SUA. Aunque las principales causas se encuentran en mujeres de cualquier edad, la etiología más diversa se relaciona con las pacientes en edad reproductiva, con mayor probabilidad de una variedad de patología endometrial. El diagnóstico específico depende de si la paciente es premenopáusica, perimenopáusica o postmenopáusica.<sup>11, 13</sup>

- Descartar hábitos tóxicos (por ej.: alcoholismo).
- Descartar iatrogenia (medicamentos hormonales o tratamientos anticoagulantes).

#### EXPLORACIÓN CLÍNICA<sup>10, 11, 12, 13,15</sup>

El objetivo es descartar patología orgánica (lesiones a nivel vulvar, vaginal, cervical, pólipos, miomas, tumoraciones pélvicas, DIU, etc.).

La exploración general debe ser lo más completo posible sin olvidar que una hemorragia genital puede ser manifestación de una enfermedad sistémica por ejemplo; trastorno de la coagulación, tumor hipotalámico o hipofisario, o enfermedades de la glándula suprarrenal o del tiroides.

El examen pélvico se dirige inicialmente a identificar el origen de la hemorragia, examinar los órganos genitales externos en busca de traumatismos labiales,

varicosidades y otros signos de inflamación o neoplasia, inspeccionar detalladamente el recto y el meato urinario externo. En vagina se buscan traumatismos, cuerpo extraño, neoplasia, adenosis o infecciones, lesiones del cérvix.

La palpación se realiza en busca de agrandamiento o irregularidades uterinas relacionadas con leiomiomas, hipersensibilidad y el engrosamiento bilateral de los anexos reflejan enfermedad inflamatoria pélvica crónica, en caso de ser unilateral sugiere una neoplasia ovárica.

Por último el tacto rectovaginal que permitirá no sólo detectar una lesión rectal como origen del sangrado, sino que también realizar el examen completo de la parte posterior de la pelvis y el fondo de saco rectovaginal donde las irregularidades a este nivel o engrosamientos del ligamento útero sacro indican endometriosis o neoplasias pélvicas.

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.<sup>10, 11,12, 13,15</sup>

- Test de embarazo.
- Citología si no la tiene reciente.
- Cultivo de flujo si se sospecha infección.
- Hemograma: debe pedirse siempre para valorar la gravedad del cuadro, y la existencia o no de discrasias sanguíneas.
- Estudio de coagulación.
- Pruebas de función hepática.
- Ecografía (USG), para valorar las características del endometrio, existencia de miomas, quistes, etc.
- Otras pruebas (microlegrado, legrado, estudio hormonal, histeroscopia).
- La biopsia endometrial debe ser considerada en mujeres premenopáusicas con SUA cuando es mayor de 35 años o de menor edad con factores de riesgo para cáncer

endometrial: obesidad, anovulación crónica, historia de cáncer de mama, uso de tamoxifeno, antecedente familiar de cáncer endometrial, ovario, mama y colon.

En las mujeres postmenopáusicas con hemorragia uterina anormal, en ausencia de terapia de reemplazo estrogénica, la biopsia endometrial es uno de los exámenes básicos de laboratorio a enviar.

La biopsia es la técnica estándar para el monitoreo endometrial y proporciona una muestra adecuada para el diagnóstico de los problemas endometriales en el 90 al 100% de los casos. Pero su uso sin el concurso de técnicas de imagen, tiene el riesgo potencial de no diagnosticar lesiones focales como pólipos y miomas submucosos o hiperplasias focales.

Otro de los métodos primordiales es el ultrasonido, preferiblemente transvaginal, es la prueba diagnóstica de elección en el estudio inicial de la SUA, inocuo, barato, extremadamente bien tolerado, precisa un mínimo entrenamiento y tiene una alta sensibilidad en el diagnóstico de las anomalías uterinas.

El reporte de un engrosamiento endometrial menor o igual a 4 mm excluye una anomalía a este nivel en el 95 % de las posmenopáusicas con una especificidad del 100% y una tasa de falsos negativos para detectar cáncer endometrial de 0.25 a 0.5 %. Esto se compara favorablemente con la tasa de falsos negativos reportado para la biopsia endometrial.<sup>17</sup>

En la postmenopáusicas cuando el engrosamiento endometrial es igual o menor de 4 mm la biopsia endometrial está justificada solamente cuando se asocia a hemorragias persistentes y/o factores de riesgo para desarrollar cáncer endometrial.

El uso del ultrasonido transvaginal podría ser más restringido en las hemorragias uterina durante la premenopausia ya que no existen criterios bien definidos en la medición del engrosamiento endometrial, aunque si se indicara en la fase proliferativa del ciclo menstrual eliminaría los falsos negativos que tiende a producir el endometrio en la etapa secretoria debido a la imagen hiperecodensa que refleja.<sup>18</sup>

En la actualidad, la sonohisterografía aumenta la sensibilidad del ultrasonido transvaginal permitiendo un estudio de la cavidad uterina de forma fácil, rápida y barata, con una magnífica tolerancia por la paciente y sin complicaciones.

El examen consiste en administrar de 5 a 10 ml de solución fisiológica estéril dentro de la cavidad endometrial por medio de un catéter de inseminación o sonda foley pediátrica número ocho con balón inflado, durante la ecografía transvaginal, se hace un mapeo excelente de la cavidad endometrial, permitiendo la detección de lesiones focales que de otra forma se hubieran visto como engrosamientos inespecíficos del endometrio en la ecografía transvaginal convencional.<sup>17</sup>

El ultrasonido pélvico puede ser considerado para descartar lesiones estructurales tales como fibroide en mujeres con menorragia y en quienes la biopsia endometrial y exámenes de laboratorio son normales.<sup>19</sup>

Estas dos pruebas antes mencionadas no tienen que ser realizada en cada mujer premenopáusica con menorragia antes que la terapia médica sea iniciada. Es más útil buscando lesiones estructurales en pacientes con examen pélvico anormal o en quienes la biopsia endometrial fue negativa.

La histerosalpingografía es un método bien conocido para el estudio de la patología uterina. Sin embargo, no está exento de efectos indeseables y su valor como método diagnóstico es, en la actualidad, controvertido.<sup>10,20</sup>

La Resonancia Magnética Nuclear con sonda endocavitaria proporciona un método muy eficaz para el diagnóstico de la patología orgánica uterina.<sup>16</sup>

El período reproductivo así como el patrón del sangrado en el ciclo menstrual de la mujer será el que nos orientará hacia las causas más frecuentes de hemorragia uterina anormal, permitiendo una evaluación adecuada y un tratamiento específico.

Se debe incluir prueba de función Tiroidea y la medición de Hormona Gonadotropina Coriónica Humana (HCG), Folículo Estimulante (FSH), Hormona Luteinizante (LH), Prolactina y andrógenos séricos si están indicados.<sup>15, 10, 20</sup>.

Estudios prospectivos basados en niveles séricos diarios de estrógeno y progestágenos son más adecuados para definir la presencia de anovulación que los estudios históricos de histología endometrial.<sup>21</sup>

La concentración de progesterona sérica para la detección del estado ovulatorio es un examen simple que se realiza en la fase lútea media del ciclo, 18 a 24 días después de la menstruación. Concentración mayor de 2 ng/ml es consistente con luteinización, por lo tanto ovulación.<sup>21</sup>

Dilatación y curetaje: Proporciona una mayor muestra que la biopsia endometrial de la cavidad uterina y tiene la ventaja de ser diagnóstico y terapéutico en algunos casos, puede ser el tratamiento de elección cuando el sangrado es excesivo. Tiene una sensibilidad mayor que la biopsia del endometrio especialmente en las lesiones pequeñas in situ. Cuando se combina con la biopsia del endometrio, la tasa de detección se aproxima al 100%.<sup>10, 15, 19</sup>.

Las indicaciones para su uso son: sangrado agudo y severo a cualquier edad, en especial cuando no es corregido rápidamente por medio del manejo médico. Entre otras indicaciones tenemos el sangrado postmenopáusico de cualquier magnitud, independientemente del hallazgo de una vaginitis atrófica, pólipos o una carúncula uretral.

La práctica de un legrado diagnóstico – terapéutico, puede ser necesario en el diagnóstico diferencial, sin embargo, en la actualidad su valor predictivo, frente a otras técnicas diagnósticas, como la histeroscopia, está en discusión.

El legrado uterino convencional carece de efectos terapéuticos a corto plazo por la alta recurrencia de menorragia en ausencia de terapia adicional, esto es debido a que más del 50% de la superficie endometrial queda intacta aun en manos experimentales y por lo tanto no es evaluada histopatológicamente, haciendo que su sensibilidad para el diagnóstico de patología endometrial focal también sea baja ya que se realiza sin visualización directa.

La histeroscopia diagnóstica es un procedimiento de consultorio realizado sin anestesia y permite una visualización directa de la cavidad uterina proporcionando un método más eficiente en la toma de biopsia, que la convencional a ciegas del endometrio o la dilatación y legrado.<sup>17</sup>

Una histología endometrial benigna tomada por biopsia a ciega no excluye en forma absoluta la presencia de un proceso maligno en otro sitio del endometrio.<sup>17</sup>

La histeroscopia es una herramienta diagnóstica efectiva para detectar lesiones estructurales focales del endometrio en mujeres con sangrado y en las cuales el resto de estudios son normales. Al comparar la histeroscopia con otras técnicas diagnósticas, una lesión intrauterina focal fue observada en cerca de la mitad de los pacientes

evaluado; la sensibilidad diagnóstica fue significativamente mejor con histeroscopia que con ultrasonido transvaginal y biopsia a ciegas en el 100, 60 y 40 % respectivamente.

#### CONDUCTA SI LA EXPLORACIÓN CLÍNICA ES NORMAL<sup>13,15</sup>

1. Corregir el defecto de base si existe (iatrogenia, hepatopatías, etc.).
2. Tratamiento de la anemia si precisa.
3. Control de sangrado con tratamiento hormonal:
  - a) Adolescentes: Se debe probar siempre tratamiento hormonal inicialmente.
  - b) Mujer en fase reproductiva:
    - < 45 años: Tratamiento hormonal.
    - >45 años: Remitir para valoración de otras técnicas diagnósticas/terapéuticas. Si tiene legrados previos de hace menos de un año con resultado anatomopatológico sin malignidad, instaurar tratamiento.
  - c) Menopausia: Derivar para valoración de otras técnicas diagnósticas. Si el tratamiento médico no provoca el cese de la hemorragia en 48-72 horas se debe derivar a nivel secundario para valoración de legrado, sea cual sea la edad de la paciente. Si la exploración clínica es dudosa o claramente patológica, remitir a especialista.

#### TRATAMIENTO MÉDICO<sup>10,11,12,15,19, 20,21.</sup>

1. Mujer que sangra desde hace días en cantidad moderada-escasa (hemorragia crónica):
  - Acetato de medroxiprogesterona (MXP): 10 a 15 mg/ cada 8 horas hasta el cese de la hemorragia, continuar con 10 mg/24 horas hasta completar 15 a 20 días de

tratamiento, tras lo cual tendrá una hemorragia por privación. Los 3 ciclos siguientes, se administrarán 5 a 10 mg/día desde el día 15 al 25 del ciclo, con el fin de normalizar el endometrio (pautas de elección en mujeres jóvenes con pérdidas no muy intensas).

- Acetato de norestisterona: dosis y pauta igual a la anterior. Se prefiere utilizar en mujeres de más edad o con hemorragia más importante por su mayor acción gestagénica.

2. Pérdidas excesivas tras baches amenorreicos (menometrorragia tras oligomenorrea) sin sangrado en la actualidad.

Son cuadros frecuentes en perimenopausia y adolescencia. Control del ciclo con gestágenos administrados del día 15 al 26 del ciclo (12 días):

- Acetato de MXP: 5 a 10 mg/día.
- Medrogestona: 5 a 10 mg/día.
- Dihidroggestona: 10 a 20 mg/día.
- También se puede utilizar una píldora anticonceptiva (es el tratamiento de elección en la adolescente que desee anticoncepción).

3. Hemorragia aguda intensa y prolongada:

En estos casos suponemos que se ha perdido la capa endometrial, por lo que el gestágeno sólo no puede ejercer su acción pseudodecidualizadora. Ha de probarse, pues, un tratamiento combinado de estrógenos y gestágenos:

- Etinil-estradiol (EE) + norestisterona (Primosiston): De 3 a 5 comprimidos/día hasta cohibir la hemorragia y continuar con 2 comprimidos/día hasta completar



20 días, tras los cuales aparecerá una hemorragia por privación que puede ser más intensa y dolorosa.

- Anticonceptivo oral monofásico con al menos 30 mcg de EE: cuatro comprimidos/ día la primera semana, 2 la segunda y 1 la tercera.
- Se debe continuar con un preparado estrógeno-progestágeno (por ejemplo, un anticonceptivo) o un gestágeno en la segunda fase del ciclo al menos durante 3 meses más, según pauta habitual.

Se debe aplicar tratamiento con estrógenos y gestágenos combinados también en las siguientes situaciones:

- ✓ Tratamiento previo con gestágenos con mala respuesta.
- ✓ Ingesta previa de anticonceptivos hormonales orales.
- ✓ Paciente que no se puede controlar en los días inmediatos, ya que el tratamiento con estrógenos es siempre eficaz.

4. En caso de hemorragia aguda excesiva con deterioro del estado de la paciente, remitir a centro hospitalario.

5. Spotting premenstrual (déficit de progesterona): Gestágeno en la segunda mitad del ciclo según pauta descrita.

6. Spotting periovulatorio: Valerianato de estradiol: 2 a 4 mg/día desde el día 10 al 14 del ciclo. Estrógenos conjugados equinos: 1,2 mg/día, igual.

7. Tratamientos alternativos:

- Los AINES se prescriben en pauta fija desde el inicio de la menstruación durante un mínimo de tres días y un máximo de 5 días. Son de elección los derivados del Ácido Mefenámico y los del Ácido Arilpropiónico, a las dosis e intervalos mencionados en el tema de la dismenorrea.
- Medroxiprogesterona de depósito: Está indicado en las discrasias sanguíneas a dosis de 150 mg i.m. cada 4 a 6 semanas.
- Antifibrinolíticos (ácido tranexámico y ácido épsilon-aminocaproico) y ergóticos están actualmente en desuso.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: 10,11,12,15,19,20

#### Histerectomía

Indicada en aquellas pacientes donde la terapia hormonal ha fallado o este contraindicando su uso, particularmente en mujeres posmenopáusicas y perimenopáusicas cuyo estudio histológico demuestra que existe una hiperplasia activa del endometrio o exista alteración orgánica o está asociada a patologías de los anexos.

#### Ablación endometrial por histeroscopia

Es una alternativa en pacientes donde la cirugía está contraindicada. Esta se puede hacer con láser, con reseptoscopio de asa, electrodo de bola o con el uso de la radiofrecuencia. El éxito reportado en pacientes con menorragia es cercano al 90%; únicamente en el 50% de los casos se produce la amenorrea. El resultado es mejor cuando se ha suprimido previamente el endometrio por 4 a 6 semanas con dosis altas de progestágenos, agonistas de la GnRH o danazol.

## DISEÑO METODOLÓGICO

- Tipo de estudio

Este estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo de enero a diciembre 2012.

- Universo:

Está conformado por 318 pacientes que fueron ingresadas por sangrado uterino anormal durante el periodo a estudio.

- Muestra:

El muestreo es no probabilístico por conveniencia se revisó el 50 % de los casos lo que da una muestra de 159 pacientes .

- Variables

Edad

Procedencia

Antecedentes patológicos previos

Patrón menstrual

Duración del sangrado uterino

Antecedente de hospitalización

LUA previo

Tratamiento médico previo

Motivo de ingreso

Métodos diagnósticos

Causas de sangrado

Abordaje terapéutico

Evolución clínica

### Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	<19 años 20 – 39 años 40 – 50 años > 50 años	Expediente clínico
Procedencia	Origen geográfico de donde proviene la población a estudio	Urbano Rural	Expediente clínico
Etapa cronológica	Periodo de tiempo en el que se divide la vida de la mujer de acuerdo a su capacidad de fecundación	Fértil Perimenopausia Posmenopausia	Expediente clínico
Antecedente personales patológicos	Patología previa o concomitante con la patología a estudio	Diabetes Hipertensión arterial Obesidad Endocrinopatías Otras Ninguna	Expediente clínico
Patrón menstrual	Sangrado transvaginal que se presenta en un periodo determinado debido a cambios hormonales	Regular :Sangrado menstrual que se caracteriza por una periodicidad de 28 días $\pm$ 7, sangrado menstrual de 60 ml $\pm$ 20, y duración de 4 días $\pm$ 2.  Irregular: No cumple con las características anteriores.	Expediente clínico
Antecedente de hospitalización	Historia previa de ingreso hospitalario por la misma causa	SI NO	Expediente clínico
LUA previo	Si se le ha realizado previamente legrado uterino por aspiración	SI NO	Expediente clínico
Tratamiento médico previo	Prescripción farmacológica antes de ser admitida en el hospital	Ninguno Agentes antifibrinolíticos Analgésicos Progestágenos Anticonceptivos orales	Expediente clínico

Variable	Definición	Dimensión	Indicador
Características del sangrado uterino	Tiempo Total de días y volumen estimado de sangrado que tiene la paciente	Duración: 7 – 14 días 15 – 30 días > 30 días  Cantidad: poca Regular Abundante	Expediente clínico
Motivo de ingreso	Causa de ingreso de la paciente	Características del sangrado Realización de biopsia Cambios hemodinámicos No especificado	Expediente clínico
Métodos diagnósticos	Exámenes y procedimientos que se utilizaron para elaborar un diagnóstico	Biometría hemática completa Prueba de coagulación Papanicolaou Legrados Biopsia Biopsia de cervix ultrasonidos Otros	Expediente clínico
Causas de sangrado	Enfermedades que ocasionan sangrado uterino anormal	Hiperplasia endometrial carcinoma endometrial. Endometriosis adenomiosis Pólipos endometriales. Miomias. Ovario Poliquístico Infección uterina Patología sistémica Causas iatrogénicas	Expediente clínico
Abordaje terapéutico	Tratamiento farmacológico y /o procedimientos que se utilizaron en las pacientes durante su estancia	Legrado HTA Tratamiento hormonal Esteroides Progestágenos Anticonceptivos orales Agonistas de GnRH  Transfusiones AINES Agentes Antifibrinolíticos	Expediente clínico
Evolución de la paciente	Remisión o no de los síntomas después del tratamiento.	Remisión Persistencia	Expediente clínico

- Métodos e instrumentos para recoger la información.

Se diseñó una ficha de recolección de datos en base a los objetivos del estudio para.

- Métodos e instrumentos para analizar la información

Los datos recolectados en la ficha se analizaron se organizaron en tablas de frecuencia, porcentaje simple cruce de variables.

## RESULTADOS

Se estudiaron 159 pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal, de las cuales 67 (42 %) se encontraban entre 40 – 50 años, 49 (31%) correspondían al grupo etario de 20- 39 años, las pacientes mayores de 50 años fueron 38 (24 %) y solo 5 (3 %) de las pacientes eran menores de 19 años . Con respecto a la procedencia, 103 (65%) de ellas eran del sector urbano y 56 (35 %) eran del área rural. (Tabla 1).

Según la etapa cronológica de las pacientes, 64 (40 %) se encontraban en etapa perimenopáusica, 35 (22 %) correspondían a la postmenopáusica, y 60 (38 %) estaban en etapa fértil. (Tabla 2)

Con respecto a los antecedentes patológicos de las 159 pacientes a estudio 95 (59%) de ellas eran obesas, 71 (44%) eran pacientes con hipertensión arterial, 56 (35 %) eran tratadas como diabéticas y 64 (40 %) negaron antecedentes. (Tabla 3)

El ciclo menstrual fue en 106 (67%) de las pacientes regular y 53 (33%) irregular, de estas solamente 38 (24%) pacientes presentaron hospitalización previa y 30 (19%) de ellas se les practicó legrado. (Tabla 4).

De las pacientes tratadas previamente a su ingreso, los fármacos que con mayor frecuencia se indicaron fueron los AINES en 84 (53%) de las pacientes, seguido de anticonceptivos orales combinados usado en 47 (29 %) pacientes. (Tabla 5)

El sangrado uterino anormal duró de 15 a 30 días en 72 (45%) de las pacientes, de estas 34 (47%) lo describieron en regular cantidad, 60 (38%) de las pacientes presentaron sangrados de 7 a 14 días y de estas 31 (52%) lo refirieron en regular cantidad , solo 27 (17%) pacientes presentaron un sangrado mayor de 30 días, pero la mayoría 12(45 %) era en poca cantidad. (Tabla 6 y 14) .

El motivo de ingreso más frecuente al servicio de ginecología fue la realización de legrado en 130 (82%) de las pacientes. Los trastornos hemodinámicos se presentaron en 34 mujeres (21%) a las que se les indicó transfusión, a 19 pacientes (12%) se les ingreso por las características del sangrado y en 12 pacientes (8%) el motivo fue por mioma parido. (Tabla 7)

Los medios auxiliares que con mayor frecuencia se utilizaron para diagnosticar y evaluar el sangrado uterino anormal, así como sus complicaciones, fueron biometría hemática completa 148 (93%), legrado uterino biopsia en 139 pacientes (88%), ultrasonido pélvico en 119( 75%) y 25 (16%) en ultrasonido transvaginal (Tabla 8).

Fueron obtenidos 110 reportes de hallazgos Histopatológicos de los legrados biopsia realizados a las pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas al servicio de ginecología, los reportes restantes estaban aun en proceso, de los 110 reportes el 42 % (58 pacientes) corresponde a pólipos, de los cuales el 29%(40 pacientes) eran endometriales, de estos el 50% (20 pacientes) fue encontrado en el grupo mujeres perimenopáusicas; los pólipos cervicales se encontraron en un 13 % ( 18 pacientes) y el 50% (9 pacientes) se reporto en mujeres en etapa fértil . Otro hallazgo fue el endometrio secretor en 21 pacientes (15%). La hiperplasia simple sin atipia fue encontrada en el 9% (13 pacientes) ,de estas el 46% (6 pacientes) de las pacientes eran posmenopáusicas, mientras que en la hiperplasia simple con atipia se reporto en un 4 % (5 pacientes), el 80% (4 pacientes) se encontró en etapa perimenopausica; el cáncer de endometrio se presento en 2 pacientes (1%), ambas pacientes se encontraban en la etapa de posmenopausica. (Tabla 9)

De las 144 pacientes a las cuales se les realizo ultrasonido se reporto en más de la mitad (55%) engrosamiento endometrial, de estas el 54% (43 pacientes) pertenecían a la etapa perimenopausica. En 32 (22%) de las pacientes el hallazgo fue miomatosis uterina, y el 56 % (18 pacientes) de ellas eran mujeres en etapa fértil; Solo en 5% (7 pacientes) se reporto pólipos y fue más frecuente en edad fértil en57% (4 pacientes); otro hallazgo encontrado fue quiste



folicular en un 6% (8 pacientes), todos encontrados en pacientes en etapa fértil; también en 13 (9%) pacientes en edad fértil se evidenció la presencia de ovarios poliquísticos. (Tabla 10 y 15)

En referencia a las causas de sangrado uterino anormal de las pacientes ingresadas al servicio de ginecología, en un 21% (33 pacientes) no se establecieron causas, por que aun no tenían los estudios completos; de las causas establecidas el 36% (58 pacientes) presento pólipos endometriales y cervicales, el 15% (23 pacientes) se atribuyo a sangrado disfuncional y un 12% (19 pacientes) a miomatosis uterina. (Tabla 11 y 16)

El abordaje terapéutico de las pacientes ingresadas al servicio de ginecología por sangrado uterino anormal incluyo el uso de AINES en 92% (146 pacientes) y el 29 % fue transfundida a pesar que solo el 21% de las pacientes ingreso con alteraciones hemodinámicas; además se prescribió tratamiento hormonal en 111 pacientes (70 %), de donde el 82 % (88 pacientes) fue a base de anticonceptivos orales combinados, el 44% (39 pacientes) fue indicado a pacientes en etapa fértil, 37% (32 pacientes) en etapa perimenopausica y 19% (17 pacientes) posmenopausicas; en un 18% (23 pacientes) se uso progestágenos, indicados en el 44% (10 pacientes) pacientes en etapa fértil, 26% (6 pacientes) en la perimenopausia y 30% (7 pacientes) en posmenopausia; a 39 pacientes (25%) les realizaron legrado con fines hemostáticos, y al 5 % ( 9 pacientes ) se les practico histerectomía abdominal. (Tabla 12, 17)

Después de los distintos manejos terapéuticos las pacientes en un 58% (92 pacientes) remitió el sangrado, de estas el 71% (66 pacientes) fue maneja con anticonceptivos orales combinados, un 13% con progestágenos (12pacientes); del 42% (67 pacientes) que persistió el sangrado, el 52% (34 pacientes) de ellas se les practico legrado con fines hemostáticos, el 32% (22 pacientes) fue manejada con anticonceptivos orales combinados y un 16% (11 pacientes) con progestágenos. (Tabla 12, 18)

## DISCUSION

La mayoría de las pacientes con sangrado uterino anormal eran mayores de 40 años en la etapa de perimenopausia, esto se corresponde con la literatura, siendo este trastorno uno de los principales motivos de consulta para esta edad; esto se debe a las fluctuaciones hormonales que existen como manifestación de la disminución de la función ovárica por lo que se generan períodos intercalados de ciclos anovulatorios y ovulatorios. (2, 6,4)

El 65 % de las pacientes con este trastorno fue de procedencia urbana esto debido a la mayor accesibilidad a las unidades de salud, además se debe considerar la presencia de personal capacitado en las distintas regiones lo que disminuye la afluencia de pacientes del área rural.

La obesidad, hipertensión arterial, y diabetes fueron los antecedentes patológicos más comunes en las pacientes que cursan con sangrado uterino anormal, estas enfermedades son factores predisponentes para sangrados disfuncionales y carcinoma endometrial por lo que la evaluación y toma de muestras endometriales debe ser considerada en toda mujer con sangrado uterino anormal que tenga estos antecedentes.

El ciclo menstrual fue en un 33% irregular, de estas solamente 24% de las pacientes presentaron hospitalización previa y 19% de ellas se les practico legrado hemostático, lo que nos induce a pensar que este porcentaje de pacientes no fue manejado adecuadamente, esto debido a la ausencia de guías o protocolo de manejo para esta patología.

El 53 % de las pacientes recibió previamente AINES, y encontramos que dentro del abordaje terapéutico del ingreso actual se indico AINES al 92 % de las pacientes a estudio, la literatura refiere que Las mujeres que presentan sangrados menstruales intensos tienen niveles de prostaglandinas elevados. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) inhiben la ciclooxigenasa y reducen los niveles de prostaglandinas endometriales. En una revisión de 21 ensayos aleatorizados controlados, los AINES causaron una disminución del sangrado menstrual

en un 20-50% junto a una reducción de la dismenorrea asociada hasta en un 70% de los pacientes.

En relación a las características clínicas del sangrado el 45 % de las pacientes presento sangrados de 15 a 30 días, y la mayoría (47%) lo refirió en regular cantidad, muy probablemente estas pacientes acuden una vez que se han automedicado y el tratamiento ha fracasado, esto se relaciona con el hecho que un 21% de las pacientes fue ingresada por cambios hemodinámicos, y un 29 % recibió transfusión.

Es llamativo que el 82 % de los pacientes ingreso para realización de legrado biopsia y solo un 21 % por trastornos hemodinámicos , esto no se corresponde con la literatura, Según Goodman, los parámetros objetivos indirectos para definir la severidad del sangrado son cambios hemodinámicos y anemia por deficiencia de hierro (12). Por lo tanto, los únicos pacientes que tendrían justificado el ingreso hospitalario serían los que presentan trastornos hemodinámicos y anemia severa. Por lo que nos lleva a reflexionar acerca de que la realización de la biopsia no es criterio de ingreso y que se puede realizar de manera ambulatoria de esa manera se evita realizar ingresos innecesarios.

Los métodos diagnósticos auxiliares que más se utilizaron fueron el legrado uterino biopsia (88%), seguido de la ultrasonografía pélvica (75 %), según NICE 2007 el ultrasonido transvaginal es de primera elección de los métodos diagnósticos en pacientes con hemorragia uterina para identificar anomalías estructurales Nivel A de recomendación y este se realizo en un bajo porcentaje. La alta frecuencia de legrado uterino es similar a la descrita por y Zapata, Wilson y Balladares 1998; y por Bonilla 2001.

El hallazgo ecográfico más frecuente en el 55% engrosamiento endometrial, de estas el 54 % pertenecían a la etapa perimenopausica, Aunque existe evidencia que el grosor endometrial puede ser un indicativo de patología en la mujer post menopáusica, no se ha encontrado evidencia para las mujeres en años reproductivos. Un meta-análisis de 35 estudios muestra que

en las mujeres menopáusicas un grosor de 5 mm en el ultrasonido tiene una sensibilidad de un 92% para detectar enfermedad endometrial y un 96% para detectar cáncer. No es útil cuando el grosor es de 5-12 mm. Sin embargo estas correlaciones no están firmemente establecidas en la mujer pre menopáusica. (8,10,12)

el 42 % (58 pacientes) corresponde a pólipos, de los cuales el 29%(40 pacientes) eran endometriales, de estos el 50 %(20 pacientes) fue encontrado en el grupo mujeres perimenopáusicas ; los pólipos cervicales se encontraron en un 13 %( 18 pacientes) y el 50% (9 pacientes) se reporto en mujeres en etapa fértil lo que coincide con los estudios de correlación clínica e histopatologica del sangrado uterino anormal de Guerrero, 2005 y Guardado en 2010 en ambos el hallazgo más frecuente fue pólipo endometriales Guerrero en HEODRA con un 31 % en 2005 y Guardado en HBCR con 51 % en 2010. Solo en el 1 % se presento el cáncer de endometrio lo que coincide con la literatura revisada ya que el 95 % de las pacientes posmenopausicas que cursan con Sangrado uterino anormal presentan una causa benigna. (14)Se debe tener en cuenta, la baja frecuencia de cáncer endometrial, la tendencia de las hiperplasias endometriales a progresar a carcinoma, en las mujeres que no son manejadas adecuadamente, y la mayor tendencia de dicha progresión cuando la hiperplasia endometrial es acompañada de atipia (12).

El abordaje terapéutico de las pacientes ingresadas al servicio de ginecología por sangrado uterino anormal incluyo el uso de AINES en 92% (146 pacientes) según la literatura los AINES son efectivos en reducir algunos tipos de sangrados uterinos anormales. Los estudios comparativos han demostrado que el ácido tranexámico es más efectivo que los AINES, los progestágenos orales en la fase lútea y el etamsilato en la reducción del sangrado.

El 29 % de las pacientes fue transfundida a pesar que solo el 21% de las pacientes ingreso con alteraciones hemodinámicas; lo que no se correlaciona con el estudio de Ruiz HBCR 2002 encuentra que el criterio de ingreso más utilizado fue la duración del sangrado, aunque los porcentajes de pacientes que presentaron cambios hemodinámicos en un 15 % y que únicamente requirieron transfusión un 5 %.<sup>(12)</sup>

Se prescribió tratamiento hormonal en 111 pacientes (70 %), de donde el 82 % (88 pacientes) fue a base de anticonceptivos orales combinados, el 44% (39 pacientes) fue indicado a pacientes en etapa fértil, 37 % (32 pacientes) en etapa peri menopáusica y 19 % (17 pacientes) posmenopausicas ; en un 18 % (23 pacientes) se uso progestágenos, indicados en el 44%(10 pacientes) pacientes en etapa fértil, 26 %(6 pacientes) en la perimenopausia y 30 % (7 pacientes) en posmenopausia; por el contrario en el estudio de Ruiz en 2002 HBCR en donde al egreso la mayoría de las pacientes dadas de alta les prescribieron sólo analgésicos sin terapia hormonal. (13)

A 39 pacientes (25%) les realizaron legrado con fines hemostáticos, Goodman, señala que existe una alta recurrencia de sangrado post-legrado en ausencia de terapia hormonal adicional (12). Según COMEGO No se debe utilizar la dilatación y curetaje como terapia en las mujeres con sangrado menstrual intenso ya que no ha demostrado ser efectivo más que un método diagnóstico y que la dilatación y curetaje no provee una mayor ventaja diagnóstica en comparación con la histeroscopia y biopsia endometrial.

En el 5 % (9 pacientes ) se les practico histerectomía abdominal, según la literatura los riesgos de una cirugía mayor deben ser balanceados junto a los riesgos de las alternativas. La histerectomía es una solución permanente como tratamiento de las menorragias y el sangrado uterino anormal, se ha asociado con un alto nivel de satisfacción en pacientes adecuadamente seleccionados. Para las mujeres que han satisfecho sus deseos de tener hijos, revisado las alternativas y han utilizado terapias alternativas sin resultados aceptables, la histerectomía es usualmente la mejor opción. (16)

## CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes eran perimenopáusicas, en edades comprendidas entre 40 y 50 años de procedencia urbana. Las patologías asociadas con mayor frecuencia fueron la obesidad y la hipertensión, un tercio de las pacientes presentó sangrados irregulares.
2. La duración del sangrado en la mayor parte de las pacientes fue de 15 a 30 días, en cantidad moderada, se presentaron cambios hemodinámicos en pocas pacientes, menos de un tercio de las pacientes ameritó transfusión sanguínea. Los medios diagnósticos más utilizados fueron el legrado uterino y el ultrasonido pélvico, el hallazgo ultrasonográfico más frecuente fue el engrosamiento endometrial y en segundo lugar fue miomatosis.
3. La mayor parte de las pacientes con sangrado uterino anormal tenían una alteración orgánica de fondo ocupando el primer lugar el pólipo endometrial, más frecuente en las pacientes perimenopáusicas, otros motivos de sangrado establecidos fueron miomatosis uterina, hiperplasia endometrial, endometritis, cáncer de endometrio y cáncer cervicouterino, estos últimos en menor proporción. En un tercio de las pacientes no se había establecido el diagnóstico al momento del estudio por encontrarse las muestras en proceso.
4. Los AINES y los anticonceptivos orales combinados fueron los más utilizados, un cuarto de las pacientes fue manejada con legrado con fines hemostático.
5. La mayoría de las pacientes presentó remisión del sangrado con tratamiento hormonal, de las pacientes con persistencia de sangrado un buen porcentaje se le realizó legrado con fin hemostático.

## RECOMENDACIONES

1. Elaborar una guía clínica o protocolo de manejo para las pacientes con sangrado uterino anormal.
2. Mejorar la selección de las pacientes con sangrado uterino anormal para realizar legrado uterino.
3. Utilizar otros medios diagnósticos disponibles en la unidad como el ultrasonido transvaginal.
4. Optimizar el procesamiento de las muestras por patología de manera que podamos obtener resultados más oportunamente.

## BIBLIOGRAFIA

1. Zuniga Quezada G. *Criterios Clínicos Y Recomendaciones Basados En Evidencia Para El Tratamiento Del Sangrado Uterino Anormal*. Depto de farmacodependencia seguro social de Costa Rica. Costa Rica. 2005.
2. Pérez Agudelo L. *Hemorragia Uterina Anormal: Enfoque Basado en Evidencias*. Revista Med, enero, 2007/vol. 15, número 001. Universidad Militar Nueva Granada Bogotá Colombia. Pag. 68 – 79.
3. John W. Ely, Colleen M. Kennedy, Elizabeth C. Clark, Noelle C. Bowdler. A Management Algorithm. Evidenced-Based Clinical Medicine. Department of Family Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Iowa Carver College of Medicine cap19 pag 590–602, Iowa City, 2006.
4. Alonso C. Comportamiento Clínico y Hallazgos Histopatológicos de Sangrado Uterino Anormal. HEODRA .1992. Tesis para optar al título de Gineco-obstetra. UNAN – León.
5. Zapata, Wilson y Balladares, “Comportamiento y manejo del Sangrado Uterino Anormal. HEODRA .1998. Tesis para optar al título de Ginecoobstetra. UNAN – León
6. Baca, M.A. Sangrado Uterino Anormal: Hallazgos clínicos histopatológicos de pacientes atendidas en el servicio de Ginecología HEODRA – León; Julio 2002 octubre 2003. UNAN – León; Marzo 2004.
7. Ruíz Gonzales, E. Abordaje del Sangrado Uterino Anormal en el Hospital Bertha Calderón Roque, Junio – Diciembre 2002. Tesis para optar al título de Ginecoobstetra. UNAN – Managua.
8. González Merlo J. Ginecología. 8a ed., Barcelona. 2003: 207 – 213



9. American college of Obstetricians and Gynecologists. Management of anovulatory bleeding. 2000 Mar(reviews 2005)AGOC (cited nov 30 2006).
10. Atenyi-Annan A, Paulino AF. Abnormal uterine bleeding. Arch Pathol Lab Med. Oct 2001;125,10:1389-90
11. Goodman A. Evaluation and management of genital tract bleeding in women I. Jun 2001. Up to date 9.2
12. Pérez-Vílchez IE. Sangrado uterino anormal. En:Ginecología y obstetricia. 1999:1-7
13. Scott D, Hammond S. Tratado de ginecología y obstetricia de Danforth. 6a. ed. 1990. México. Interamericana. 797-802.
14. Rueda-Sáenz R. Evaluación endometrial en el sangrado uterino anormal. Asociación médica de Los Andes. Abr 2000:35-47
15. Jones H. Sangrado uterino anormal. En: Tratado de ginecología de Novak. 11a. ed. México. Interamericana.1991. 333-348
16. Rueda R. Sonohisterografía en la evaluación endometrial en la postmenopausia. Reprotec. Bogotá.2000:1-3
17. Smith YR, Quint EH, Hertzber RB. Menorrhagia in adolescents requiring hospitalization. J Pediatr Adolesc Gynecol 1998:11-13.
18. Falcone T, Desjardins C. Bourque J. et al. Dysfunctional uterine bleeding in adolescents. J Reprod Med. 1994:39-761.
19. Gull B. Carlsson S. Karlsson B. et al. Transvaginal ultrasonography of the endometrium in women with postmenopausal bleeding: is it always necessary to perform an endometrial biopsy? Am J Obstet Gynecol.2000:182 509.
20. Mathew M Gupta R, Krolikowski A. Role of transvaginal ultrasonography and diagnostic hysteroscopy in the evaluation of patients with abnormal uterine bleeding. Intern J of Gynecol &Obstet. 2000:71:251-253.
21. Botero J, Jubiz A, Henao G. Obstetricia y ginecología.Texto integrado. 6a ed. 2000:31-36.
22. Goodman A. Evaluation and management of genital tract bleeding in women II. Jun 2001. Up to date 9.2

23. Antonio Matias et all. Guia Practica CLINICA DE Hemorragia Uterina Anormal.CENETEC. México. 2009.
24. Nancy Montes. Sangrado Uterino Anormal Actualización Revista Papeña De Medicina Familiar .2007; 4(5): 64-66.

# ANEXOS

# Abordaje Diagnóstico Y Terapéutico De Las Pacientes Con Sangrado Uterino Anormal Manejadas En HBCR 2012

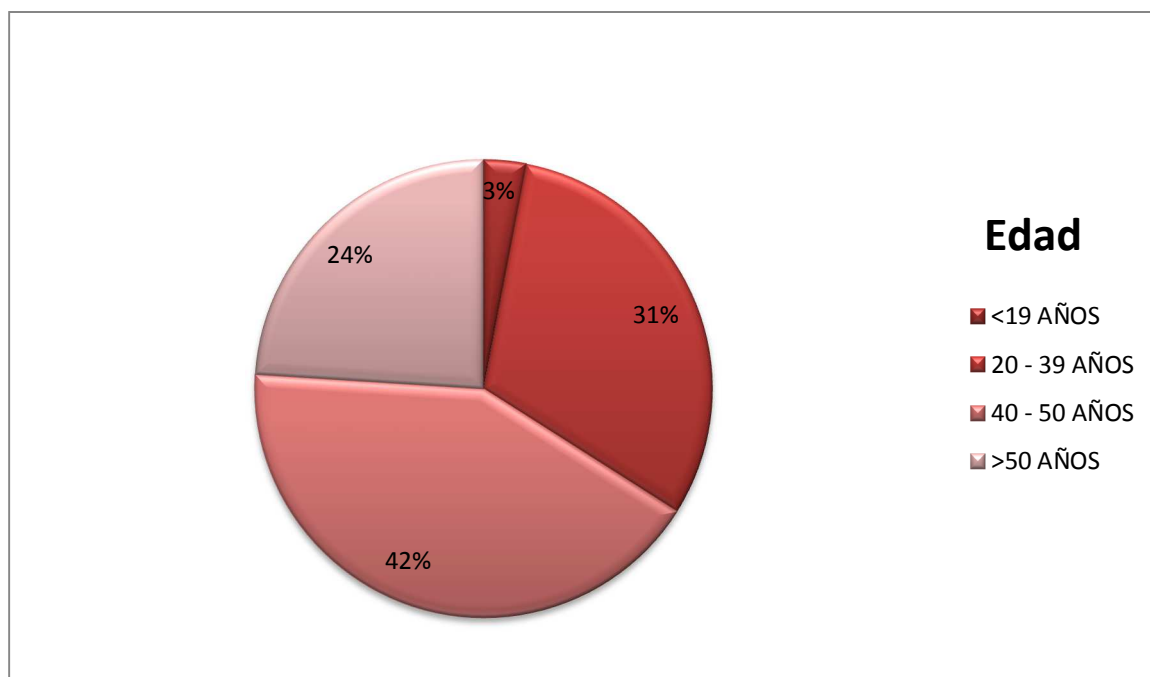
TABLA 1

Datos generales de las pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas en el servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012.

EDAD	Nº	PORCENTAJE (%)
<19 AÑOS	5	3%
20 – 39 AÑOS	49	31%
40 – 50 AÑOS	67	42%
>50 AÑOS	38	24%
<b>PROCEDENCIA</b>		
URBANA	103	65%
RURAL	56	35%

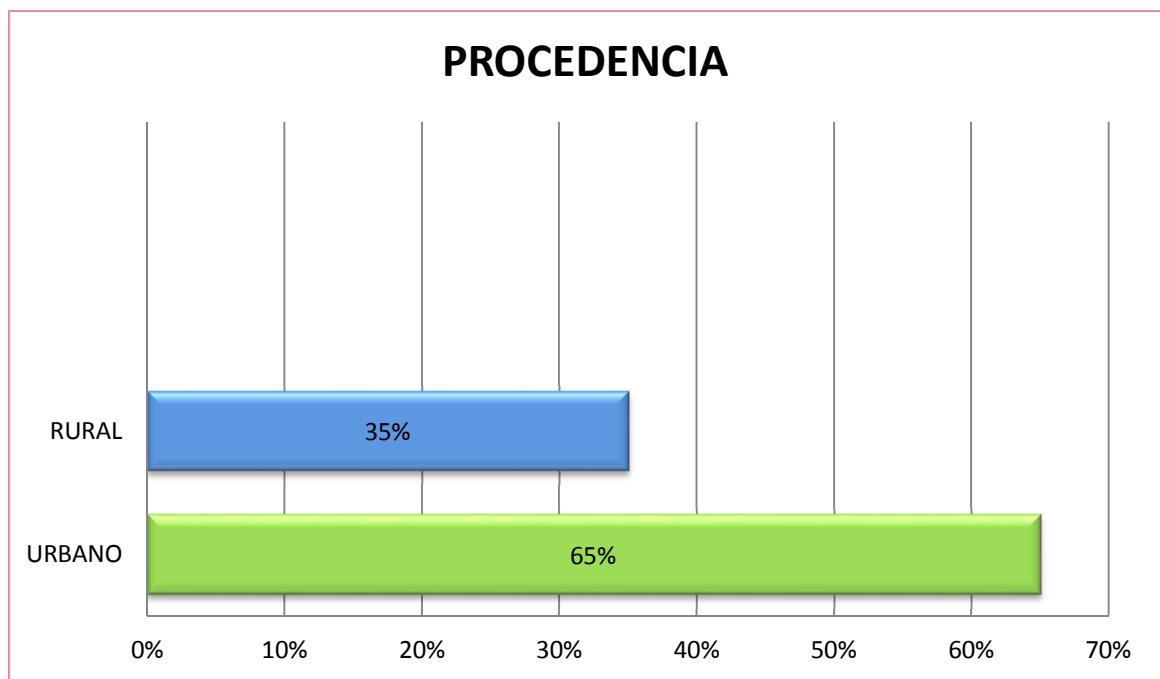
FUENTE: Expediente clínico

GRAFICO N° 1



FUENTE: Tabla N° 1

GRAFICO N° 2



FUENTE: Cuadro N° 1

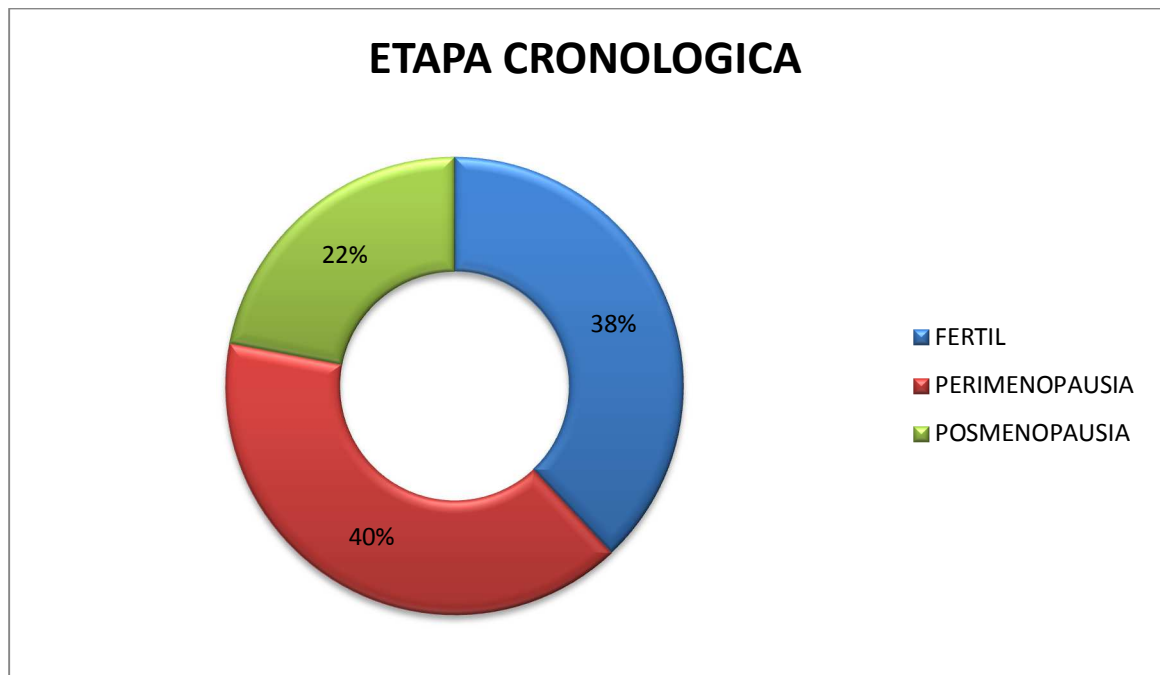
TABLA N° 2

Etapa cronológica de las pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas en el servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012.

Etapa cronológica	N°	Porcentaje (%)
Fértil	60	38
Perimenopausia	64	40
Posmenopausia	35	22

FUENTE: Expediente clínico

GRAFICO N° 3



FUENTE: Tabla N° 2

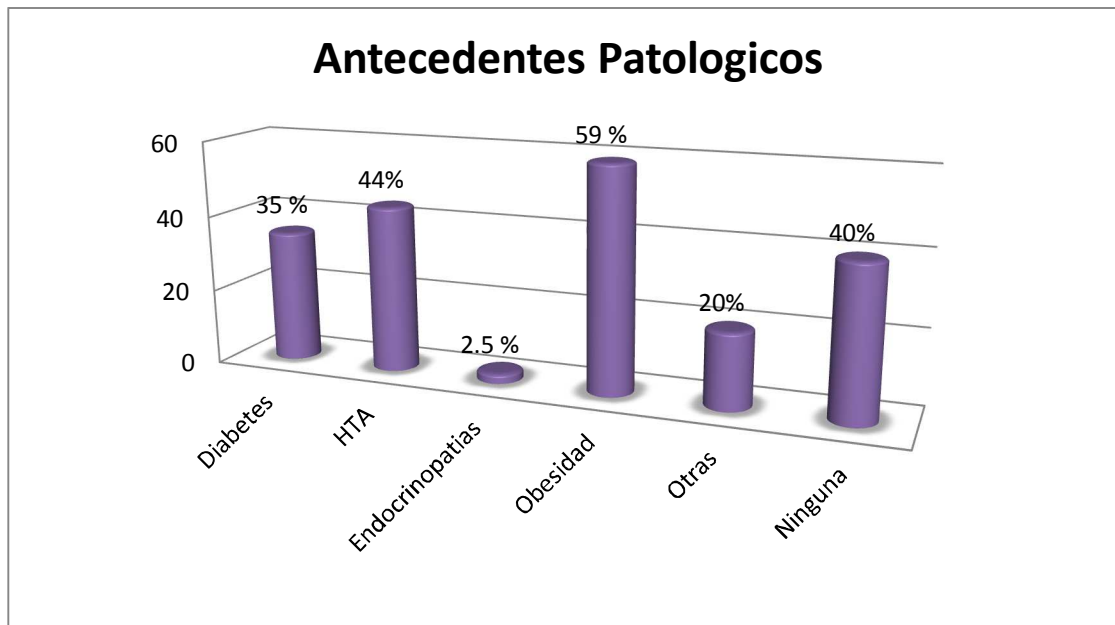
TABLA N°3

Antecedentes personales patológicos de las pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas en el servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012

Patología	N°	Porcentaje (%)
Diabetes	56	35
Hipertensión arterial	71	44
Endocrinopatías	4	2.5
Obesidad	95	59
Otras	32	20
ninguna	64	40

FUENTE: Expediente clínico

GRAFICO N°4



FUENTE: Tabla N° 3

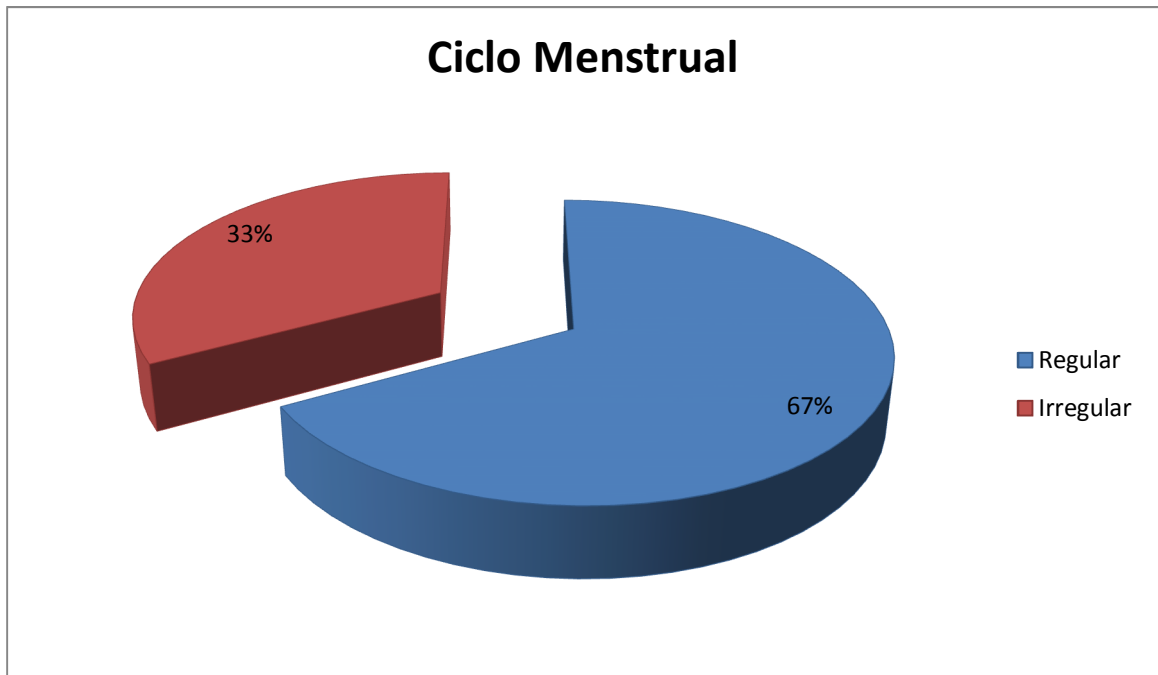
TABLA N°4

Ciclo menstrual previo, antecedente de hospitalización y antecedente de legrado de las pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas en el servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque , enero a diciembre 2012

Ciclo Menstrual	N	Porcentaje (%)
Regular	106	67
Irregular	53	33
<b>Hospitalización previa</b>		
Si	38	24
No	121	76
<b>LUA Previo</b>		
Si	30	19
No	129	81

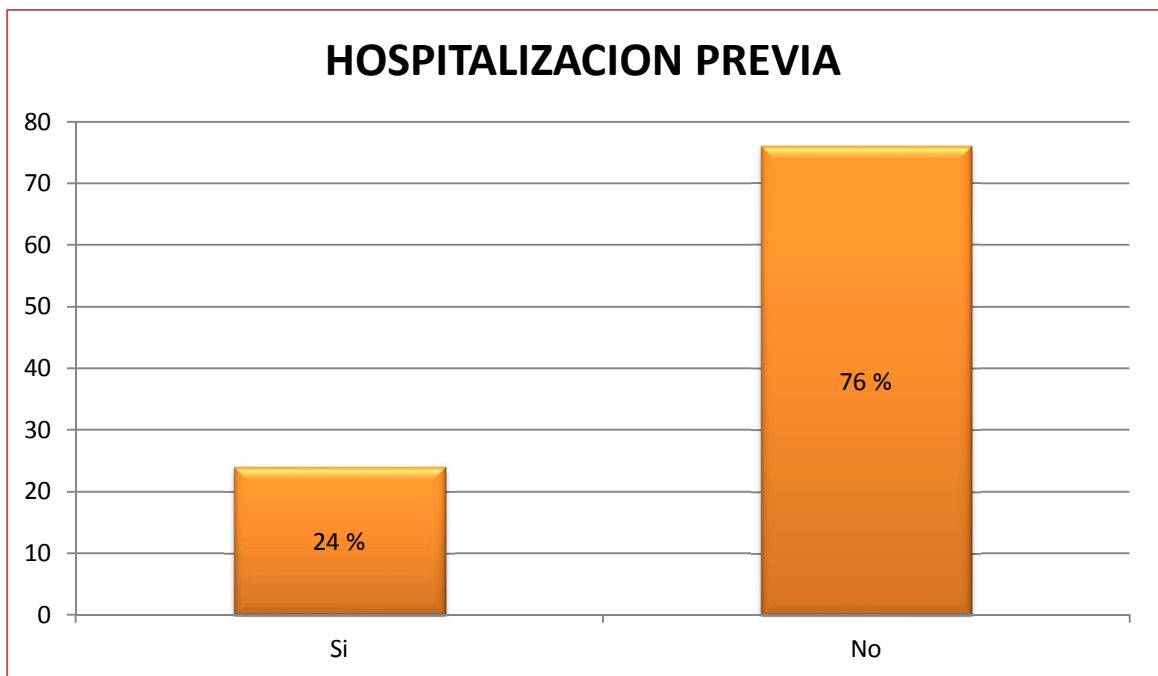
FUENTE: Expediente clínico.

GRAFICO N° 5



FUENTE: Tabla N°4

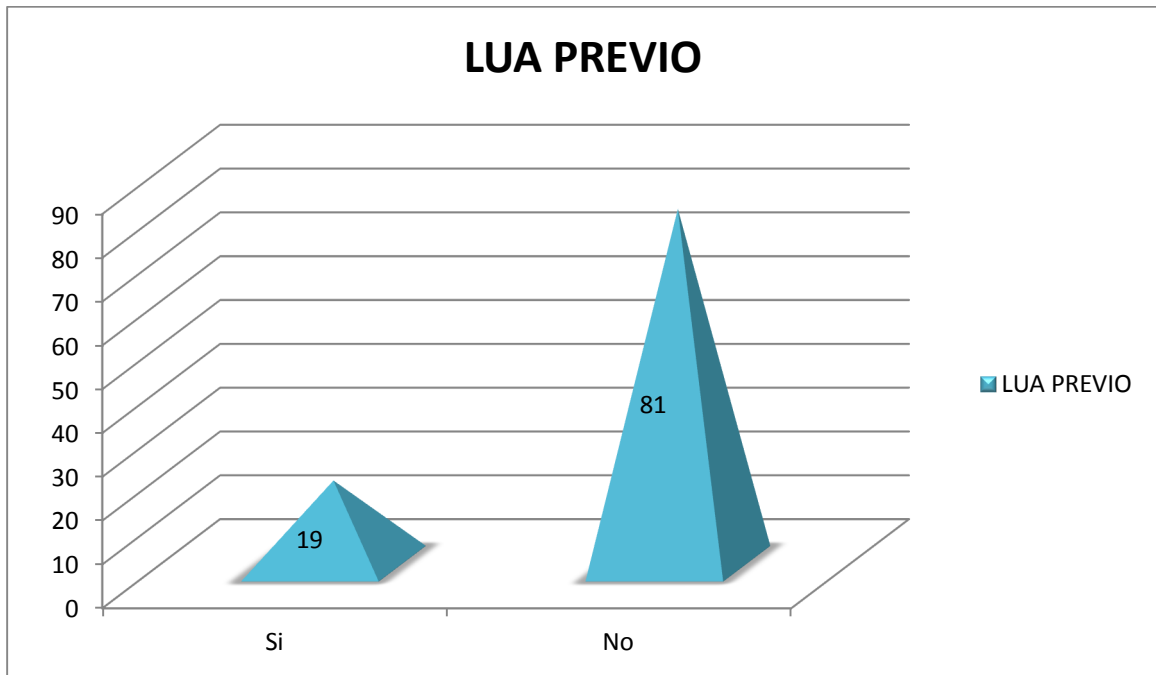
GRAFICO N° 6



FUENTE: Tabla N°4



GRAFICO N° 7



FUENTE: Tabla N°4

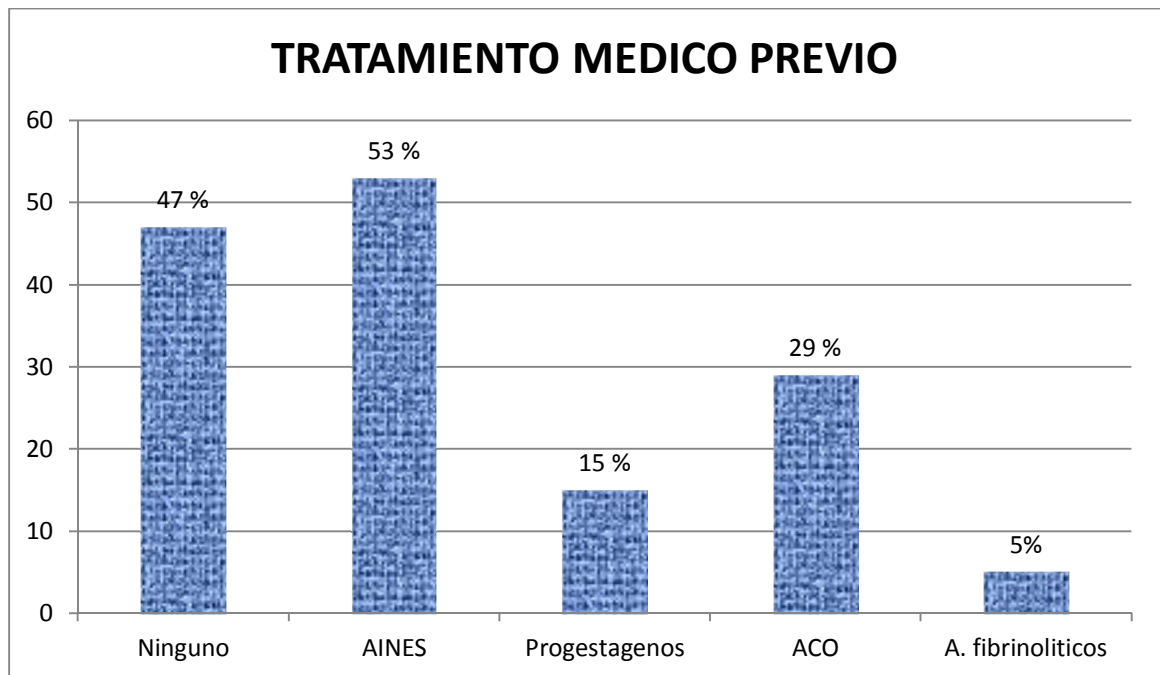
Tabla n° 5

Tratamiento médico previo de las pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas en el servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012

FARMACO	N°	Porcentaje (%)
Ninguno	75	47
AINES	84	53
Progestágenos	23	15
ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS	47	29
Agentes Antifibrinolíticos	9	5

FUENTE: Expediente Clínico

GRAFICO N° 7



FUENTE: Tabla N° 5

TABLA N°6

Características del sangrado uterino anormal de las pacientes ingresadas en el servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012

Características	N°	Porcentaje (%)
<b>Duración</b>		
7 – 14 días	60	38
15 – 30 días	72	45
> 30 días	27	17
<b>Cantidad</b>		
Poca	63	40
Regular	74	47
Abundante	22	13

FUENTE: Expediente Clínico

TABLA N°7

Motivo de ingreso de de las pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas en el servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012

Motivo de ingreso	N°	Porcentaje (%)
Características del sangrado	19	12
Realización de biopsia	130	82
Cambios hemodinámicos	34	21
Mioma Parido	12	8

FUENTE: Expediente Clínico

TABLA N° 8

Medios diagnósticos utilizados en pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas en el servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012.

MEDIOS DIAGNOSTICOS	N°	Porcentaje (%)
Biometría hemática completa	148	93
Prueba de coagulación	35	22
Papanicolaou	48	30
Biopsia de cérvix	12	8
Lgrado	139	88
Ultrasonido pélvico	119	75
Ultrasonido transvaginal	25	16
Otras	8	5

FUENTE: Expediente Clínico

TABLA N° 9

Hallazgos ultrasonográficos en pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas en el servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012

HALLAZGOS ULTRASONOGRAFICOS	N°	Porcentaje (%)
Engrosamiento endometrial	80	55
Pólipo endometrial	7	5
Miomatosis Uterina	32	22
Quiste Folicular	8	6
Ovario poliquísticos	13	9
Normal	4	3

FUENTE: Expediente Clínico

TABLA N° 10

Hallazgos histopatológicos en pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas en el servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012

HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS	N°	Porcentaje (%)
Pólipo endometrial	40	29
Pólipo endocervical	18	13
Leiomioma	8	6
Hiperplasia simple sin atipia	13	9
Hiperplasia simple con atipia	5	4
Endometrio secretor	21	15
Endometritis	3	2
Ca de endometrio	2	1
En proceso	29	21

FUENTE: Expediente Clínico

TABLA N° 11

Causas de sangrado en pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas en el servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012

Causas de Sangrado uterino anormal	N°	Porcentaje (%)
<b>Pólipo endometrial</b>	40	25
<b>Pólipo endocervical</b>	18	11
<b>Miomatosis uterina</b>	19	12
<b>Hiperplasia simple sin atipia</b>	13	8
<b>Hiperplasia simple con atipia</b>	5	3
<b>Endometritis</b>	3	2
<b>Ca de endometrio</b>	2	1
<b>CACU</b>	3	2
<b>Sangrado disfuncional</b>	23	15
<b>No establecida</b>	33	21

FUENTE: Expediente Clínico

TABLA N° 12

Abordaje terapéutico de las con sangrado uterino anormal ingresadas en el servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012

ABORDAJE TERAPÉUTICO	N°	Porcentaje (%)
<b>Legrado Hemostático</b>	39	25
<b>HTA</b>	9	5
<b>Progestágenos</b>	23	18
<b>Anticonceptivos orales</b>	88	82
<b>Transfusiones</b>	46	29
<b>AINES</b>	146	92

FUENTE: Expediente Clínico

TABLA N° 13

Evolución de las pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas en el servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012

<b>Evolución de la paciente</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Satisfactoria</b>	92	58
<b>Insatisfactoria</b>	67	42

FUENTE: Expediente Clínico

TABLA N° 14

Relación entre la duración y la cantidad de sangrado en pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas al servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012.

Cantidad \ Duración	7 – 14 días		15 – 30 días		> 30 días	
	N°	%	N°	%	N°	%
Poca	21	35	30	42	12	45
Regular	31	52	34	47	9	33
Abundante	8	13	8	11	6	22
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Expediente Clínico

TABLA N° 15

Relación entre los hallazgos ecográficos y etapa cronológica de las pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas al servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012.

Etapa Hallazgo US	Fértil		Perimenopausia		Posmenopausia	
	N°	%	N°	%	N°	%
Engrosamiento endometrial	11	14	43	54	26	32
Pólipo endometrial	4	57	2	29	1	14
Miomatosis Uterina	18	56	11	34	3	9
Quiste Folicular	8	100	0	0	0	0
Ovario poliquísticos	13	100	0	0	0	0
Normal	1	25	1	25	2	50
Total	55		57		32	

FUENTE: Expediente Clínico

TABLA N° 16

Causas del sangrado y etapa cronológica de las pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas al servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012.

Etapa Causa	Fértil		Perimenopausia		Posmenopausia	
	N°	%	N°	%	N°	%
Pólipo endometrial	11	28	20	50	9	22
Pólipo endocervical	9	50	7	39	2	11
Miomatosis uterina	13	68	6	32	0	0
Hiperplasia simple sin atipia	2	15	5	39	6	46
Hiperplasia simple con atipia	0	0	4	80	1	20
Endometritis	1	33	0	0	2	67
Ca de endometrio	0	0	0	0	2	100
Cacu	1	33	0	0	2	67
Sangrado disfuncional	14	61	9	39	0	0
No establecida	9	28	13	39	11	33

FUENTE: Expediente Clínico

TABLA N° 17

Tratamiento y etapa cronológica de las pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas al servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012.

Etapa Tratamiento	Fértil		Perimenopausia		Posmenopausia	
	N°	%	N°	%	N°	%
PROGESTAGENOS	10	44	6	26	7	30
ACO	39	44	32	37	17	19
Legrado Hemostático	10	26	21	54	8	21
HTA	1	11	5	56	3	33
<b>Total</b>	60		64		35	

FUENTE: Expediente Clínico

TABLA N° 18

Relación entre el abordaje terapéutico y evolución de las pacientes con sangrado uterino anormal ingresadas al servicio de ginecología Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2012.

Evolución Tratamiento	Satisfactoria		Insatisfactoria	
	N°	%	N°	%
PROGESTAGENOS	12	52	11	48
ACO	66	75	22	25
Legrado Hemostático	5	13	34	87
HTA	9	100	0	0

FUENTE: Expediente Clínico



Ficha de Recolección de Datos

Abordaje del sangrado uterino anormal Hospital. Bertha Calderón. Enero – Diciembre 2012

Expediente: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Procedencia: Urbana \_\_\_\_ Rural \_\_\_\_

• Antecedentes personales patológicos

Diabetes \_\_\_\_, HTA \_\_\_\_, Obesidad \_\_\_\_, Endocrinopatías \_\_\_\_.

• Patrón menstrual

FUM \_\_\_\_\_

Ciclos: regulares \_\_\_\_, irregulares \_\_\_\_.

Sangrado post coito: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

• Hospitalizaciones previas por esta causa: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Recibió tratamiento previo: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Qué tipo: \_\_\_\_\_ si el tratamiento fue hormonal por cuánto tiempo < 6 meses \_\_\_\_, 6 - 1 año \_\_\_\_, >1 año \_\_\_\_

Duración del sangrado al momento de su ingreso: 7-14 días \_\_\_\_ 15-30 días \_\_\_\_ >30 días \_\_\_\_

• Motivo de ingreso

Trastornos hemodinámicos Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Para estudio diagnóstico Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

No especificado \_\_\_\_\_

• **Métodos diagnósticos**

LUA biopsia \_\_\_\_\_ LUI biopsia \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

**USG pélvico abdominal** \_\_\_\_\_ **Resultado** \_\_\_\_\_

USG transvaginal \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Histerosalpingografía \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Tiempos de coagulación \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

BHC + plaquetas \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Cuantificación de hormonas: \_\_\_\_\_

• causa establecida del sangrado \_\_\_\_\_

• Abordaje terapéutico

Tratamiento hormonal a) TRH \_\_ b) Anticonceptivos combinados \_\_ c) Progestágenos \_\_\_\_

Vía: oral \_\_\_\_ inyectable \_\_\_\_\_

Analgésicos \_\_\_\_\_

Procoagulantes \_\_\_\_\_

LUA \_\_\_\_\_

LUI \_\_\_\_\_

Histerectomía \_\_\_\_\_

Evolución de las pacientes

Satisfactoria \_\_\_\_\_

Insatisfactoria \_\_\_\_\_