

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**Tesis
para optar al Título de
Gineco-Obstetra**

**Sangrado Uterino Anormal: Hallazgos clínicos histopatológicos de
pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del HEODRA-León.**

Julio 2002 Octubre 2003.

Autor: Dra. María Auxiliadora Baca Vargas
Médico Residente del IV año de Gineco-Obstetricia.

Tutor: Dra. Lourdes Somarriba.
Gineco-Obstetra

Asesor: Dr. Francisco Tercero
Prof. Titular Medicina Preventiva y SP.

Marzo, 2004

AGRADECIMIENTO

A Dios, que ha estado conmigo en todo momento.

A mi esposo e hija por su comprensión y apoyo en todo momento.

A Dra. Lourdes Somarriba y Dr. Francisco Tercero, por su ayuda y guía durante la realización de este trabajo.

A nuestras pacientes, motivo y estímulo de este estudio y a todas aquellas personas que de una u otra manera hicieron posible la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

A DIOS, fuente de sabiduría a quien he confiado el éxito de estos años de estudio.

Con amor al ser que me ha apoyado siempre y ha estado en cada una de mis decisiones, que con su dedicación y sacrificio me ha impulsado por las sendas del conocimiento, **MI MADRE**.

A MARCOS y VICTORIA, quienes me han animado en momentos de desaliento y han apoyado mis esfuerzos.

RESUMEN

El sangrado uterino anormal es una patología por la que debe interesarse todo ginecólogo ya que es una entidad clínica que se presenta con frecuencia en el servicio de Ginecología.

El objetivo de este estudio fue analizar el comportamiento clínico y hallazgos histopatológicos del sangrado uterino anormal en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología del HEODRA, durante 2002 al 2003.

Se realizó un estudio de serie de corte transversal. Población de Estudio: Todas las pacientes ingresadas al servicio de Ginecología en el período de estudio tomándose la totalidad de la población de estudio. El protocolo de investigación fue sometido al comité de ética de la Facultad de Medicina, el cual no incluía procedimientos invasivos a las pacientes, siendo por lo tanto aprobado sin modificaciones. La fuente fue secundaria a través de expedientes clínicos de pacientes. Se realizó un análisis mediante el software Epi Info 6.0. Las variables categóricas se analizaron en porcentajes y las numéricas con medidas de tendencia central y dispersión.

La frecuencia de sangrado uterino anormal fue de 9.9%. La mayor frecuencia ocurre en edades mayor o igual a los 35 años y procedentes del área urbana. Los Gestágenos Orales tuvieron la mayor proporción de ritmos menstruales irregulares. Otros hallazgos encontrados fueron: útero aumentado de tamaño, enfermedad inflamatoria pélvica aguda y dolor. Como método diagnóstico complementario se utilizó el legrado biopsia hemostático ya sea por legrado uterino instrumental o legrado uterino por aspiración. Se encontró con el hallazgo histopatológico que el 59.1% de los casos eran sangrado uterino disfuncional exceptuando algunas patologías que serían de causa orgánica.

Palabras claves: Sangrado uterino anormal, Nicaragua.

INDICE

CONTENIDO

PAGINAS

Dedicatoria

Agradecimiento

Resumen

Introducción

1

Objetivos

3

Marco Teórico

4

Materiales y Métodos

11

Resultados

17

Discusión de los Resultados

23

Conclusiones

26

Recomendaciones

28

Referencias

29

Anexos

31

INTRODUCCION

El sangrado uterino anormal es una patología por la que debe interesarse todo ginecólogo ya que es una entidad clínica que se presenta con frecuencia en el servicio de Ginecología.⁽¹⁾ La mayoría de las mujeres ocasionalmente experimentan sangrado uterino abundante durante su ciclo menstrual. Este típicamente ocurre durante el final dos o tres años antes de la menopausia o durante los primeros años antes del inicio de la menstruación durante la pubertad.⁽²⁾

Es difícil establecer con seguridad la incidencia real porque a menudo se realiza tratamiento hormonal sin haber practicado un estudio completo del caso y sin haber descartado con seguridad lesión orgánica. Aproximadamente el 50% de las pacientes tienen más de 45 años, el 25% son adolescentes y el 30% están en edad genésica. El 35% de las hemorragias que aparecen en mujeres pos-menopáusicas son de tipo disfuncional.⁽³⁾ El sangrado uterino anormal puede ser causado por patologías a nivel uterino, alteraciones hormonales y embarazo por lo que debe estudiarse cada área separadamente.

Es importante conocer las características de las pacientes en las cuales es más frecuente esta patología y realizar su concordancia con el diagnóstico histopatológico obtenido a través de legrado uterino por aspiración o por legrado uterino instrumental ya que en muchas ocasiones podemos encontrar causas orgánicas de sangrado uterino.

En 1992 se realizó un estudio de sangrado uterino anormal y su correlación clínico-histopatológica en el cual se encontró una frecuencia de la enfermedad en un 19.5% ocurriendo en un 33% en pacientes entre 21 a 40 años y con un hallazgo histopatológico de sangrado uterino disfuncional en el 90.2% de los casos.⁽⁴⁾

En un estudio realizado en Enero-Junio de 1997 en el Hospital Mauricio Abdalah, se encontró que el 35.7% de las pacientes se encontraba entre los 31 a 40 años, el 48.2% se reportó endometrio secretor y el 19.6% glándulas secretoria con reacción residual.⁽⁵⁾

Nuestra investigación nos servirá para obtener datos propios y recientes para tener pautas de comparación del comportamiento de esta patología, además como conocer el tipo de pacientes en que es más frecuente esta patología e identificar las causas etiológicas de acuerdo al resultado histopatológico, que nos permitan revisar posteriormente las conductas de manejo y tratamiento en beneficio de nuestras pacientes y por ende, disminuir la morbi-mortalidad por esta patología.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir el comportamiento clínico y hallazgos histopatológicos del sangrado uterino anormal en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología del HEODRA, en el período comprendido entre el 1 de Julio 2002 al 31 de Octubre 2003.

Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de pacientes con sangrado uterino anormal.
2. Identificar la distribución de pacientes según características socio-demográficas y antecedentes gineco-obstétricos.
3. Describir los síntomas más frecuentes.
4. Conocer los resultados histopatológicos de pacientes con sangrado uterino anormal.

MARCO TEORICO

La capacidad de reproducción en la mujer joven comienza en el momento de la menarca, que marca el inicio del sangrado cíclico en la mujer anatómica y fisiológicamente normal. La menstruación es la eliminación fisiológica del endometrio, asociada con el sangrado uterino que aparece con intervalos mensuales desde la menarca hasta la menopausia, tiene tres características clínicas: el intervalo menstrual o longitud del ciclo, la duración del sangrado y la cantidad del sangrado. La longitud media del ciclo es de 28 a 29 días, si bien un intervalo menstrual de 21 a 37 días se considera normal. La duración del sangrado de 7 días o menos se considera normal. Se considera que una hemorragia total de 20 a 80 ml. está dentro de límites normales, como media 40ml. ⁽⁶⁾

Se emplean diversos términos para definir la descripción y el registro de los patrones de sangrado uterino. ⁽⁶⁾

Polimenorrea: Un intervalo entre ciclos menstruales de menos de 21 días.

Amenorrea: Ausencia de sangrado menstrual durante más de 6 meses.

Sangrado Inter menstrual: Sangrado entre ciclos menstruales.

Oligomenorrea: Un intervalo entre ciclos menstruales de más de 35 días.

Metrorragia: Un período de sangrado menstrual de más de 7 días o pérdidas sanguíneas o Inter menstrual.

Menorragia: Sangrado menstrual excesivo superior a 80ml o duración más de 7 días o ambas.

Menometrorragia: Intervalo irregular, volumen y duración del flujo excesivo.

La hemorragia Uterina Anormal se define como cualquier hemorragia con duración, frecuencia o cantidad excesivas en una paciente dada, fuera de su ciclo normal.⁽¹⁰⁾ Cuando un sangrado uterino anormal no puede ser atribuido a una causa anatómica orgánica, enfermedad o lesión sistémica, es referido como un sangrado uterino disfuncional.⁽¹⁰⁾ 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.⁽⁹⁾

Es difícil establecer con seguridad la incidencia real porque a menudo se realiza tratamiento hormonal sin haber practicado un estudio completo del caso y sin haber descartado con seguridad lesión orgánica. Suele aparecer en la época de la pubertad y después de la menopausia, aunque pueden aparecer durante la época genésica de la mujer. Aproximadamente el 50% de las pacientes tienen más de 45 años, el 25% son adolescentes y el 30% están en edad genésica. El 35% de las hemorragias que aparecen en mujeres pos-menopáusicas son de tipo disfuncional.⁽³⁾

Las causas son muchas y con frecuencia no se buscan, así que esta alteración se trata de una forma inadecuada. El sangrado uterino anormal puede ser causado por desordenes del útero, imbalance de hormonas y embarazo, esto ayuda a ver cada área separadamente. Cuando tenemos una paciente con sangrado uterino anormal debemos hacernos las siguientes preguntas:

- ¿Está embarazada?
- ¿Está ella ovulando? o está tomando medicación hormonal que pueda causar el sangrado.
- ¿Es un problema con el útero?

En raras ocasiones las pacientes confunden una hemorragia ligera proveniente del recto, vejiga o la uretra con la originada en la vagina o el útero. Ya determinado el origen de uterino de la hemorragia, el siguiente paso es identificar si alguna causa orgánica o anatómica y si el ciclo es ovulatorio.⁽²⁾

El diagnóstico etiológico es importante ya que el tratamiento varía según su causa.

Causas de sangrado anormal (adolescentes y adultos)⁽¹⁾

Sangrado uterino disfuncional

- Por supresión
- Transhormonal

Enfermedades genitales

| | |
|------------------|-------------------------|
| <i>Benignas:</i> | Leiomiomas |
| | Pólipos cervicales |
| | Pólipos endometriales |
| | Laceración vaginal |
| | Hiperplasia endometrial |
| <i>Malignas:</i> | Cáncer endometrio |
| | Cáncer cérvico-uterino |
| | Cáncer vagina |

Causas especiales

- Enfermedad tiroideas
- Enfermedad de Von Willebrand
- Leucemia
- Trombocitopenia
- Insuficiencia renal

Relativas al embarazo

- Embarazo ectópico
- Amenaza de aborto
- Aborto en evolución
- Aborto incompleto
- Mola hidatiforme

Sangrado uterino Anormal correlacionado con la edad

Las causas usuales de sangrado uterino anormal pueden variar a lo largo de la vida de la mujer.

Mujeres premenárrquicas y adolescentes

Los sangrados uterinos anovulatorios y periodos irregulares son frecuentes durante los primeros años después de la menarca. Esto es primariamente debido a la inmadurez del eje hipotalamo-hipófisis el cual es incapaz de responder a los estrógenos con una sobre carga de de hormona luteinizante. La ovulación regular es usualmente establecida con 2 o 3 años después de la menarca y la persistencia de periodos irregulares más allá de este periodo justifica promover una investigación.⁽¹⁰⁾

Los desordenes de la coagulación no son infrecuentes en adolescentes. La mayoría de los desordenes pueden ser notados por un inusual sangrado de encías, prolongado sangrado en una cortadura menor o con el cepillado de dientes, el 19% de las adolescentes se ha encontrado desordenes de la coagulación. Adicionalmente el estrés psicológico, incluyendo la asociación con desordenes de la alimentación pueden contribuir a irregularidad de los periodos en las adolescentes.

Mujeres en edad reproductiva

Es común para mujeres en edad reproductiva sufrir ocasionalmente y autolimitado sangrado uterino anormal. Las razones no son claras pero el proceso de menstruación normales complejo y fácilmente perturbado. El embarazo y las complicaciones relacionadas son una causa común de sangrado en mujeres en edad reproductiva y no debe ser pasado por alto. Las enfermedades de transmisión sexual pueden ocasionar infección pélvica asociado a sangrado vaginal. El sangrado anormal puede ser causado por pólipos endometriales o miomas submucosos. Sin embargo las causas de sangrado uterino anormal en las mujeres en esta edad general son benignas, las malignas es siempre una posibilidad particularmente en las mujeres obesas y con historia de oligovulación crónica o anovulación.

El sangrado uterino anormal anovulatorio es también común en este grupo de edad y puede ser debido a varias causas. Ser debida a un endocrinopatía común como es el síndrome de ovario poliquísticos que afecta al 6% de las mujeres en edad reproductiva.

Si bien la obesidad, el hirsutismo son los rasgos más comunes, el Síndrome de ovarios poliquísticos es un desorden heterogéneo que puede tener muchas apariencias clínicas. La evaluación de laboratorio demostrará anovulación e hiperandrogenismo en este diagnóstico. Excesiva insulina parece estimular el ovario y producir andrógenos los cuales suprimen la ovulación.⁽¹⁰⁾

Mujeres perimenopáusicas

Se incrementa la incidencia de ciclos anovulatorios debido a la depleción del almacenamiento de oocitos en los ovarios. Con el envejecimiento la hiperplasia endometrial, pólipos, cáncer o miomas submucosos son más prevalentes y la patología del tejido endometrial puede ser sospechada en mujeres con sangrado uterino anormal. Los factores de riesgo como la obesidad, hipertensión, diabetes y anovulación crónica están significativamente asociados con cáncer en una mujer perimenopáusica.⁽¹⁰⁾

Mujeres menopáusicas.

Cualquier sangrado vaginal en mujeres menopáusicas debe ser considerado anormal. El 10% de estas mujeres pueden tener un cáncer. Un alto porcentaje de mujeres posmenopáusicas 80% puede tener una patología endometrial como hiperplasia, pólipos, miomas submucosos, particularmente si el sangrado ocurre después de un año de amenorrea o persiste con terapia de reemplazo hormonal.⁽¹⁰⁾

Los distintos grupos de edad son vulnerables a diferentes situaciones de stress y la historia debe indagar factores como ruptura de relaciones familiares, alcoholismo o habituaciones a fármacos y presiones escolares o sociales, que parecen tener importancia para producir anovulación.⁽⁵⁾

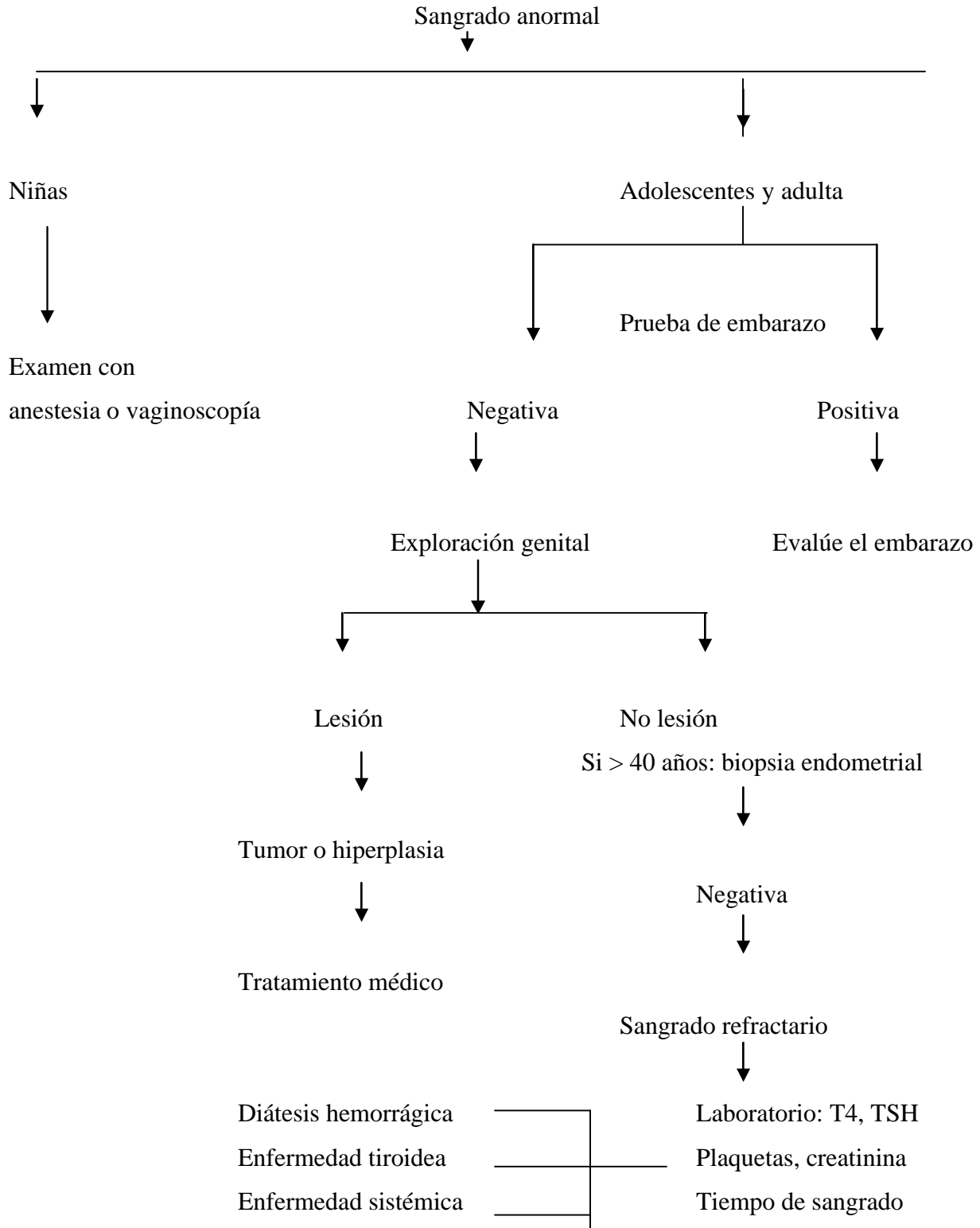
En muchas es difícil reconocer un ciclo ovulatorio así que nos puede ser de ayuda determinar el patrón de la temperatura basal es un recurso útil, simple, siempre y cuando el sangrado no sea tan abundante que requiera de un legrado diagnóstico inmediato como medida terapéutica.

El sangrado de un ciclo ovulatorio por una complicación del embarazo suele deberse a pólipos placentarios o retención de estos. El embarazo ectópico representa el diagnóstico más importante cuando hay antecedentes de ciclos ovulatorios que preceden al episodio hemorrágico anormal.⁽⁹⁾

Es posible sospechar y comprobar otras alteraciones pélvicas orgánicas por distintos métodos diagnósticos. La biopsia endometrial en el momento de la hemorragia mostrará la presencia de pólipos y neoplasia endometriales. La hemorragia durante la ovulación puede diagnosticarse con facilidad por la historia clínica y la correlación con la curva de la temperatura basal, en especial si se acompaña de ovulación dolorosa o mittelschmerz.⁽⁹⁾

En ocasiones hay hemorragia anormal en los estados de desnutrición y carencia de vitamina como primera manifestación de una alteración de la función gonadotrópica, antes que se presente la amenorrea, puede haber otros factores constitucionales que incluyen enfermedades metabólicas y enfermedades agudas y crónicas incluyendo disfunción hepática y renal.⁽⁵⁾

Evaluación del sangrado uterino anormal



No se debe omitir nunca un examen general tan completo como lo permita la formación del médico y si es necesario recabando información de otros especialistas, sin olvidar que una hemorragia genital puede ser manifestación de una enfermedad no genital (trastornos de la coagulación, tumor hipotalámico o hipofisiario o enfermedad de las glándulas suprarrenales o del tiroides).⁽³⁾

La toma de material para estudio histológico constituye un paso obligado ante una hemorragia genital. La ecografía permite diagnosticar con gran exactitud la existencia de una tumoración, su tamaño su consistencia quística o sólida, su topografía y si depende del útero o del ovario. El estudio del grosor del endometrio, realizando preferentemente por ecografía transvaginal, es un dato de gran valor para detectar la existencia de una hiperplasia de endometrio, un pólipo o un carcinoma.

La histeroscopia permite visualizar la cavidad del útero e identificar la presencia de un carcinoma de endometrio, un mioma submucoso, pólipo endometrial o endocervical, adenomiosis. Permite además dirigir la biopsia al lugar adecuado.⁽¹¹⁾

Infusión salina sonográfica (SIS) es una técnica relativamente nueva que incluye la infusión de solución salina en la cavidad endometrial para realzar la detección de anormalidades.

El tratamiento de la hemorragia disfuncional anovulatoria tiene dos objetivos:

- 1) Contener el episodio agudo.
- 2) Prevenir la recurrencia de la hemorragia.

El tratamiento de la hemorragia aguda es lo siguiente:

1. Cohibir la hemorragia.
2. Regularizar el ciclo, si la mujer está aun en edad de mantener el ciclo menstrual y evitar las recidivas.
3. Tratar la anemia si existe.

El sangrado disfuncional es un diagnóstico por exclusión. El tratamiento de esta entidad deberá ser la corrección de la anemia, detener el sangrado agudo y revertir los efectos de los estrógenos sin oposición con un progestágeno. Si el sangrado es intenso, con hipotensión ortostática y anemia, requerirá hospitalización. Un manejo adecuado puede ser la administración en casos no graves de un preparado anticonceptivo que tenga al menos 0.03 mg. de etinilestradiol, administrado cada 6 horas. Si el sangrado persiste o es abundante se deberá hacer un legrado uterino hemostático. De manera excepcional, cuando la terapia hormonal y el legrado no logran cohibir la hemorragia, será necesaria una histerectomía. La anemia se corregirá según su gravedad con transfusión o suplementos de hierro. ⁽³⁾

En la hemorragia disfuncional cíclicas leves cuando la hemoglobina es normal puede ser suficiente la administración de un antiprostanglandínico durante los días de la menstruación asociado a la toma de hierro. Cuando la hemorragia es más profusa y fracasara el tratamiento anterior está indicado el uso de gestágenos acetato de medroxiprogesterona 10 a 20 mg día durante 10 a 14 días comenzando el día 14 del ciclo a lo largo de 3 a 6 meses. En casos de hemorragias abundantes y prolongadas se usa además anticonceptivos orales o estrógenos.

Algunos autores han recomendado la dosis de estrógenos por vía intravenosa a dosis de 25mg cada 4 horas administrando en total 2 o 3 dosis. ⁽³⁾

La administración de gestágenos puede realizarse con acetato de noretindrona a dosis de 5 a 10 mg empleados cada 4 horas disminuyendo después la dosis a 4 veces al día durante 4 días, tres veces al día durante tres días y dos veces al día durante dos semanas.

El tratamiento quirúrgico el legrado del útero es un método eficaz para contener la hemorragia de forma muy rápida y proporciona material para biopsia.

La histerectomía está indicada cuando el tratamiento hormonal falla en mujeres con cierta edad que han completado sus deseos genésicos. En mujeres posmenopáusicas cuyo estudio histológico demuestra que existe una hiperplasia activa del endometrio.

La ablación del endometrio está siendo comúnmente usada para tratar mujeres con sangrado excesivo que ya han tenido hijos y quieren esperar para la histerectomía, ahora pueden reemplazarlo por una nueva terapia ablación por un balón térmico el cual en la mayoría de los casos finaliza el sangrado por la eliminación del endometrio. Sólo las mujeres que no desean tener hijos a largo tiempo son tratadas de esta manera ya que la mayoría de las mujeres son infértiles después de este procedimiento. Sin embargo, este procedimiento no garantiza la infertilidad y no debe ser utilizado como un método de control de natalidad.⁽¹¹⁾

MATERIALES Y METODOS

Tipo de Estudio:

Se realizó un estudio de corte transversal en el que se analizó el comportamiento clínico del sangrado uterino anormal y el hallazgo histopatológico del 1ro.de julio al 31 de Octubre del 2003.

Area de Estudio:

Servicio de Ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello. León.

Período en que se realizó la recolección de datos:

Las fichas fueron llenadas en el período comprendido entre el 1 de Julio 2002 al 31 de Octubre del 2003.

Población de Estudio:

Todas las pacientes ingresadas al servicio de Ginecología en el período de estudio tomándose la totalidad de la población de estudio.

Procedimiento para la recolección de la información:

Se solicitó permiso al Director del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, para que autorizara la revisión de los expedientes clínicos.

Consideraciones éticas:

El protocolo de investigación fue sometido al comité de ética de la Facultad de Medicina, el cual no incluía procedimientos invasivos a las pacientes, siendo por lo tanto aprobado sin modificaciones.

Para la descripción de los datos se tomó de fuente secundaria a través de expedientes clínicos de pacientes que fueron ingresadas, se utilizó una ficha preelaborada con preguntas cerradas.

Los resultados histopatológicos fueron tomados de fuente secundaria, a través de los registros de patologías.

Procesamiento de la Información:

Se realizó un análisis mediante el software Epi Info 6.0. Las variables categóricas se analizaron en porcentajes y las numéricas con medidas de tendencia central y dispersión.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICION | ESCALA |
|---------------------------------|--|--|
| EDAD | Período de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual expresado en años. | ≤17 años 18-34 años ≥35 años |
| PROCEDENCIA | Lugar de origen. | Urbano Rural |
| ESTADO CIVIL | Condición de un individuo en lo que respecta con su pareja. | Soltera Casada Acompañada |
| ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS | Historia de los acontecimientos ginecológicos y obstétricos de la paciente. | |
| A) G: Gestas | Número de embarazos. | Primigesta: ningún embarazo previo. Bigesta: dos embarazos previos. Trigesta: tres embarazos previos. Multigesta: cuatro a más embarazos previos. |
| B) P: Partos | Número de partos. | Primípara: Un parto. Bípara: Dos partos. Multípara: Más de cuatro partos. |
| C) A: Abortos | Número de abortos. | Ninguno Uno y más |
| D) C: Cesáreas. | Número de cesáreas. | Ninguno Uno y más |
| E) Menarquía: | Edad a que se presentó el primer ciclo menstrual. | < 14 años > ó = 14 años |

| | | |
|---|--|---|
| F) Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA). | Inicio de vida sexual activa. | 10-13 años 14-16 años 17-19 años 20 y mas años |
| G) Ritmo menstrual y duración. | Intervalo entre los periodos menstruales y duración del ciclo. | Regular Irregular |
| H) Sangrado postcoito | Sangrado después de tener relaciones sexuales. | Si No |
| I) Leucorrea. | Presencia de secreción transvaginal | Si No |
| J) Métodos anti-conceptivos. | Uso de métodos de planificación familiar | Gestágenos Orales DIU, Anticonceptivos Parenterales. Otros. |
| ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES | Patologías previas que presentara paciente. | Se especificará. |
| CONDUCTA TERAPÉUTICA | Tratamiento realizado a la paciente durante su hospitalización | Médico Quirúrgico |
| ANTECEDENTES DE CIRUGÍA GINECOLÓGICA | Realización previa de cirugía ginecológica | Se especificará. |

RESULTADOS

La frecuencia con que se presenta el sangrado uterino anormal en el Servicio de Ginecología corresponde a 9%. El grupo etáreo más afectado fueron las mujeres con edad de 18 a más años con el 98.7%, sin embargo, las mujeres de 35 años o más representan el 67.9%. Las pacientes adolescentes fueron exclusivas del área rural. Con respecto al estado civil se observaron discrepancia entre las mujeres del área urbana y rural, las mujeres urbanas el mayor porcentaje son casadas, en cambio la mayor proporción de solteras y acompañadas es mayor en el área rural, el 70.5% de la población estudiada fue del área urbana y el 29.5 rural (cuadro 1).

Las principales características que predominaron en el área rural respecto al área urbana fueron multigestas 73.9%, multíparas 78.3% e IVSA precoz 65.2%. En cambio en la zona urbana predominaron el aborto 28%, cesárea 34% y menarquia precoz 61.8% (cuadro 2).

En el cuadro 3, se puede apreciar que los grupos menores de 35 años son las que tienen índices más altos (32.5%) de ciclos menstruales irregulares contrario a los de mayor edad que tienen índices regulares en su mayoría (71.7%). Se observa que al asociar el ritmo de sangrado con método de planificación familiar el método que estuvo mas relacionado al ritmo irregular fue el de los Gestágenos orales y parenterales en un 33% y 14.3% respectivamente, ningún caso de DIU estuvo relacionado con sangrado (cuadro 3).

Los antecedentes quirúrgicos encontrados en nuestras pacientes el 20.3% tiene antecedentes de esterilización quirúrgica (cuadro 4).

No se encontró antecedentes patológicos en la mayoría de las pacientes (84.6%), aunque el 6.4% presentaba hipertensión, cardiopatía 1.2% e hipertiroidismo 1.2 (cuadro 5).

En cuanto a los síntomas referidos por las pacientes y los hallazgos encontrados en el examen físico el 42.3% presentaba patrones de hemorragia anormal e incremento del tamaño del útero el 44.8% (cuadro 6).

El 55.1% de las pacientes ingresadas por sangrado uterino anormal se les realizó legrado por aspiración, el 41% LUI (gráfico 2).

Dentro de los hallazgos histopatológicos el 21.7% corresponde a un endometrio secretor, el 20.5% a un endometrio proliferativo, correspondiendo a sangrado disfuncional y el 17.9% endometrio mixto (cuadro 7).

DISCUSION

La frecuencia con que se presenta el sangrado uterino anormal en el Servicio de Ginecología se encontró con una disminución del doble con respecto a estudio realizado en el año 1992 en el cual fue del 19.5%. ⁽⁴⁾ Las discrepancias observadas podrían atribuirse a la mayor oferta de servicios médicos privados o empresas médicas previsionales, disminuyéndose así la captura de casos por parte del HEODRA.

La edad que con mayor frecuencia se encontró sangrado uterino anormal fue en pacientes en edad de mayor o igual a 35 años. El 30.8% de las pacientes se encuentran en edades reproductivas cuyo porcentaje se corresponde con el reportado con la literatura ⁽³⁾. Las pacientes tenían en su mayoría una procedencia urbana, esto quizás sea debido a la mayor accesibilidad de ellas a este centro asistencial. Sin embargo, observamos que el mayor porcentaje de las pacientes que son del área rural son multigestas lo cual se corresponde con otros estudios realizados en los años 1992 y 1997. ^(4,5)

En cuanto al estado civil se encuentra que el mayor porcentaje de pacientes del área rural son solteras y acompañadas, lo cual no les brinda una estabilidad económica ni psicológica, y se ha encontrado que los distintos grupos de edad son vulnerable a distintas situaciones de estrés que parecen tener importancia para producir anovulación⁽¹¹⁾, por lo cual podría ser que acudan a la consulta con frecuencia por no llevar a cabo el tratamiento indicado.

En los antecedentes gineco-obstétricos encontramos que la mayoría de las pacientes eran multigestas y múltiparas, lo cual según la literatura es más frecuente el sangrado uterino anormal en este tipo de pacientes; así observamos además que el inicio de vida sexual activa es precoz, lo cual es frecuente en nuestra población sobre todo en el área rural como nos lo reflejan estos datos y estudios anteriores ⁽⁴⁾.

El mayor porcentaje de las pacientes tenían ciclos menstruales regulares cuyo porcentaje se corresponde con valores reportados en otros estudios ⁽⁴⁾. De las pacientes que tenía antecedentes de uso de anticonceptivos los más frecuentes fueron los anticonceptivos orales. El uso inadecuado de anticonceptivos orales puede llevar a trastornos del ciclo menstrual, manifestándose en estas mujeres como sangrado uterino anormal. El uso de dispositivos intrauterino también puede ser causa de sangrado uterino anormal.

Los antecedentes quirúrgicos encontrados en nuestras pacientes tenían antecedentes de esterilización quirúrgica, dato que llama la atención ya que se ha encontrado según la literatura la presencia de sangrado uterino anormal en pacientes con antecedentes de esterilización quirúrgica por una insuficiencia ovárica.⁽⁶⁾

No se encontró antecedentes patológicos en la mayoría de las pacientes, aunque se encontraron patologías como la hipertensión, la cual puede ser causa de sangrado uterino anormal por afecciones de arterias uterinas por calcificación, así como la cardiopatía e hipertiroidismo ⁽³⁾.

En cuanto a los síntomas y hallazgos en el examen físico presentaba patrones de hemorragia anormal e incremento del tamaño del útero, lo cual nos puede hacer pensar que pudiera existir una patología de fondo como causa de sangrado uterino anormal pero no a todas es posible completarles estudios diagnósticos por las condiciones económicas.

En su mayoría a las pacientes ingresadas por sangrado uterino anormal se les realizó legrado por aspiración. El mayor porcentaje de LUA podría estar dado por la dificultad que se tiene para obtener quirófano para la realización de LUI, ya que se priorizan otros procedimientos quirúrgicos de urgencia.

Dentro de los hallazgos histopatológicos en su mayoría corresponde a sangrados disfuncionales, exceptuando las hiperplasias y restos ovulares los que representan una patología orgánica.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de sangrado uterino anormal corresponde al 9.9%.
2. La mayor frecuencia de pacientes con sangrado uterino anormal ocurre en edades mayor o igual a los 35 años y procedentes del área urbana.
3. El inicio de vida sexual activa en la mayoría de las pacientes se presentó entre los 14-16 años.
4. Los Gestágenos Orales tuvieron la mayor proporción de ritmos menstruales irregulares.
5. Otros hallazgos encontrados fueron: útero aumentado de tamaño, enfermedad inflamatoria pélvica aguda y dolor.
6. Como método diagnóstico complementario se utilizó el legrado biopsia hemostático ya sea por legrado uterino instrumental o legrado uterino por aspiración.
7. Se encontró con el hallazgo histopatológico que el 59.1% de los casos eran sangrado uterino disfuncional exceptuando algunas patologías que serían de causa orgánica.

RECOMENDACIONES

1. Establecer normas para el manejo y tratamiento de la hemorragia uterina anormal.
2. Solicitar a las autoridades del HEODRA se tenga mayor disponibilidad de algunos métodos diagnósticos auxiliares como Ultrasonografía para realizar a estas pacientes y descartar patologías de causa orgánica.
3. Educar en centros de salud al personal para que oriente a las pacientes sobre el uso de métodos hormonales de planificación, los cuales usados de manera incorrecta pueden ocasionar sangrados y que puedan saber cuando acudir a la consulta especializada.
4. Orientar a las pacientes que se les realiza legrado uterino que reclamen el reporte de Patología y asistan a la consulta especializada con su resultado histopatológico, ya que de esta forma podemos detectar patologías malignas que puedan ser tratadas de urgencias ya que la mayoría de las pacientes no acuden a retirar sus resultados de biopsias de patología.

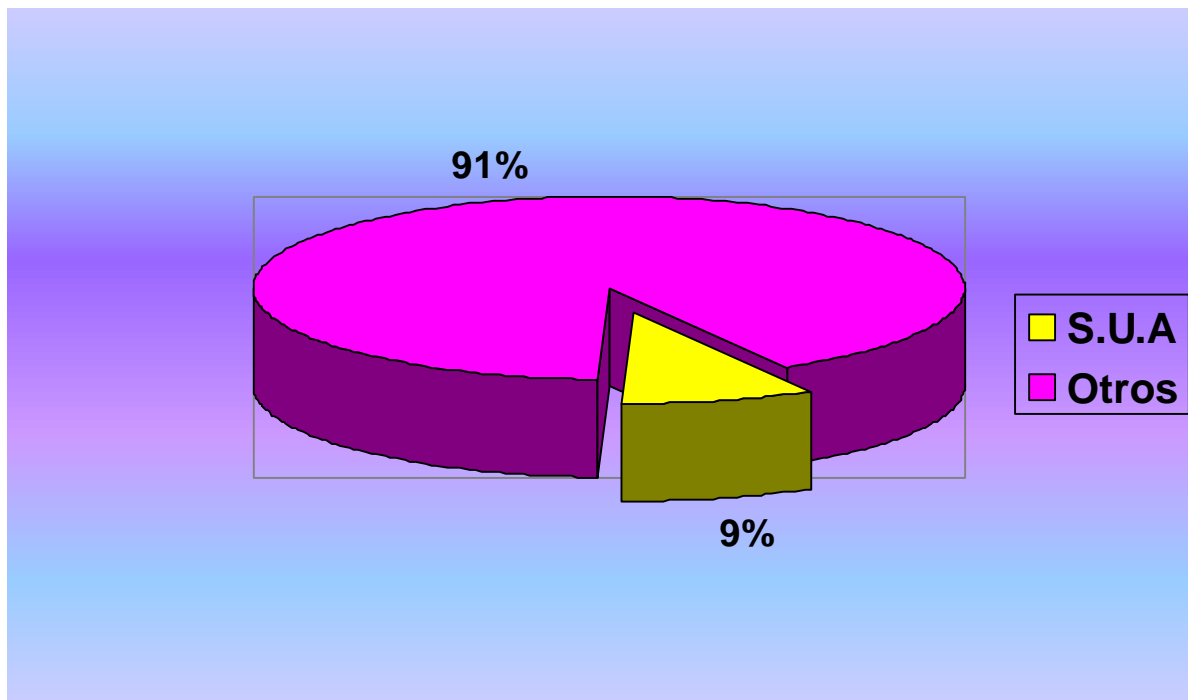
REFERENCIAS

1. Katheen. A. Oriel. MD. abnormal uterine bleeding. University of Wisconsin School, of Medicine. American Academy of Family Physicians. October 1999 (Internet communication, <http://abnormal uterine bleeding>)
2. Alternatives in gynecology. Abnormal uterine bleeding. Paul D. Indman. MD FACOG. San José. Costa Rica. 2003. <http://www.Gynalternatives.com>
3. Hemorragias Uterinas Anormal J. González Merlo. Ginecología. Edición No. 7. Editorial Masson. Barcelona 2000. Pág 178-183.
4. Alonso C. Comportamiento Clínico y Hallazgos Histopatológicos de Sangrado Uterino Anormal. HEODRA .1992. Tesis para optar al título de Gineco-obstetra.
5. Chávez J.R. Sangrado Uterino Disfuncional de las Pacientes ingresadas en el Hospital Materno Infantil-Chinandega (Dr. Mauricio Abdalah). Enero-Junio 1997. Tesis para optar al título de Gineco-obstetra.
6. William J. Butler. Sangrado uterino normal y anormal. TE LINDE. Ginecología Quirúrgica. 8va. Edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 1999.
7. Cotran Kusman Robbins. Patología Estructural y funcional. 4ta edición. España. Interamericana. 1990 Vol. II.
8. Sangrado Uterino Anormal Larry J. Copeland, MD. Ginecología. 2da. Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 2000. Pág. 638.
9. Anne Colston Wentz. Hemorragia Uterina Anormal. H.W. Jones. Tratado de Ginecología de Novak. 11ava edición. México. Editorial Interamericana. 1991.
10. Roger P. Smith, MD. Clinical Management of Abnormal Uterine Bleeding. Boston, Massachusetts. Mayo 2002.

A N E X O S

Gráfico 1. Frecuencia de Sangrado Uterino Anormal. HEODRA. Julio 2002 a Octubre 2003.

N= 1264



Fuente: Expedientes clínicos.

Cuadro 1 Caracterización de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal, según edad, estado civil y procedencia. HEODRA. Julio 2002 a Octubre 2003.

| Datos socio-demográficos | Rural (n=23) | Urbano (n=55) | Total (n=78) |
|--------------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| Edad (años): | | | |
| ≤ 17 | 4.3 | 0.0 | 1.3 |
| 18-34 | 21.7 | 34.5 | 30.8 |
| ≥ 35 | 73.9 | 65.5 | 67.9 |
| Estado civil: | | | |
| Casada | 34.8 | 50.9 | 46.2 |
| Soltera | 47.8 | 40.0 | 42.3 |
| Acompañada | 17.4 | 9.1 | 11.5 |

Fuente: Expedientes clínicos.

Cuadro 2 Caracterización de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal, según antecedentes gineco-obstétricos y procedencia. HEODRA. Julio 2002 a Octubre 2003

| Antecedentes Gineco- Obstétricos | Rural (n=23) % | Urbano (n=55) % | Total (n=78) % |
|---|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Gesta: | | | |
| Nuligesta | 21.7 | 7.3 | 11.5 |
| Primigesta | 0.0 | 12.7 | 9.0 |
| Bigesta | 0.0 | 14.5 | 10.3 |
| Trigesta | 4.3 | 14.5 | 11.5 |
| Multigesta | 73.9 | 50.9 | 57.7 |
| Para: | | | |
| Nulípara | 21.7 | 18.2 | 19.2 |
| Primípara | 0.0 | 20.0 | 14.1 |
| Bípara | 0.0 | 7.3 | 5.1 |
| Multípara | 78.3 | 54.5 | 61.5 |
| Aborto: | | | |
| Si | 10.0 | 28.0 | 22.9 |
| No | 90.0 | 72.0 | 77.1 |
| Cesárea: | | | |
| Si | 30.0 | 34.0 | 25.7 |
| No | 70.0 | 76.0 | 74.3 |
| Menarquía: | | | |
| <14 | 47.8 | 61.8 | 57.7 |
| ≥ 14 | 52.2 | 38.2 | 42.3 |
| IVSA: | | | |
| 10-13 | 13.0 | 1.8 | 5.1 |
| 14-16 | 52.2 | 41.8 | 44.9 |
| 17-19 | 17.4 | 49.1 | 25.6 |
| ≥ 20 | 17.4 | 27.3 | 24.4 |

Fuente: Expedientes clínicos.

Cuadro 3 Regularidad del ciclo menstrual de las pacientes con SUA, según edad y métodos de planificación familiar. HEODRA, Julio 2002 a Octubre 2003.

| VARIABLES | Ritmo Regular | Ritmo Irregular | Total | |
|------------------------------------|---------------|-----------------|-------|------|
| | (n=49) | (N=29) | No. | % |
| Edad: | | | | |
| <18 | 0.0 | 100.0 | 1 | 1.3 |
| 18-34 | 45.8 | 54.2 | 24 | 30.8 |
| ≥ 35 | 71.7 | 28.3 | 53 | 67.9 |
| Métodos de Planificación Familiar: | | | | |
| Gestágenos orales | 66.7 | 33.3 | 9 | 47.3 |
| Parenterales | 85.7 | 14.3 | 7 | 36.8 |
| DIU | 100.0 | 0.0 | 3 | 15.7 |

Fuente: Expedientes clínicos.

**Cuadro 4 Antecedentes quirúrgicos de pacientes con sangrado uterino anormal.
HEODRA. Julio 2002 a Octubre 2003.**

| Antecedentes quirúrgicos | No. | Porcentaje |
|-------------------------------------|------------|-------------------|
| Esterilización quirúrgica | 12 | 15.3 |
| Cesárea | 4 | 5 |
| Cesárea + Esterilización quirúrgica | 4 | 5 |
| Conización cervical | 2 | 3 |
| LUI | 2 | 3 |
| LUA | 1 | 1.2 |
| Ningún antecedente | 53 | 67.5 |
| Total | 78 | 100 |

Fuente: Expedientes clínicos.

**Cuadro 5 Antecedentes patológicos de pacientes con sangrado uterino anormal.
HEODRA. Julio 2002 a Octubre 2003.**

| Antecedentes patológicos personales | No. | Porcentaje |
|--|------------|-------------------|
| HTA | 5 | 6.4 |
| Asma | 2 | 2.5 |
| NIC I | 1 | 1.2 |
| NIC II + HPV | 1 | 1.2 |
| Cardiopatía reumática | 1 | 1.2 |
| Fumado | 1 | 1.2 |
| Hipertiroidismo | 1 | 1.2 |
| Ningún antecedente patológico | 66 | 84.6 |
| Total | 78 | 100 |

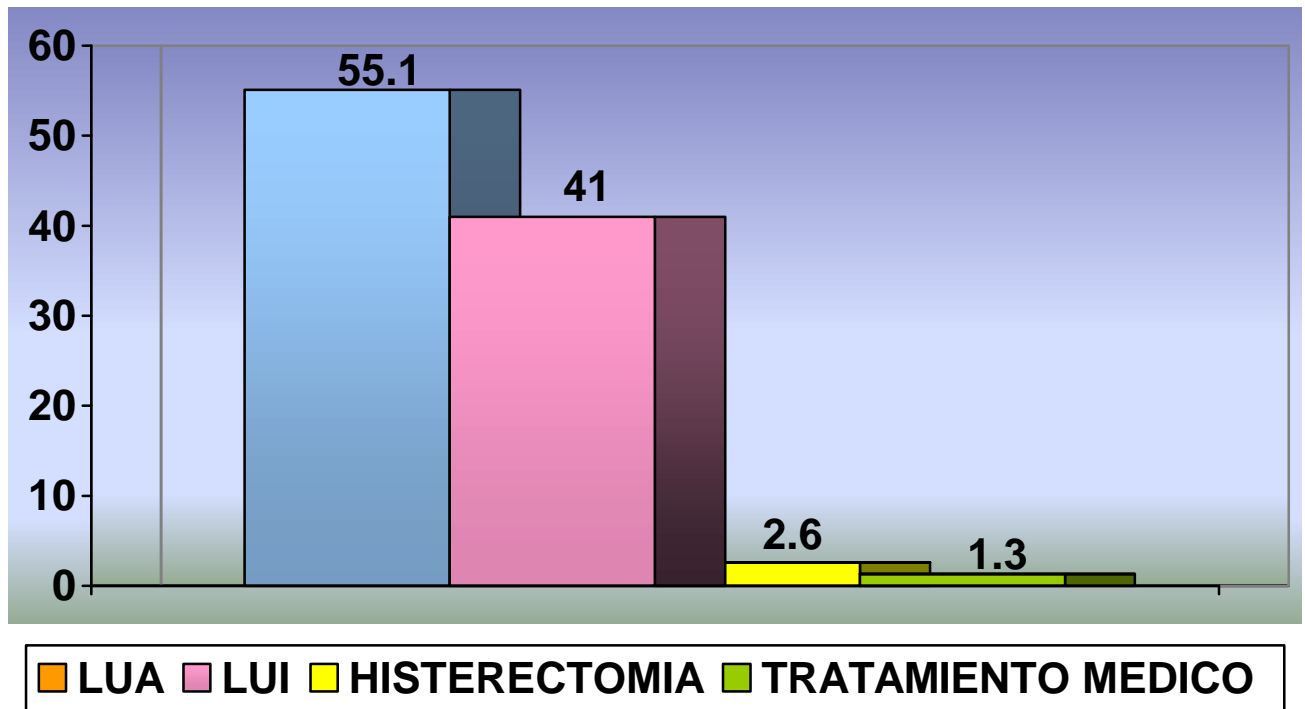
Fuente: Expedientes clínicos.

Cuadro 6 Síntomas y hallazgos de pacientes con sangrado uterino anormal. HEODRA. Julio 2002 a Octubre 2003.

| Síntomas y hallazgos en el examen físico | No. | Porcentaje |
|---|------------|-------------------|
| Utero aumentado de tamaño | 35 | 44.8 |
| Sangrado | 33 | 42.3 |
| Dolor | 7 | 9.3 |
| EIPA | 1 | 1.2 |
| Anemia | 1 | 1.2 |
| Pólipo endocervical | 1 | 1.2 |
| Total | 78 | 100 |

Fuente: Expedientes clínicos.

Gráfico 2. Conducta terapéutica de pacientes con sangrado uterino anormal. HEODRA. Julio 2002 a Octubre 2003.



Fuente: Expedientes clínicos.

**Cuadro 7 Hallazgos histopatológicos de pacientes con sangrado uterino anormal.
HEODRA. Julio 2002 a Octubre 2003.**

| Hallazgos histopatológicos | No. | Porcentaje |
|---|------------|-------------------|
| Endometrio secretor | 17 | 21.7 |
| Endometrio proliferativo | 16 | 20.5 |
| Endometrio mixto | 14 | 17.9 |
| Endometrio proliferativo con hiperplasia simple | 7 | 8.9 |
| Cambios pseudodeciduales | 5 | 6.4 |
| Hiperplasia compleja con atipia | 3 | 3.8 |
| Restos ovulares | 3 | 3.8 |
| Hiperplasia compleja sin atipia | 1 | 1.2 |
| Mala muestra | 12 | 15.8 |
| Total | 78 | 100 |

Fuente: Archivos del Departamento de Patología.