



GUIA HEMORRAGÍA UTERINA

ANORMAL

Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295

Código: E-GCC-G-007

Versión: 002

Fecha: Noviembre 2017

Página 1 de 27

GUIA HEMORRAGÍA UTERINA ANORMAL

Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición.

Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVO:	4
ALCANCE	4
POBLACIÓN OBJETO:	4
METODOLOGÍA PARA LA BUSQUEDA DE INFORMACIÓN	4
NIVEL DE EVIDENCIA DE LAS RECOMENDACIONES	5
FISIOLOGÍA	5
ETIOLOGÍA	7
HISTORIA Y EXAMEN FÍSICO	9
AYUDAS DIAGNÓSTICAS	10
Evaluación Uterina	11
Evaluación histológica	11
Imágenes de ultrasonido de la cavidad endometrial	11
Ecografía transvaginal	12
Sonografía de contraste	12
Histeroscopia	13
Evaluación del miometrio	13
OPCIONES MÉDICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL SANGRADO UTERINO AGUDO	13
Consideraciones Generales	13
Tratamiento no hormonal	14
Tratamiento Hormonal	15
MANEJO QUIRÚRGICO	17
Histeroscopia vs ablación endometrial	18
FIBROMAS	19
HISTERECTOMIA	19
SITUACIONES ESPECIALES A CONSIDERAR	20
ADOLESCENCIA	20



**GUIA HEMORRAGÍA UTERINA
ANORMAL**

Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295

Código: E-GCC-G-007


Versión: 002

Fecha: Noviembre 2017

Página 3 de 27

EDAD REPRODUCTIVA	21
ETAPA PERI Y POSMENOPAUSIA.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	23
Anexo 1. Tratamiento medico para la hemorragia uterine anormal	26

PROPIEDAD INTELECTUAL C.A.S.A

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA	Código: E-GCC-G-007
	ANORMAL	Versión: 002
	Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Fecha: Noviembre 2017
		Página 4 de 27

INTRODUCCIÓN

La hemorragia uterina anormal (HUA) es cualquier forma de sangrado uterino que es anormal en cantidad, duración y/o tiempo y puede ser agudo o crónico. Entre el 9% al 46% de las mujeres pueden presentar un sangrado anormal, Dicha hemorragia puede ser un evento fisiológico normal, como se observa en adolescentes que establecen menstruaciones y mujeres que experimentan perimenopausia, o puede significar condiciones patológicas y potencialmente mortales, como embarazo ectópico o cáncer de endometrio.

Se considera que entre 25 a 30% de las consultas ginecológicas son para evaluación y tratamiento de sangrado genital anormal, por lo que cobra importancia, familiarizarse con la definición de sangrado normal el cual es una pérdida de sangre durante un período menstrual de 25 ml a 69 ml, con una pérdida promedio de 35 ml a 40 ml.^{15,16}

Aunque parezca curioso, la causa más frecuente de sangrado genital es la menstruación. Debido a que la menstruación es una condición fisiológica normal, el médico que en primera instancia entra en contacto con la paciente deberá diferenciar entre un sangrado genital anormal y uno normal. Cualquier sangrado genital que difiera de aquel que típicamente presenta la paciente, deberá ser considerado o sospechado como anormal.

OBJETIVO:

Con la construcción de la Guía de hemorragia uterina anormal, se pretende dar las pautas para un enfoque y manejo adecuado de las pacientes que consulten a la clínica Antioquia por urgencias y consulta externa, garantizando la toma de decisiones basados en la mejor evidencia científica disponible.

ALCANCE


La guía aplica desde el momento que la paciente consulta a la clínica Antioquia por sangrado vaginal y termina con el manejo definitivo de la paciente según las características de su patología lo ameriten.

POBLACIÓN OBJETO:

La guía aplica a todas las pacientes que asisten a la clínica Antioquia por el servicio de consulta externa o urgencias y consulten por sangrado vaginal.

METODOLOGÍA PARA LA BUSQUEDA DE INFORMACIÓN

La búsqueda de literatura se realizó en bases de datos de estudio clínicos como MEDLINE, PubMed, y Cochrane utilizando los términos abnormal AND uterine AND bleeding, heavy AND menstrual AND bleeding y therapeutic management uterine bleeding. Se obtiene como resultado 3315 artículos y se aplica los filtros de artículos de los últimos 5 años y Guideline, reduciendo el número a 25. De estos 25 artículos se seleccionan 10 artículos, los cuales cumplen con el diseño metodológico de guías de práctica clínica, clasificaciones de la patología en

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA	Código: E-GCC-G-007
	ANORMAL	Versión: 002
	Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Fecha: Noviembre 2017
		Página 5 de 27

cuestión.


Dentro de la revisión de los 10 artículos se toman en cuenta estudios citados que dan validez a las recomendaciones citadas en esta guía. También se tiene en cuenta como base de trabajo, la guía del ministerio de la protección social de Colombia de hemorragia uterina disfuncional.

NIVEL DE EVIDENCIA DE LAS RECOMENDACIONES

Grado de las recomendaciones.	
Clase	Tipo de evidencia
1 A	Meta análisis de ensayos clínicos aleatorizados
1 B	Ensayo clínico aleatorizado
2	Metaanálisis de estudios que no son aleatorios Ensayos no aleatorizados, pero controlados internamente. Los controles se consideran "internos" si se incluyen en el diseño original del estudio. Las comparaciones post hoc o históricas no se consideran controles internos. Las comparaciones de series clínicas no controladas de otro modo no se consideran controles internos.
3	Ensayos no aleatorizados, pero controlados internamente Los controles se consideran "internos" si se incluyen en el diseño original del estudio. Las comparaciones post hoc o históricas no se consideran controles internos. Las comparaciones de series clínicas no controladas de otro modo no se consideran controles internos.
4	Estudios de casos y controles
5	Estudios de cohorte
6	Series clínicas sin comparación interna
7	Opinión de expertos sin estudios clínicos disponibles

FISIOLOGÍA

La comprensión de la fisiología del ciclo menstrual es importante un manejo racional de esta entidad. La menstruación es el producto de una serie de interacciones hormonales complejas, en las que el hipotálamo, la hipófisis y el ovario juegan un papel primordial. Las hormonas secretadas a lo largo de ese eje estimulan la producción de esteroides sexuales por mecanismos de retroalimentación que son sensibles a aquellos y a otra serie de sustancias circulantes, tales como los neurotransmisores, prostaglandinas, hormonas adrenales,

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA ANORMAL	Código: E-GCC-G-007
	Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 6 de 27

tiroideas y sustancias vasoactivas.

El ciclo menstrual puede ser dividido en tres fases: la folicular, la ovulatoria y la luteal. En el momento del nacimiento, cientos de folículos primordiales se encuentran en cada ovario. Durante la fase folicular ocurre una serie de cambios que aseguran que un número de folículos estén listos para la ovulación. De este proceso de maduración resulta un folículo dominante.

Los receptores para LH en las células de la teca del folículo son estimulados para producir andrógenos, que difunden la membrana basal del folículo y son convertidos a estrógenos por las células de la granulosa. La producción continua de estrógenos conduce a la selección del folículo destinado a ovular.

Aproximadamente 24 a 36 horas antes de la ovulación se inicia el pico preovulatorio de estrógenos, el cual produce un descenso en la producción de FSH y un rápido aumento en la producción de LH. Este pico de LH anuncia el comienzo de la fase luteal y la producción inicial de progesterona en el folículo dominante. Al mismo tiempo, se produce un incremento de los andrógenos por parte de los folículos en degeneración, que se cree son los responsables del aumento de la libido en el momento de la ovulación. Después de este evento, el cuerpo lúteo por la LH aumenta su producción de progesterona, que llega a su máximo pico alrededor del día 8 del ciclo. Si en este momento no ha habido fecundación del óvulo, se inicia la senescencia del cuerpo lúteo que se manifiesta por un descenso en los niveles de progesterona y estradiol, los cuales, a su vez, retiran su efecto de retroalimentación negativa sobre la FSH y la LH y así permiten un incremento en los niveles de FSH, especialmente al final del ciclo, cuyo objeto es seleccionar el grupo de folículos primarios de donde finalmente resultará el folículo dominante del siguiente ciclo.

En resumen, la función menstrual normal es el producto de una serie de interacciones complejas, lo cual hace que cualquier trastorno sobre este mecanismo se refleje y pueda manifestarse en un sangrado genital anormal.

Normalmente, la menarquia ocurre entre los 10 y 14 años, con una media de 12 años. Aproximadamente, el 95% de las niñas hacia la edad de los 14 años ya ha presentado su menarquia. Las irregularidades menstruales en esta época son comunes.

Los intervalos entre los ciclos varían entre los diferentes individuos y están sujetos a la edad, estilo de vida, estrés, problemas personales o familiares, nutrición, etc. Ciclos menstruales con intervalos entre 21 y 35 días son considerados como normales. Una vez que el patrón menstrual se ha establecido, variaciones hasta de 5 días pueden ser consideradas normales. La duración de la menstruación varía entre 3 y 7 días y también con cada ciclo. También, la cantidad de sangre perdida con cada periodo menstrual es diferente. La pérdida sanguínea se calcula entre 25 y 80 ml por ciclo. La cantidad promedio de sangre absorbida por un tampón o una toalla higiénica está alrededor de 20 a 30 ml de sangre. Por ello, el número de toallas o tampones utilizado en un ciclo puede servir para estimar la pérdida sanguínea. Se considera normal el uso de un tampón o una toalla, por cada tres horas de episodio menstrual.

Usualmente, la sangre menstrual no se coagula, debido a un sistema de fibrinólisis existente en la cavidad uterina y en el cérvix. Se ha postulado que cuando la sangre se coagula significa que existe una hemorragia más

abundante de lo normal y que esta sangre no alcanza a permanecer el tiempo suficiente en el útero para sufrir el proceso de fibrinólisis. Por eso, la presencia de coágulos en la menstruación sugiere que la pérdida sanguínea en ese ciclo ha sido importante.

El sangrado genital anormal tiene un significado según la edad. La hemorragia funcional es más común en mujeres jóvenes, mientras que las causas malignas de hemorragia deben ser sospechadas en grupos de mujeres mayores. Durante la época reproductiva de la mujer, la hemorragia debida a trastornos del embarazo siempre debe ser tenida en cuenta. Aunque el origen de la HGA es típicamente uterina, deben ser considerados otros orígenes del sangrado, como aquellos provenientes del recto y la vejiga.


ETIOLOGÍA

En el 2011, la FIGO (Federación internacional de ginecología y obstetricia), estableció un sistema de clasificación estandarizada llamado PALM – COEIN¹⁸. En este sistema, la HUA se clasifica por causa: pólipo, adenomiosis, leiomioma, malignidad e hiperplasia, coagulopatía, disfunción ovulatoria, endometrial, iatrogénica y no clasificada. Las 9 categorías principales son generalizadas y permiten subcategorías.

Aunque el término hemorragia uterina disfuncional se utilizó anteriormente para describir el sangrado uterino que no se debía a una causa sistémica o estructural, este término no se usa en el sistema de clasificación PALM-COEIN, y se recomienda que el término ya no se use.¹⁷ Además, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia recomendó cambiar o aclarar ciertos términos usados previamente para describir los patrones menstruales¹⁸. Por ejemplo, la metrorragia se cambió a sangrado intermenstrual para describir cualquier sangrado entre distintos períodos, y la menorragia se cambió a sangrado menstrual abundante. (Tabla 1).

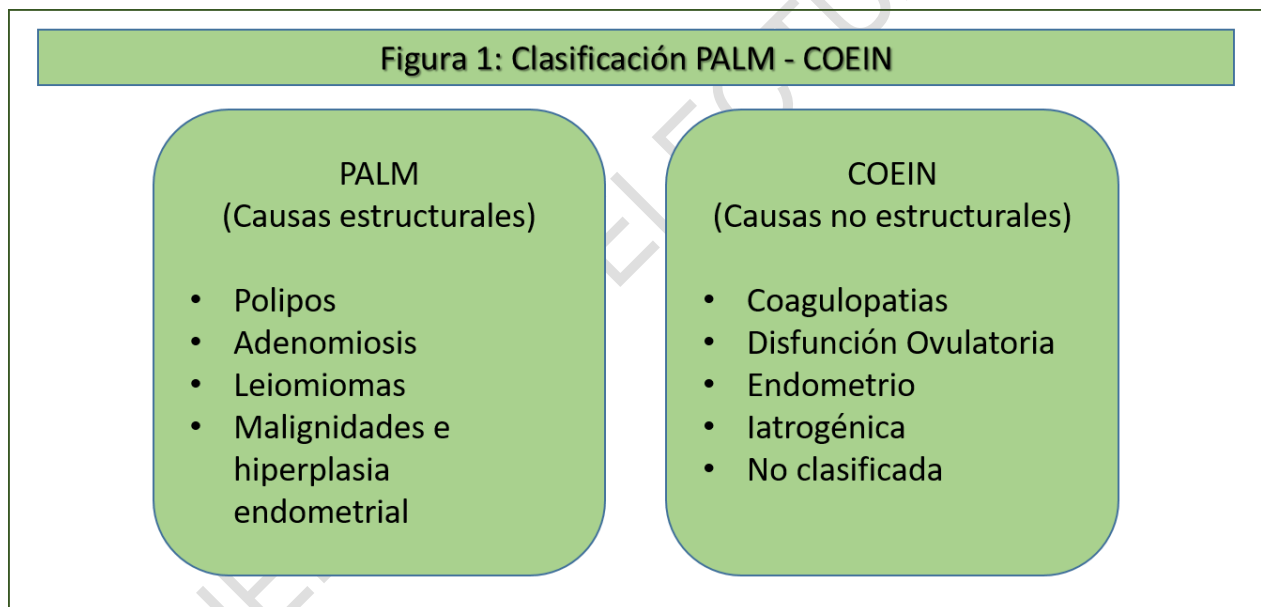
Tabla 1. Terminología y definición relacionada con el sangrado uterino anormal

Termino	Definición	Características
Amenorrea	Ausencia de menstruación por 3 meses o más consecutivos	Sin menstruación en los últimos 3 meses
Sangrado intermenstrual	Sangrado o spotting entre ciclos menstruales normales (antes conocido como metrorragia)	Ocurre a intervalos regulares
Sangrado menstrual abundante	Sangrado excesivo (≥ 80 ml/ciclo), percepción de la paciente de gran cantidad de sangrado o sangrado mayor a 7 días (antes conocido como menorragia o hipermenorrea)	

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA	Código: E-GCC-G-007
	ANORMAL	Versión: 002
	Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Fecha: Noviembre 2017
		Página 8 de 27


Oligomenorrea	Menstruaciones poco frecuentes o flujo disminuido y escaso. El término hipomenorrea a veces se usa para el sangrado regular de escasa cantidad.	Duración del ciclo mayor de 35 días; flujo ligero o escaso
Polimenorrea	Menstruación regular y frecuente	Sangrado a intervalos regulares menores de 21 días.

Las causas de la hemorragia genital anormal pueden ser divididas en varias categorías: orgánica, médica, en relación con el embarazo, y hormonal. Todo ese listado de patologías que se muestra en la tabla 1 debe ser tenido en cuenta en el proceso de evaluación de la paciente con hemorragia genital anormal, a través de la historia clínica, examen físico y exámenes paraclínicos.



La HUD puede ocurrir en cualquier época de la vida desde la menarquia hasta la menopausia, y con más frecuencia en los extremos de la vida reproductiva. Alrededor del 50% de las hemorragias ocurre en mujeres perimenopáusicas entre los 40 y 50 años de edad; un 20% ocurre en la adolescencia y el 30% restante se presenta en las mujeres en edad reproductiva.

Los cambios hormonales indudablemente afectan en forma directa el espesor del endometrio, y los cambios bruscos que se produzcan en sus niveles endógenos o por hormonas exógenas, definitivamente modifican el

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA ANORMAL Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Código: E-GCC-G-007
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 9 de 27

patrón menstrual.

HISTORIA Y EXAMEN FÍSICO

El enfoque inicial hacia el manejo de cualquier tipo de HUA debe dirigirse a la causa, y considerando dos factores: determinar la severidad de la hemorragia (severa, moderada o leve) y el tipo de paciente que presenta el sangrado, adolescente o adulto.

El diagnóstico preciso depende de una historia detallada y un adecuado examen físico que comienza con el motivo de consulta principal. Una historia menstrual detallada es particularmente relevante para ayudar a determinar si el patrón de sangrado es consistente con los ciclos ovulatorios o anovulatorios. Es importante que una mujer describa el inicio, la frecuencia y la duración de la hemorragia para determinar si el sangrado es de naturaleza cíclica y cómo este se desvía del ciclo normal. Al tomar una historia menstrual, es importante obtener la edad de la menarca y / o la menopausia; la frecuencia de los ciclos, la duración y la cantidad estimada del sangrado; si hay expulsión de coágulos; y las fechas y el patrón de los últimos 3 períodos menstruales regulares. Se puede usar un calendario para identificar los tiempos y la duración del sangrado anormal. El color y el carácter del sangrado y cualquier signo y síntoma relacionado (p. Ej., Dolor, olor, secreción, síntomas del embarazo, sangrado postcoital) son relevantes. Es especialmente importante descartar el embarazo en cualquier mujer en edad fértil que presente un sangrado anormal.

La historia de la paciente puede revelar si el sangrado es secundario a agentes mecánicos (uso de dispositivos intrauterinos) o farmacológicos. Interrogue a cerca del uso de anticonceptivos principalmente el tipo, tiempo de uso y efectos secundarios. En los antecedentes es importante indagar a cerca de episodios previos de sangrado, alteraciones en la citología, cirugías ginecológicas, infecciones de transmisión sexual u otras infecciones genitales o de otros órganos.

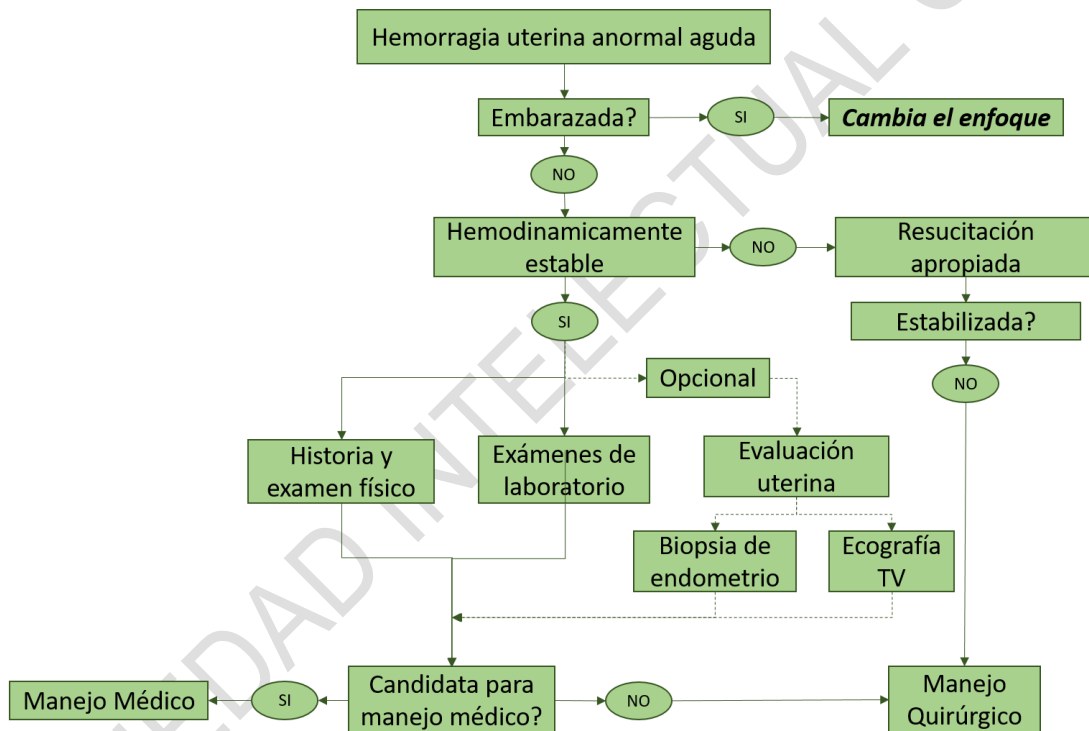
Indague sobre el uso de medicamentos formulados o de venta libre, uso drogas ilícitas; patrones de ejercicio; situaciones de estrés y estado nutricional. Investigue acerca de los antecedentes familiares de trastornos endocrinos y patrones de sangrado o problemas de sangrado similares, que incluyen discrasias sanguíneas, defectos de la coagulación o hematomas fáciles. Una revisión de los sistemas también puede revelar afecciones médicas subyacentes que pueden ser la causa del sangrado anormal, incluidos trastornos tiroideos (fatiga, hiperactividad, aumento o pérdida de peso) o tumores secretores de hormonas (pérdida de cabello, cambios en el tamaño de los senos, hirsutismo). Otros hallazgos que pueden apuntar a enfermedad sistémica como la causa del sangrado anormal incluyen hematomas fáciles, petequias, cambios de peso o apetito y cambios en los patrones de eliminación.

Un examen pélvico es esencial para mujer que han sido sexualmente activa, se queja de dolor abdominal o pélvico, son anémicas o refieren sangrado tan abundante que su estabilidad hemodinámica podría verse comprometida. En el caso de pacientes adolescentes, que no han tenido vida sexual activa, que recientemente comenzó a menstruar y tiene hematocrito normal, un examen pélvico (especialmente espéculo y exámenes bimanuales) puede ser innecesario. El examen pélvico debe incluir una evaluación general de los genitales para detectar malformaciones, obstrucciones, hematomas, laceraciones o evidencia de infección. Un clítoris

agrandado, clitoromegalia, puede ser un signo de un posible trastorno endocrino. El uso de un espéculo permite la inspección de la vagina y el cuello uterino en busca de evidencia de infección, trauma u objetos extraños. Durante el examen bimanual, evalúe si hay tumores, pólipos cervicales, quistes ováricos, sensibilidad o agrandamiento uterino o dolor o masas anexiales.

La hemorragia uterina anormal puede variar desde un sangrado moderado hasta sangrados severos que ocasionan shock hipovolémico. En este caso todos los esfuerzos en la paciente deben ir enfocados a realizar una reanimación adecuada y lograr una estabilización hemodinámica.


Figura 2: Evaluación de la paciente con HUA



AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Para cualquier paciente que consulte por un sangrado vaginal, siempre el punto de partida serán la historia clínica y el examen físico, los que determinan los exámenes paraclínicos necesarios para llegar a un diagnóstico.

Las pacientes con hemorragia uterina severa, se debe realizar un hemoleucograma completo, hemoclasificación y prueba de embarazo. Si hay sospechas de que la paciente pueda tener un trastorno de la coagulación, se deben considerar pruebas adicionales, tales como fibrinógeno, PT y PTT.

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA	Código: E-GCC-G-007
	ANORMAL	Versión: 002
	Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Fecha: Noviembre 2017
		Página 11 de 27

En quienes se considere un riesgo de una coagulopatía hereditaria, incluyendo aquellos con una historia estructurado "positivo" (Tabla 3), se debe considerar enfermedad de von Willebrand, incluyendo von Factor de Willebrand, factor VIII y cofactor de ristocetina (Clase 2). Algunos paraclínicos, incluido el factor de von Willebrand, pueden verse afectados por el tiempo en el ciclo menstrual o el uso de esteroides gonadales y, si son negativos en el contexto de una historia sugestiva, pueden ser repetitivos.

Para aquellas mujeres que usan anticoagulantes, se debe medir el INR y otras medidas apropiadas de la función de la coagulación. Si se conoce o se sospecha un trastorno de la hemostasia sistémica, la consulta con un especialista en hematología generalmente es apropiada (Clase 7).

Evaluación Uterina


Tanto la evaluación histológica del endometrio como la evaluación ecográfica e histeroscópica de la estructura de la cavidad endometrial pueden estar limitadas debido a la presencia de sangre y coágulos. En algunos casos, la inestabilidad hemodinámica puede dictar que sean diferidos. En consecuencia, estos pasos pueden realizarse según corresponda más adelante en el curso clínico (Clase 7).

Evaluación histológica

No es necesario tomar muestras del endometrio en todas las mujeres con hemorragia uterina severa y aguda, sin embargo, la evaluación histológica del endometrio con biopsia endometrial generalmente se recomienda como parte inicial de la investigación para mujeres seleccionadas con sangrado uterino anormal. Farquhar et al han determinado que estas mujeres incluyen a las mayores de 45 años o de cualquier edad con alguna de estas características: anovulación crónica, infertilidad, diabetes, obesidad (> 90 kg), antecedentes familiares de cáncer de endometrio o exposición prolongada a estrógeno o tamoxifeno (Clase 3). Sin embargo, no todos los investigadores han encontrado los mismos resultados que el grupo de Farquhar. En un estudio a menor escala, Ash et al encontraron que solo los períodos menstruales irregulares y las mayores de 40 años se asociaron con un mayor riesgo de neoplasia endometrial (Clase 3). En general, se ha demostrado que el muestreo endometrial del consultorio con catéteres estrechos desechables es equivalente a la llamada dilatación y curetaje "formal" para diagnosticar el carcinoma endometrial.

Imágenes de ultrasonido de la cavidad endometrial

La instrumentación a ciegas ha demostrado ser inadecuada para una representación precisa de la estructura de la cavidad endometrial. En consecuencia, la evaluación estructural precisa de la cavidad endometrial requiere imágenes con técnicas de ultrasonografía y / o inspección directa con histeroscopia.

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA	Código: E-GCC-G-007
	ANORMAL	Versión: 002
	Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Fecha: Noviembre 2017
		Página 12 de 27

Ecografía transvaginal


En la mujer no embarazada con hemorragia anormal, se ha asociado un complejo delgado de eco endometrial (EEC por sus siglas en inglés) en combinación con una ausencia de leiomiomas cerca de la EEC con los resultados normales del examen histeroscópico²⁰ (Clase 3). Sin embargo, la ecografía transvaginal es menos sensible que otras técnicas como la histeroscopia y la ecografía de contraste (típicamente ecografía con infusión de solución salina) para detectar lesiones intrauterinas, especialmente pólipos²¹ (Clase 3). Una revisión sistemática en Cochrane también sugiere que la ecografía transvaginal es casi tan precisa como la ecografía con infusión de solución salina y la histeroscopia, pero la revisión no incluyó dicha evaluación en mujeres con hemorragia uterina anormal aguda²² (Clase 1A). La excepción fue una sensibilidad ligeramente menor para la detección de leiomiomas submucosos. Otros investigadores han encontrado que incluso con mediciones de EEC relativamente delgadas (5 mm o menos) aún pueden pasarse por alto los pólipos con ultrasonido transvaginal²¹ (Clase 1B). En consecuencia, aunque la ecografía transvaginal es una prueba de detección adecuada para la evaluación primaria de la cavidad endometrial, la sensibilidad es lo suficientemente baja como para que el médico deba considerar las técnicas que son más sensibles para las mujeres con síntomas persistentes. Además, en el contexto de una hemorragia uterina intensa y aguda, el EEC puede ser difícil de interpretar debido a que los coágulos puede ser difíciles de distinguir del endometrio o los pólipos endometriales (Clase 7).

Como resultado, en presencia de un endometrio anormalmente grueso o cuando los leiomiomas existen sospechosamente cerca del endometrio, se debe considerar una evaluación adicional con ecografía con infusión de solución salina o histeroscopia después de la resolución o el tratamiento de los síntomas agudos. Finalmente, cuando la historia da lugar a la sospecha de la presencia de una malformación arteriovenosa (MAV), la evaluación ultrasónica del útero con evaluación del Doppler color es valiosa. La presencia de hallazgos sugestivos de MAV debe alertar al médico para evitar el curetaje de la cavidad endometrial y considerar intervenciones que están diseñadas para ocluir los vasos cerca del endometrio (Clase 6).

Dentro de las técnicas diagnósticas para excluir patología anatómica se incluyen muestras de endometrio, ecografía pélvica transvaginal, histeroscopia, curetaje, cultivos endometriales, determinaciones hormonales.

Sonografía de contraste

La ecografía de contraste (también conocida como sonohisterografía, histerosonografía, ecografía de contraste uterino y ecografía con infusión de solución salina) es la evaluación ecográfica (generalmente transvaginal) de la cavidad endometrial después de la instilación transcervical de solución salina²³ (Clase 3). Este enfoque es comparable a la histeroscopia para la detección de lesiones intrauterinas como pólipos y leiomiomas submucosos^{25,25} (Clase 3). Sin embargo, en el contexto del sangrado uterino agudo, los resultados de la ecografía con contraste son frecuentemente difíciles de interpretar debido a que el coágulo y los desechos que existen en la cavidad endometrial imposibilitan su uso en el contexto agudo. La ecografía de contraste puede ser menos precisa en la evaluación del útero grande debido a la limitada distensibilidad de la cavidad endometrial²² (Clase 1B). En tales circunstancias, la histeroscopia puede ser superior.

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA	Código: E-GCC-G-007
	ANORMAL	Versión: 002
	Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Fecha: Noviembre 2017
		Página 13 de 27

Histeroscopia

La capacidad de la histeroscopia diagnóstica para proporcionar información que no se puede obtener de forma predecible mediante muestreo endometrial ciego se ha documentado adecuadamente²³ (Clase 2). En el contexto de una hemorragia uterina anormal aguda, es poco probable que los medios gaseosos sean productivos, pero la distensión de fluido de la cavidad endometrial con un sistema de flujo continuo puede facilitar la visualización de la cavidad endometrial (Clase 6). Al igual que con las imágenes de ultrasonido, la histeroscopia puede ser un desafío frente a la hemorragia uterina aguda.

Evaluación del miometrio

La evaluación del miometrio rara vez es necesaria en la investigación y el tratamiento del sangrado uterino anormal agudo. No obstante, el clínico debe recordar considerar las MAV en aquellas circunstancias excepcionales en las que el sangrado no responde a las medidas habituales. Si existe tal sospecha, el Doppler color o la resonancia magnética parece ser la técnica de diagnóstico más adecuada (Clase 5).


OPCIONES MÉDICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL SANGRADO UTERINO AGUDO

Consideraciones Generales

Los abordajes médicos de la hemorragia uterina aguda varían de acuerdo con la condición clínica, incluido el estado hemodinámico, el nivel de hemoglobina inicial, los detalles de la historia de la paciente y los recursos clínicos disponibles (Figura 3). Puede haber diferencias en el tratamiento de las mujeres que se sabe que tienen coagulopatías y las que se desconoce o se sospecha que tienen un trastorno sistémico de la hemostasia. Dada la limitada evidencia disponible, en la mayoría de los casos, las intervenciones con esteroides gonadales, los procedimientos que incluyen el taponamiento endometrial e incluso la terapia antifibrinolítica tendrán una eficacia potencial independientemente de la presencia de coagulopatía. Sin embargo, en mujeres con coagulopatías, pueden ser útiles varias intervenciones específicas, cuyos detalles están fuera del alcance de esta guía.

Una vez que se ha descartado malignidades y patología pélvica significativa, el tratamiento médico debe considerarse como la opción terapéutica de primera línea para el sangrado uterino anormal²⁶ (Clase I). El tratamiento específico para una condición médica subyacente que pueda afectar el sangrado menstrual, como el hipotiroidismo, debe iniciarse antes de agregar cualquiera de los agentes médicos descritos. Las mujeres que se encuentran anémicas debido a hemorragia uterina deben comenzar suplementos de hierro inmediatamente.

El sangrado menstrual abundante y regular se puede tratar con éxito con opciones hormonales y no hormonales. Los tratamientos no hormonales como los antiinflamatorios no esteroideos y los antifibrinolíticos se toman durante la menstruación para disminuir la pérdida de sangre y, por lo tanto, son efectivos principalmente en el

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA	Código: E-GCC-G-007
	ANORMAL	Versión: 002
	Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Fecha: Noviembre 2017
		Página 14 de 27

contexto de un sangrado menstrual abundante cuando el momento del sangrado es predecible²⁷ (Clase IA).

Cuando el sangrado es irregular o prolongado se trata con mayor efectividad con metodos hormonales que regulan los ciclos, disminuyendo la probabilidad de episodios de sangrado imprevisto y potencialmente intensos. Las progestinas cíclicas, los anticonceptivos hormonales combinados y el dispositivo intrauterino liberador de levonorgester son ejemplos de opciones efectivas en este grupo, que proporcionan ciclos más predecibles y protegen el endometrio del estrógeno continuo y el riesgo de hiperplasia o carcinoma. La terapia médica también puede ser útil en algunos casos para reducir las pérdidas menstruales asociadas con los fibromas o la adenomiosis.

Tratamiento no hormonal

- **AINES**


Se han demostrado niveles elevados de prostaglandina E2 y prostaglandina F2- α en los tejidos uterinos de mujeres con sangrado menstrual abundante. La ciclooxigenasa convierte el ácido araquidónico en prostaglandinas dentro del endometrio. Los AINE reducen la producción total de prostaglandinas a través de la inhibición de la ciclooxigenasa, cambiando el equilibrio entre las prostaglandinas y los tromboxanos para promover la vasoconstricción uterina.

En una revisión Cochrane que incluyó 17 ensayos aleatorizados, los AINES redujeron la pérdida de sangre en un 33% a 55% en comparación con placebo, sin una diferencia significativa en los efectos adversos. Los AINES también tienen el beneficio adicional de mejorar la dismenorrea en hasta 70% de los pacientes. Aunque el ácido mefenámico y el naproxeno son los más estudiados, el ibuprofeno, el diclofenaco, la indometacina y el ASA han demostrado ser eficaces cuando se toman durante la menstruación. La terapia idealmente comienza el día antes de la menstruación, y continúa durante 3 a 5 días o hasta que cesa el sangrado. Las contraindicaciones para el tratamiento con AINE incluyen hipersensibilidad, gastritis preexistente y enfermedad de úlcera péptica. Es poco probable que los efectos secundarios, como el malestar gastrointestinal, sean significativos o provoquen la interrupción, ya que la terapia continúa solo unos días al mes.

- **Antifibrinolíticos**

Los activadores del plasminógeno son un grupo de enzimas que causan la fibrinólisis o la degradación de los coágulos. Se ha encontrado que las mujeres con sangrado menstrual abundante tienen niveles endometriales elevados de activadores del plasminógeno, con más actividad fibrinolítica local que las mujeres con pérdidas menstruales normales. El ácido tranexámico es un agente antifibrinolítico (o inhibidor del activador del plasminógeno) que se une de forma reversible al plasminógeno y reduce la degradación local de fibrina sin cambiar los parámetros de coagulación sanguínea.

Ensayos clínicos aleatorizados han demostrado la superioridad del ácido tranexámico sobre las progestinas en la fase lútea y los AINES, sin ninguna diferencia significativa en los efectos secundarios informados, y una

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA	Código: E-GCC-G-007
	ANORMAL	Versión: 002
	Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Fecha: Noviembre 2017
		Página 15 de 27

tendencia hacia una mejoría percibida por el paciente. Los efectos secundarios generalmente son leves, pero pueden incluir náuseas, vómitos, diarrea y dolores de cabeza.

Tratamiento Hormonal


- Anticonceptivos Hormonales combinados (CHCs)

Los CHC, incluida la píldora anticonceptiva oral, el parche anticonceptivo y el anillo vaginal, proporcionan un excelente control del ciclo, reducen significativamente las pérdidas menstruales y mejoran la dismenorrea. La pérdida de sangre menstrual se reduce hasta 40% a 50% en mujeres que toman anticonceptivos orales combinados de la manera cíclica tradicional. El componente de progesterona proporciona supresión de la ovulación e inhibe la esteroidogénesis ovárica para crear atrofia endometrial, mientras que el estrógeno proporciona apoyo al endometrio para reducir la probabilidad de hemorragia intercurrente no programada. La mayoría de las contraindicaciones médicas para los CHC, son los antecedentes de trombosis o accidente cerebrovascular, hipertensión no controlada, migraña con síntomas neurológicos, enfermedad arterial coronaria, enfermedad hepática y antecedentes de cáncer de mama. Los CHSs son peligros principalmente debido al componente de estrógeno.

A pesar del uso generalizado de los anticonceptivos orales combinados que contienen etinilestradiol para el tratamiento del sangrado menstrual abundante en la práctica clínica, todavía hay pocos datos de ensayos aleatorizados sobre su eficacia en este contexto. Un ensayo aleatorizado controlado con placebo de un anticonceptivos orales combinados trifásico entre mujeres con menstruaciones irregulares y abundantes, informaron que el 73.2% de los sujetos tuvieron una mejoría significativa en la pérdida de sangre menstrual en comparación con el 39.6% en el grupo placebo.

El uso continuo de anticonceptivos orales combinados, el parche anticonceptivo y el anillo reducen la cantidad de pérdida de sangre por ciclo y la cantidad de episodios de hemorragia por año en comparación con los anticonceptivos orales combinados utilizados de forma habitual. Este régimen, con supresión ovárica prolongada, es particularmente útil para las mujeres con dismenorrea y dolor pélvico, y se debe considerar en mujeres con sangrado anormal que también padecen estas afecciones. En general y administrados en cualquier régimen, los CHC representan una excelente opción de tratamiento para las mujeres con sangrado anormal que buscan un método anticonceptivo confiable

Los anticonceptivos orales combinados, el acetato de medroxiprogesterona de depósito y los sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel reducen significativamente el sangrado menstrual y deben usarse para tratar a las mujeres con sangrado uterino anormal que desean un método anticonceptivo eficaz²⁸. (Clase IA)

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA	Código: E-GCC-G-007
	ANORMAL	Versión: 002
	Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Fecha: Noviembre 2017
		Página 16 de 27


- **Progestinas orales**

Las progestinas cíclicas, como el acetato de medroxiprogesterona o noretindrona (o noretisterona) tomadas durante 12 a 14 días cada mes son un tratamiento reconocido para el sangrado anovulatorio. Aproximadamente el 50% de las mujeres con ciclos irregulares logrará regularidad menstrual con este régimen, con el beneficio adicional de proteger el endometrio de los efectos del estrógeno continuo. Sin embargo, la progestina en fase lútea sola no es un tratamiento efectivo para el sangrado menstrual abundante regular (clase IE). Los estudios que examinaron el impacto de noretisterona 5 mg administrados por vía oral 2 o 3 veces al día durante 7 a 11 días al mes en mujeres con menstruación abundante regular no demostraron una reducción significativa en la pérdida media de sangre desde el inicio. Un metanálisis de Cochrane que incluye 7 ensayos clínicos aleatorizados concluyó que el tratamiento con progestina cíclica en fase lútea es significativamente menos eficaz en el tratamiento de la "menorragia" que los AINES, el ácido tranexámico o el danazol. Los efectos secundarios comunes de las progestinas orales incluyen sensibilidad mamaria, retención de líquidos, aumento de peso, dolores de cabeza y acné.

Por el contrario, las progestinas orales de ciclo largo y altas dosis han demostrado reducir las pérdidas menstruales en mujeres con sangrado menstrual abundante. Se comparó un régimen prolongado de noretisterona 5 mg oral cíclico tomado 3 veces al día durante 21 días (días 5 a 26) contra el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (LNG-IUS por sus siglas en inglés) en un ensayo de 44 mujeres con ciclos regulares. Ambos grupos tuvieron una reducción significativa en la pérdida media de sangre de línea base (87%), pero la reducción fue aún mayor para los aleatorizados al LNG-IUS. El LNG-IUS ha demostrado ser sustancialmente superior a otros tratamientos médicos, incluidos los AINE y el ácido tranexámico.

Varios ensayos clínicos han comparado la eficacia y la aceptabilidad del LNG-IUS con los tratamientos quirúrgicos para el sangrado anormal, incluida la ablación y la histerectomía. Un metaanálisis de Cochrane de 8 ensayos que comparó el tratamiento médico con todos los métodos quirúrgicos descubrió que aunque la destrucción endometrial y especialmente la histerectomía reducen de manera más efectiva la pérdida de sangre menstrual, el LNG-IUS proporciona una mejora equivalente en la calidad de vida. Hurskainen et al. Aleatorizaron mujeres con menorragia para recibir una histerectomía o inserción del LNG-IUS. Los dos grupos tenían puntuaciones de calidad de vida similares a las relacionadas con la salud a los 5 años. En un estudio de mujeres en espera de histerectomía, se compararon las usuarias de LNG-IUS con las mujeres que se mantuvieron en una variedad de otros tratamientos médicos. Más de dos tercios de las pacientes a quienes se les insertó el LNG-IUS cancelaron su cirugía en comparación con solo el 14,3% en el grupo de control.

Los efectos secundarios más comúnmente experimentados después de la inserción de LNG incluyen sangrado irregular y spotting, calambres y efectos secundarios hormonales como sensibilidad en los senos, cambios de estado de ánimo y acné. Los síntomas hormonales son generalmente leves y se disipan con el tiempo. Solo 1 a 2 por cada 100 mujeres suspenden el tratamiento al año debido a estos síntomas. El sangrado irregular después de la inserción es común, pero generalmente se resuelve y, por lo tanto, se debe aconsejar a los pacientes. Se ha informado que el sangrado irregular y prolongado (más de 8 días) disminuye en 20% en el primer mes a solo el 3% a los 3 meses. El sangrado irregular post inserción puede demorar más tiempo en establecerse en las

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA ANORMAL Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Código: E-GCC-G-007
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 17 de 27

mujeres con menorragia, con un promedio de hasta 6 meses reportados.

- **Danazol**

El danazol induce atrofia endometrial al inhibir la esteroidogénesis ovárica mediante la supresión del eje pituitario-ovárico, y se ha informado que reduce las pérdidas menstruales hasta en un 80 %. Los regímenes generalmente prescritos oscilan entre 100 y 400 mg/día en dosis divididas, y las dosis más altas generalmente son más efectivas para controlar el sangrado. Las dosis más bajas de 100 a 200 mg / día, aproximadamente el 20% de las mujeres se volverán amenorreicas y la mayoría se volverán oligomenoréicas. El danazol se asocia significativamente con más efectos adversos que otras terapias médicas, específicamente el aumento de peso, el acné y los efectos androgénicos.

- **Gonadotropina Liberando Agonistas de Hormonas**


Los agonistas de GnRH inducen un estado de hipogonadismo reversible. La atrofia endometrial y la amenorrea generalmente se logran entre mujeres premenopáusicas dentro de un período de 3 a 4 semanas. Además de tratar eficazmente el sangrado menstrual abundante, los agonistas de GnRH alivian la dismenorrea asociada con adenomiosis y endometriosis. El uso a largo plazo de los agonistas de GnRH es limitado por los efectos adversos significativos, incluido el dolor óseo, la pérdida de densidad ósea y los efectos hipoestrogénicos, incluidos sofocos, sudores nocturnos y sequedad vaginal. La terapia de restitución con dosis bajas de estrógenos y progestinas minimizará los efectos adversos, y debe administrarse si la terapia se extiende más allá de los 6 meses. Los agonistas de GnRH han demostrado que reducen el volumen uterino y del leiomioma hasta en un 60% y, por lo tanto, a menudo se usan para la terapia preoperatoria a corto plazo, pero los efectos se revierten una vez que cesa el tratamiento. El uso a largo plazo de agonistas de GnRH en el contexto de una hemorragia anormal debe limitarse a escenarios en los que otros tratamientos médicos o quirúrgicos están contraindicados. A estos pacientes que reciben un GnRH por más de 6 meses se les debe recetar terapia hormonal de restitución, si no se ha iniciado ya con el comienzo del agonista de la hormona liberadora de gonadotropina²⁹. (Clase I A)

Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina y danazol reducen eficazmente el sangrado menstrual y se pueden usar para escenarios en los que otros tratamientos médicos o quirúrgicos han fallado o están contraindicados³⁰. (Clase IC).

El resumen de la dosificación y vía de administración de los medicamentos se encuentra en el anexo 1.

MANEJO QUIRÚRGICO

El papel de la cirugía en el tratamiento de HUA requiere una evaluación exhaustiva de la patología subyacente y los factores del paciente. El tratamiento médico del sangrado menstrual abundante es eficaz para muchas mujeres, y el tratamiento con el LNG-SIU puede ser comparable a las opciones quirúrgicas para mejorar la calidad de vida.

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA ANORMAL Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Código: E-GCC-G-007
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 18 de 27

Las indicaciones para la cirugía para mujeres con HUA incluyen

- Falta de respuesta a la terapia médica
- Incapacidad de utilizar terapias médicas (es decir, efectos secundarios, contraindicaciones),
- Anemia importante con alteraciones hemodinámicas
- Impacto en la calidad de vida
- Patología uterina concomitante (fibroides uterinos grandes, hiperplasia endometrial).

La mejora en la calidad de vida es el objetivo final del tratamiento y puede ocurrir a través del logro de eumenorrea o amenorrea.

Las opciones quirúrgicas para el manejo de AUB dependen de varios factores, que incluyen las expectativas del paciente y la patología uterina. Las opciones quirúrgicas incluyen


- Dilatación y legrado uterino,
- Polipectomía histeroscópica,
- Ablación endometrial,
- Miomectomía,
- Histerectomía

La dilatación y legrado, excepto en casos de hemorragia aguda severa refractaria al tratamiento médico, deben ser relegados a una técnica de diagnóstico cuando el muestreo endometrial o la evaluación histeroscópica no es posible.

Histeroscopia vs ablación endometrial

La histeroscopia se refiere a la visualización directa del canal endometrial, con el objetivo de diagnóstico o tratamiento. La polipectomía, la biopsia dirigida y la miomectomía pueden realizarse con esta intervención.

La ablación endometrial es una opción quirúrgica mínimamente invasiva para el sangrado menstrual abundante. Se puede considerar en mujeres que han fallado en el tratamiento médico, que han completado el embarazo o que pueden no ser candidatas para una cirugía mayor. Se pueden ofrecer dos métodos de ablación endometrial en este momento. El primer método implica la resección y/o ablación histeroscópica. Anteriormente denominada ablación endometrial de "primera generación", la ablación endometrial guiada por histeroscopia tiene una cantidad significativa de años de experiencia informada y resultados efectivos. Lethaby et al. informaron en un metanálisis de ensayos en la Base de Datos Cochrane que los métodos ablativos histeroscópicos son altamente efectivos para controlar el sangrado en 87% a 97% de las mujeres. Las tasas de amenorrea variaron de 23% a 60%, con 6% a 20% que, en última instancia, requirieran una intervención adicional (generalmente histerectomía)

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA	Código: E-GCC-G-007
	ANORMAL	Versión: 002
	Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Fecha: Noviembre 2017
		Página 19 de 27

en 1 a 5 años de seguimiento.

Las técnicas no histeroscópicas, o tecnologías de "segunda generación", incluyen una serie de modalidades variables que destruyen el endometrio sin visualización directa. Las técnicas de ablación no histeroscópicas ofrecen resultados de satisfacción del paciente similares con menos riesgos de complicaciones y menos requerimiento anestésico que la ablación histeroscópica tradicional. (Clase IA). Los dispositivos actualmente disponibles incluyen tecnologías que usan un globo calentado, una tecnología bipolar de radiofrecuencia y un dispositivo de microondas. Estos varían en el tipo de energía utilizada, el tiempo requerido y los resultados. Las comparaciones de las diferentes tecnologías han sido difíciles debido a la gran cantidad de opciones disponibles de la competencia. La principal limitación de la mayoría de los dispositivos no histeroscópicos es su incapacidad para tratar patologías uterinas como pólipos y fibromas submucosos. Las cavidades uterinas grandes o muy pequeñas también pueden estar contraindicadas en algunas tecnologías.

Se han realizado una serie de ensayos clínicos controlados, aleatorizados que comparan las técnicas de ablación endometrial con la histerectomía. Si bien se informa una tasa de satisfacción general del paciente de más del 90% para la mayoría de los tipos de ablación endometrial, hasta 30% de las mujeres necesitarán histerectomía dentro de los siguientes 4 años. Sin embargo, la histerectomía se relaciona con más riesgos para el paciente y, por lo tanto, una opción menos invasiva, como la ablación, ofrecería al paciente una recuperación más rápida y un menor riesgo de complicaciones. La histerectomía proporciona un tratamiento definitivo para el sangrado uterino anormal. (Clase 1).


FIBROMAS

Los fibromas uterinos son una anomalía estructural común que lleva a HUA. Se puede producir una hemorragia uterina anormal si una parte o todo el fibroma está dentro de la cavidad uterina. Los fibromas submucosos producen sangrado abundante y / o irregular debido a una mayor área superficial endometrial, una vasculatura inestable que no cicatriza y repara como lo haría el endometrio normal, y la incapacidad del útero para contraerse para proporcionar compresión adicional de los vasos endometriales.

El tratamiento de los fibromas puede incluir supresión médica, embolización de la arteria uterina o cirugía. La cirugía depende del deseo del paciente de fertilidad futura y puede incluir miomectomía o histerectomía. La miomectomía se puede realizar por laparotomía, laparoscopia o histeroscopia según la ubicación y el tamaño del mioma y según la experiencia del cirujano.

HISTERECTOMIA

La histerectomía generalmente se considera como un último recurso en el tratamiento de mujeres con hemorragia uterina aguda. El procedimiento puede realizarse por laparotomía, por vía vaginal o bajo la dirección laparoscópica. La histerectomía subtotal o supracervical es un procedimiento que toma solo el cuerpo uterino, dejando el cuello uterino. Las ventajas de la histerectomía subtotal abdominal son cuestionables, ya que los

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA	Código: E-GCC-G-007
	ANORMAL	Versión: 002
	Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Fecha: Noviembre 2017
		Página 20 de 27

ensayos aleatorizados recientes no han demostrado diferencias en los resultados de las funciones sexuales y urinarias en las mujeres tratadas con los dos procedimientos (Clase 1B). Sin embargo, puede haber menos pérdida de sangre asociada con la histerectomía supracervical (Clase 1B), una característica que puede justificar considerar este enfoque en mujeres con hemorragia uterina aguda

Previo al procedimiento, La desinfección vaginal preoperatoria con solución de yodo-povidona reduce el riesgo de absceso pélvico postoperatorio (Clase 2B) y se recomienda antes de la histerectomía.

La prevalencia de infecciones después de la histerectomía es de aproximadamente 10% (Clase 2). La profilaxis antibiótica perioperatoria con cefalosporina se asocia con una disminución de aproximadamente 50% en la prevalencia de infecciones después de la histerectomía y, por lo tanto, es recomendada para la histerectomía, independientemente de la vía por la cual será practicada (Clase 3B).

En la histerectomía por enfermedad benigna, la prevalencia de la lesión de la vejiga es del 0,6% al 1% (Clase 3) y la de la lesión ureteral del 0,04% al 0,5% (Clase 3). Una historia de cesárea y un útero grande son los dos factores de riesgo identificados más importantes para la lesión de la vejiga (Clase 3). La endometriosis asociada es un factor de riesgo identificado para la lesión ureteral (Clase 3).

SITUACIONES ESPECIALES A CONSIDERAR


ADOLESCENCIA

En la mujer adolescente, la hemorragia anormal casi siempre se produce por un disturbio de la función ovárica que resulta en anovulación. Esto ocurre porque existe una inmadurez del eje hipotálamo hipofisario y por carencia de un mecanismo de retroalimentación positiva por parte del estradiol. Sin embargo, algunas observaciones clínicas sugieren que un poco menos del 20% de las mujeres pospuberales permanecen anovulatorias por más de 5 años después de la menarquia.

La adolescente, en quien su menarquia o sus primeras menstruaciones causen anemia, debe ser evaluada para descartar una discrasia sanguínea, solicitando un tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno y recuento de plaquetas. El 18% de las coagulopatías hereditarias en mujeres blancas y el 7% en las mujeres negras se han sido registradas en mujeres con menorragia.

En la paciente adolescente hay que tener consideración y prudencia respecto al examen ginecológico. Un examen rectal hecho cuidadosamente puede ser algunas veces suficiente para valorar las estructuras pélvicas. El uso de ecografía pélvica puede dar alguna ayuda y si el útero y anexos no pueden ser valorados adecuadamente, se debe contemplar la posibilidad de examen bajo anestesia general.

La evaluación de la función tiroidea, gonadotropinas, prolactina o cualquier otra hormona, se debe practicar de acuerdo con la historia clínica y la evolución de la paciente, en una fase posterior al manejo del episodio agudo y cuando se hayan descartado otras causas orgánicas de hemorragia genital. Se han encontrado irregularidades menstruales asociadas con hipotiroidismo (un poco más de 20% de los casos) o hipertiroidismo (alrededor de

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA	Código: E-GCC-G-007
	ANORMAL	Versión: 002
	Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Fecha: Noviembre 2017
		Página 21 de 27

20% los casos).

EDAD REPRODUCTIVA


La evaluación de la paciente en esta etapa debe partir, como en el caso anterior, de la historia clínica y el examen físico; si se sospecha una hemorragia relacionada con el embarazo, se debe solicitar una sub β -HCG para descartarla o confirmarla, y efectuar el tratamiento del caso. Si se trata de una hemorragia severa de origen ginecológico, con compromiso del estado general, se inicia manejo con medidas de reanimación con líquidos parenterales, sangre o derivados y se practica dilatación y curetaje uterinos, procedimiento que no solamente es terapéutico sino también diagnóstico. Además, el examen pélvico que se practica durante la anestesia general ayuda a determinar una posible etiología orgánica del sangrado. Durante el proceso diagnóstico, una ecografía pélvica también ayuda a complementar el examen físico. El curetaje es una medida de emergencia y no una terapia a largo plazo.

En algunos casos excepcionales de sangrado uterino agudo y cuando las características del endometrio se conocen previamente o la cirugía está contraindicada, se puede utilizar la farmacoterapia parenteral. El manejo posterior está sujeto al resultado de la histología endometrial o al tratamiento específico de la causa orgánica.

Cuando el sangrado es leve o moderado continúa vigente la conducta de descartar las causas relacionadas con el embarazo. Si las pruebas son negativas, sigue la evaluación de una causa orgánica ginecológica. Si la ecografía pélvica sugiere la presencia de pólipos o miomas submucosos, la histerosonografía confirmará este diagnóstico; la histeroscopia ayuda a confirmar el diagnóstico y complementa el tratamiento. En caso de no demostrarse una causa orgánica aparente, el paso a seguir es una biopsia de endometrio y luego farmacoterapia parenteral, seguida de oral. Posteriormente, de acuerdo con el resultado de la patología, se hace manejo con farmacoterapia oral por 3 a 4 ciclos. Si la paciente desea fertilidad o contracepción, se hará el manejo específico. Cuando no exista mejoría con la farmacoterapia anterior, se recomienda histeroscopia con biopsia dirigida para reevaluar posibles causas orgánicas no detectadas en la evaluación inicial. Si se detecta alguna causa orgánica, se trata según la patología. Si la histeroscopia es normal, lo mismo que el resultado de la valoración histológica del endometrio, se puede insistir en farmacoterapia. Si a pesar de esto persiste el problema hemorrágico, se puede ofrecer manejo con LNG-IUSDIU o ablación endometrial o, como última instancia, la histerectomía.

ETAPA PERI Y POSMENOPAUSIA

La paciente con sangrado genital posmenopáusico siempre debe ser evaluada con dilatación y curetaje, o histeroscopia con biopsia dirigida. En mujeres de 40 a 49 años de edad, la incidencia de cáncer endometrial es de 36,5 casos por 100.000. En mujeres de 35 a 39 años, la incidencia es de 6,1 casos por 100.000. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomienda evaluación endometrial en mujeres mayores de 35 años


	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA ANORMAL Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Código: E-GCC-G-007
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 22 de 27

con HUA. La biopsia endometrial tiene alta sensibilidad de revelar carcinoma endometrial: alrededor del 99,6% en mujeres posmenopáusicas, de 91% en premenopáusicas y 81% para hiperplasia endometrial.

Entre las causas no malignas se describen la atrofia endometrial, la hiperplasia endometrial, pólipos endometriales que pueden ser evaluados con ecografía pélvica e histerosonografía. La combinación de biopsia endometrial dirigida e histerosonografía resulta en una sensibilidad de 95 a 97% y una especificidad de 70 y 98% para identificación de anormalidad endometrial.

Otras patologías como la endometritis por TBC, medicamentos como levodopa y la digoxina o compuestos hormonales para terapia de reemplazo, pueden producir sangrado genital.

El tratamiento depende de la causa orgánica, probablemente quirúrgico en los casos de malignidad. Cuando la patología es benigna, como en el caso de la hiperplasia endometrial, se ofrece la posibilidad de manejo médico o histerectomía cuando no haya respuesta. Cuando la histología endometrial muestra un patrón proliferativo en la paciente perimenopáusica se hace manejo con progestágenos. Finalmente, en los casos de patología benigna que no respondan al tratamiento médico se puede manejar con ablación endometrial o con histerectomía.


	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA	Código: E-GCC-G-007
	ANORMAL	Versión: 002
	Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Fecha: Noviembre 2017
		Página 23 de 27

BIBLIOGRAFÍA

1. Albers JR, Hull SK, Wesley MA. Abnormal uterine bleeding. Am Fam Physician 2004; 69:1915-26.
2. Bongers MY, Mol BW, Brölmann HA. Current treatment of dysfunctional uterine bleeding. Maturitas 2004; 47:159-74.
3. Clark TJ, Mann CH, Shah N. Accuracy of outpatient endometrial biopsy in the diagnosis of endometrial cancer: a systematic quantitative review. BJOG 2002; 109:313-21.
4. Dijkhuizen FP, Mol BW, Brolman HA, et al. The accuracy on endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia: A metaanalysis. Cancer 2000; 8:1765-72.
5. Dilley A, Drews C, Miller C, et al. Von Willebrand disease and other inherited bleeding disorders in women with diagnosed menorrhagia. Obstet Gynecol 2001; 97:630-6.
6. Ely JN, Kenedy CM, Clark EC. Abnormal uterine bleeding: a management algorithm. J Am Board Fam Med 2006; 19:590-602.
7. Falcone T, Desjardins C, Bourque J, et al. Dysfunctional uterine bleeding in adolescents. J Reprod Med 1994; 39:761-4.
8. Fazio SB, Ship AN. Abnormal uterine bleeding. South Med J 2007; 100:376-82.
9. Godfrey JR. Toward optimal health: The experts discuss abnormal uterine bleeding. J Womens Health 2004; 13:253-64.
10. Mihm LM, Quick VA, Brumfield JA, et al. The accuracy of endometrial biopsy and saline sonohysterography in the determination of the cause of abnormal uterine bleeding. Am J Obstet Gynecol 2002; 186:858-60.
11. O'Connell LP, Fries MH, Zeringue E, et al. Triage of abnormal postmenopausal bleeding: a comparison of endometrial biopsy and transvaginal sonohysterography versus fractional curettage with hysteroscopy. Am J Obstet Gynecol 1998; 178:956-61.
12. Quint EH, Smith YR. Abnormal uterine bleeding in adolescents. J Midwifery Womens Health 2003; 48:186-91.
13. Williams PL, Laifer-Narin SL, Ragavendra N. US of abnormal uterine bleeding. Radiographics 2006; 23:703-18.
14. Yazbeck C, Omnes S, Vacher-Lavenu MC, et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system in the treatment of dysfunctional uterine bleeding: a french multicenter study. Gynecol Obstet Fertil 2006; 34:906-13.
15. Bayer S, DeCherney A. Clinical manifestations and treatment of dysfunctional uterine bleeding. JAMA. 1993;269(14):1823-1828.
16. Belsey EM, Pinol AP. Menstrual bleeding patterns in untreated women. Task Force on Long-Acting

Systemic Agents for Fertility Regulation. *Contraception*. 1997;55(2):57-65.

17. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. A process designed to lead to international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding. *Fertil Steril*. 2007;87(3) 466-476.
18. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALMCOEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in non-gravidwomen of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;113(1):3-13.
19. Farquhar CM, Lethaby A, Sowter M, Verry J, Baranyai J. An evaluation of risk factors for endometrial hyperplasia in premenopausal women with abnormal menstrual bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1999 Sep;181(3):525-9.
20. Emanuel MH, Verdel MJ, Wamsteker K, Lammes FB. A prospective comparison of transvaginal ultrasonography and diagnostic hysteroscopy in the evaluation of patients with abnormal uterine bleeding: clinical implications. *Am J Obstet Gynecol* 1995 Feb;172(2 Pt 1):547-52. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)90571-5](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(95)90571-5)
21. Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, Ledertoug S, Olesen F. Evaluation of the uterine cavity with magnetic resonance imaging, transvaginal sonography, hysterosonographic examination, and diagnostic hysteroscopy. *Fertil Steril* 2001 Aug;76(2):350-7. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282\(01\)01900-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282(01)01900-8)
22. Farquhar C, Ekeroma A, Furness S, Arroll B. A systematic review of transvaginal ultrasonography, sonohysterography and hysteroscopy for the investigation of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003 Jun;82(6):493-504. DOI: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00191.x>
23. Bonilla-Musoles F, Simón C, Serra V, Sampaio M, Pellicer A. An assessment of hysterosalpingosonography (HSSG) as a diagnostic tool for uterine cavity defects and tubal patency. *J Clin Ultrasound* 1992 Mar-Apr;20(3):175-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jcu.1870200303>
24. Widrich T, Bradley LD, Mitchinson AR, Collins RL. Comparison of saline infusion sonography with office hysteroscopy for the evaluation of the endometrium. *Am J Obstet Gynecol* 1996 Apr;174(4):1327-34. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(96\)70680-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(96)70680-4)
25. Saidi MH, Sadler RK, Theis VD, Akright BD, Farhart SA, Villanueva GR. Comparison of sonography, sonohysterography, and hysteroscopy for evaluation of abnormal uterine bleeding. *J Ultrasound Med* 1997 Sep;16(9):587-91.
26. Milsom I, Andersson K, Andersch B, Rybo G. A comparison of fluribuprofen, tranexamic acid, and a levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive device in the treatment of idiopathic menorrhagia. *AJOG* 1991;164:879-83.
27. Hall P, MacLachlan N, Thorn N, Nudd MWE, Taylor GG, Garrioch DB. Control of menorrhagia by the cyclo-oxygenase inhibitors naproxen sodium and mefenamic acid. *BJOG* 1987;94:554-8.

	GUIA HEMORRAGÍA UTERINA ANORMAL Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295	Código: E-GCC-G-007
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 25 de 27

28. Bonnar J, Sheppard BL, Dockeray CL. The haemostatic system and dysfunctional uterine bleeding. Res Clin Forums 1983;5:27–36.
29. Gleeson N, Buggy F, Sheppard BL. The effect of tranexamic acid on measured menstrual loss and endometrial fibrinolytic enzymes in dysfunctional uterine bleeding. Acta Obstet Gynecol Scand 1994;73:274–7.
30. Menzies SA, Hartley JA, Hitchcock ER. The effect of tranexamic acid on bleeding time and haemostasis. Neurochirurgia (Stuttg) 1991;34:141–3.

PROPIEDAD INTELECTUAL C.A.S.A.

Anexo 1. Tratamiento medico para la hemorragia uterine anormal

Tratamiento	Dosis/régimen	Mecanismo	Contraindicaciones	Efectos adversos	Eficacia/beneficios	Anticoncepción
Hormonales						
Anticonceptivos hormonales combinados (CHCs)	1. Pastilla diaria (COC) por 21 días cada mes. 2. Régimen continuo o extendido 3. Anillo o parche anticonceptivo cíclico o continuo	Supresión del eje ovárico hipofisario, atrofia endometrial	Antecedentes de TEV o accidente cerebrovascular, HTA no controlada, tabaquismo > 15 / día, mayores de 35 años, migración con aura, cáncer de mama, EAC, enfermedad renal / hepática activa	Sensibilidad memoria, cambio de humor, relación de líquidos. Raías: TEV, accidente cerebrovascular MI	Regularidad menstrual, reducción del 20% al 50% de sangrado menstrual, reducción de la dismenorrea y el síndrome premenstrual	Si
LNG-IUS	20 µg por 24 horas de levonorgestrel local, un DIU por hasta 5 años	Supresión local endometrial proliferación y vascularidad	Patología intracavitaria grande, cáncer de mama, enfermedad pélvica inflamatoria recurrente / reciente	Irregular sangrado primero, 6 meses, sensibilidad en los senos, acné, calambres, dolores de cabeza	Reducción del 70% al 97% en la sangrado menstrual, amenorrea en hasta 80% al año, dismenorrea reducida	Si
Progesterona oral cíclica	MPA 5 a 10 mg VO por 10 a 14 d (luteo, anovulatorio), NET 5 mg c/12 h por 5-26 d (fase larga, ovulatoria)	Inhibe la proliferación endometrial	Embarazo, cáncer de mama, enfermedad hepática,	Sensibilidad en los senos, cambios de estado de ánimo, hinchazón, acné, dolores de cabeza, aumento de peso	Sangrado reducido hasta en un 87% con un régimen de fase larga	No (pero reducirá la capacidad de concebir mientras está en tratamiento)
Progesterona inyectada	DMPA 150 mg IM c/90 días	Inhibe la esteroidogénesis ovárica y la proliferación endometrial	Embarazo, cáncer de mama, enfermedad hepática activa, tumores hepáticos	Sangrado irregular, sensibilidad en los senos, aumento de peso, cambios de humor, disminución de la densidad mineral ósea (reversible)	60% de amenorrea a los 12 meses, 68% a los 24 meses	Si
Danazol	100 a 400 mg VO diario	Inhibe la esteroidogénesis ovárica, atrofia endometrial	Enfermedad hepática	Aumento de peso, acné, calambres musculares, malestar gastrointestinal, irritabilidad	80% de reducción de sangrado menstrual, 20% de amenorrea, 70% de oligomenorrea	No
Agonistas de GnRH	Acetato de leuprolida (Lupron) IM mensualmente, de 3 a 6 meses (se recomienda volver a agregarlo si durante más de 6 meses)	Detiene la esteroidogénesis ovárica, atrofia endometrial	Alergia, sospecha de embarazo	Síntomas hipostrogénicos (sofofos, sudores nocturnos, sequedad vaginal), dolor en los huesos, pérdida de la densidad mineral ósea, cambios en el estado de ánimo	El sangrado se detuvo en 89% de 3 a 4 semanas	No
No Hormonales						
AINES	Naproxeno 500 mg c/12 h; ibuprofeno 600 a 1200 mg od, ácido mefenámico. 500 mg od a partir del día 1 o un día antes de la menstruación durante 3 a 5 días o hasta que cese	Reducción de prostaglandinas endometriales	Alergia; enfermedad renal, hipertensión no tratada, trastornos plaquetarios o de la coagulación, gastritis activa o úlceras pépticas	Indigestión, empeoramiento / exacerbación de asma, gastritis o úlceras pépticas	Reducción del 20% al 50% de la sangrado menstrual, reducción de la dismenorrea en el 70%	No
Antifibrinolíticos	Ácido tranexámico 1 gramo de qid por vía oral. 4 gramos de dosis diaria VO, durante la menstruación	Reversible bloqueo plásmínogeno, inhibe la fibrinólisis	Historia pasada VTE	Indigestión, diarrea, dolores de cabeza, calambres en las piernas	Reducción de 40% a 59% en sangrado menstrual	No



**GUIA HEMORRAGÍA UTERINA
ANORMAL**

Adaptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 295

Código: E-GCC-G-007

Versión: 002

Fecha: Noviembre 2017

Página 27 de 27

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Marzo 2014	Adopción guía Hemorragia Uterina Disfuncional	Coordinador tecnicocientifico	Director Tecnico Cientifico	Comité Tecnico Científico
002	Noviembre 2017	Actualización guía Hemorragia Uterina Anormal (cambio de nombre y contenido)	Coordinador Tecnicocientífico	Comité de Gestión de Guías	Comité de Guías.