

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN - MANAGUA**



*TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO
ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA*

“Abordaje diagnóstico, terapéutico y resultados histopatológicos de pacientes con sangrado uterino anormal de origen orgánico en el servicio de ginecología Hospital “Dr. Fernando Vélez Páiz”, en el período comprendido de Junio 2011- Junio 2012”

Autora: Dra. Ericka Fabiola Pérez Fernández
Medico residente IV año G-O

Tutor: Dr. Azarías Escoto
Gineco – Obstetra/Epidemiólogo

Managua, Febrero 2013

INDICE

	Pag.
1. INTRODUCCION	1-2
2. ANTECEDENTES	3-5
3. JUSTIFICACION	6-7
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
5. OBJETIVOS	9
6. MARCO TEORICO	10-29
7. MATERIAL Y METODO	30-32
8. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	33-34
9. RESULTADOS	35-39
10. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	40-45
11. CONCLUSIONES	46-47
12. RECOMENDACIONES	48
13. BIBLIOGRAFIA	49
14. ANEXO	50-76

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en el Hospital Materno Infantil Dr. Fernando Vélez Páiz, durante los meses de Junio 2011 a Junio de 2012; con el objetivo de conocer el abordaje diagnóstico y terapéutico y los resultados histopatológicos de mujeres con sangrado uterino anormal de causa orgánica.

El universo estuvo conformado por 243 pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología por presentar Sangrado uterino anormal de causa orgánica; la muestra fue de 96 pacientes, de acuerdo a los criterios de inclusión. Se elaboró una ficha y se tomaron datos del expediente clínico.

Los principales resultados fueron: el sangrado uterino anormal de causa orgánica se presenta principalmente en los grupos etarios entre los 40 y 59 años (62.5%), a quienes no se les registra su índice de masa corporal (64.6%), patologías médicas asociadas a hipertensión arterial (60.5%), y se encuentran en su etapa perimenopáusica (54.2%).

El sangrado uterino anormal se caracteriza por tener una duración entre 7 a 14 días (71.9%), en poca cantidad (57.3%) con un ritmo irregular (57.3%).

El abordaje diagnóstico incluyó la realización de ultrasonido pélvico, biometría hemática completa, tiempos de coagulación y Papanicolaou. La causa orgánica más frecuente de sangrado uterino es la Miomatosis uterina (55.2%) y se complica más a menudo con anemia (42.7%), el Papanicolaou detectó Lesiones intraepiteliales en 7.3% de casos.

La conducta terapéutica más empleada es la Histerectomía abdominal (47.9%) siendo el diagnóstico histopatológico reportado con mayor frecuencia la Miomatosis uterina (55.2%).

El diagnóstico por imagenología fue concordante para Miomatosis uterina de 91% con el histopatológico.

OPINION DEL TUTOR

El sangrado uterino anormal constituye la morbilidad mas frecuente entre las mujeres tanto en la etapa reproductiva como en la etapa menopáusica y su abordaje diagnóstico y terapéutico no está aún estandarizado por el ente rector de la salud en nuestro país siendo dependiente de los conocimientos adquiridos durante la residencia de nuestra especialidad, obedeciendo las tendencias de las escuelas internacionales, muchas de ellas no ajustadas a la realidad nacional.

Considero por tanto, que este estudio es de suma importancia no solo para el Hospital Fernando Vélaz Páiz, sino también para todas las unidades prestadoras de servicios de salud, ya que nos permite evaluar a las mujeres portadoras de esta condición y el impacto de aplicar nuevas estrategias que aseguren un abordaje integral, completo y ajustado a las necesidades de cada una de las pacientes.

Me es grato haber contribuido en la tutoría científica técnica para la realización de esta investigación, y en base a este estudio se plasma el esfuerzo de la autora en dar información actualizada sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del sangrado uterino anormal; a ser tomados en cuenta para la realización de protocolos de atención.


Dr. Azarías G. Escoto Vargas
Médico Ginecoobstetra
Msc. Epidemiología
Nuevo Hospital Monte España

Dr. Azarías G. Escoto Vargas
 GINECO-OBSTETRICIA
COD. MINSA 12221

AGRADECIMIENTO

A mi tutor, Dr. Azarías Escoto, Gineco-obstetra, quien dedico parte de su valioso tiempo para desarrollar el presente estudio.

A mis queridos maestros, quienes dedicaron tiempo y paciencia en el proceso de mi aprendizaje.

A mis compañeros de residencia con los cuales compartimos tiempos difíciles y tiempos de alegría y a los cuales siempre recordare.

A las pacientes que en el anonimato fueron parte de este estudio

DEDICATORIA

A Dios, sobre todas las cosas, por guiarme en el camino de la vida, acompañarme en momentos difíciles y gratos ayudándome a culminar esta etapa de mi carrera.

A mi madre, la primera maestra en la carrera de mi vida, a la que agradezco su dedicación y apoyo incondicional en cada paso que doy.

INTRODUCCION

El término de sangrado uterino anormal (SUA) es con frecuencia confuso y complejo. Conceptualmente abarca todos los sangrados uterinos que no siguen un patrón menstrual típico, sin especificar la etiología, puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente en los extremos de la vida reproductiva.⁽¹⁰⁾

Entre el 10 y el 30% de las mujeres en edad fértil y hasta 50% de las mujeres perimenopáusicas padece de sangrado uterino anormal, de las pacientes en edad fértil, sobre el 50% de aquellas con SUA tienen una patología orgánica y por lo tanto no siempre deben ser consideradas y tratadas como metrorragia disfuncional, y por otra parte en aquellas postmenopáusicas, el 50%, el SUA no tiene causa orgánica identificable y por lo tanto, un procedimiento invasivo como el legrado uterino no es de utilidad; por lo que los factores principales que modifican su frecuencia son la edad y la fase reproductiva.⁽²⁾

El sangrado uterino anormal (SUA) es un signo, no una entidad clínica; el médico debe centrar su atención en identificar el padecimiento específico antes de iniciar el tratamiento que corresponde. Esta sería la única manera de lograr un éxito terapéutico e identificar enfermedades de consideración.⁽¹²⁾ Es difícil establecer con seguridad la incidencia real, porque a menudo se realiza tratamiento sin haber practicado un estudio completo del caso y sin haber descartado con seguridad lesión orgánica, siendo no siempre eficaces y generalmente mal toleradas, o tratamiento quirúrgico en donde la única opción era la Histerectomía Abdominal⁽²⁾

En la última década se han sumado nuevas alternativas, tanto para mejorar el diagnóstico como para ofrecer tratamientos médicos y quirúrgicos más racionales que ayudan en su conjunto a evitar histerectomías innecesarias. Esta situación significa en USA la no despreciable cifra de 600.000 histerectomías anuales o dicho de otra forma 35% de las mujeres histerectomizadas antes de los 65 años, contrastando, por ejemplo, con el 15% de mujeres histerectomizadas antes de los

70 años en Italia, país que cuenta con un sistema de salud más social, lo cual hace evidente también un trasfondo económico en la toma de decisiones.⁽²⁾

En nuestro país el 10 % de las mujeres presentan SUA en cualquier momento de la vida sexual, siendo 50 % de los casos más frecuente en etapa perimenopausica. ⁽¹¹⁾. Siendo importante conocer el diagnóstico, terapéutico y resultados histopatológicos de pacientes con sangrado uterino anormal de origen orgánico ya que implica un costo económico importante así como el impacto social y psicológico en la paciente que supone una disminución significativa de la calidad de vida y de la sensación de bienestar.

ANTECEDENTES

Se realizó un estudio investigativo por la Dra. Emilia Zamora en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Chile Dr. Luis Tizné en relación a la contribución de la histeroscopia diagnóstica en el diagnóstico diferencial del sangrado uterino anormal de Julio de 1998 a Mayo 2006, encontrando que de un total de 378 histeroscopia diagnóstica realizada en pacientes con diagnóstico de SUA, la edad promedio de las pacientes sometidas al procedimiento fue de 52,6 años (rango: 25–91 años). Sin embargo, para homologar el análisis con la literatura, se dividió el total en dos grupos: premenopáusicas (menores de 48 años) correspondiente a 123 pacientes (33%) y, peri o posmenopáusicas (igual o mayores de 48 años), correspondiente a 255 pacientes (67%)⁽¹⁴⁾

En el grupo de pacientes pre menopáusicas el diagnóstico histeroscópico más frecuente fue de normalidad (43,1%) (incluye la visualización de endometrio proliferativo y secretor), seguido de pólipo endometrial (16,3%) y de miomatosis uterina (19%). Se tomó muestra para biopsia en 42 de 123 pacientes. El diagnóstico histológico más frecuente fue endometrio proliferativo (13,8%). La correlación entre el diagnóstico histeroscópico y la biopsia fue de 73%⁽¹⁴⁾.

En el grupo de las posmenopáusicas el diagnóstico histeroscópico más frecuente fue atrofia endometrial (29,8%), seguido de pólipo endometrial (22,7%) y de normalidad (16,5%) (incluye la visualización de endometrio proliferativo y secretor). Se tomó muestra para biopsia en 89 de 255 pacientes. El diagnóstico histológico más frecuente fue hiperplasia endometrial simple sin atipias. La correlación entre el diagnóstico histeroscópico y la biopsia fue de 86,7%.⁽¹⁴⁾

En el 2000, Deras-Colindres, en Honduras se realizó un estudio sobre hallazgos anatomopatológicos en pacientes sometidas a legrado biopsia con diagnóstico de sangrado anormal, encontrando que los resultados de la biopsia más frecuentes fueron el endometrio proliferativo y secretor con un 30,9% y 22% respectivamente. Entre las patologías pre malignas más frecuentes se obtuvieron la hiperplasia

quística y la hiperplasia simple, se diagnosticaron dos carcinomas de endometrio con un 29%

En el 2001, en el Hospital Oscar Danilo Rosales, en León, Dra. Arce realizó un estudio sobre aporte de los estudios histopatológicos en el diagnóstico de hemorragia uterina anormal en pacientes del servicio de ginecológica del HEODRA, encontrando que el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico más realizado fue el legrado por aspiración con 51.2%, legrado instrumental 28.6%, y se le realizó histerectomía al 20.2% de las pacientes. Dentro de las principales alteraciones histológicas se encontró el endometrio proliferativo con hiperplasia simple y el endometrio secretor con reacción pseudodecidual en el 13% de los casos respectivamente y endometrio con hiperplasia compleja atípica en el 4% de los casos.

Bonilla, en el 2001, en la investigación “Abordaje del sangrado uterino anormal” realizada en el HBCR concluyó que el 80% de las pacientes se les realizó legrado uterino solamente, en el 66% no se identificó una posible causa del trastorno hemorrágico, de estos casos en el 57% solo se utilizó la historia clínica como método de diagnóstico.

En el 2003, Ruiz concluye en su estudio de “Abordaje del sangrado uterino anormal” en el HBCR que el 57% eran peri menopáusicas, el 62% tenían miomas uterinos y en el 59% de los hallazgos histopatológicos fueron las alteraciones estructurales endometriales por trastorno hormonal. Un 25% de las pacientes recibió tratamiento hormonal previo.

En el 2005 Guerrero Chavarría en el HBCR sobre “Relación entre el manejo clínico y resultados histopatológicos en pacientes con sangrado uterino peri menopáusico” en el HBCR realizó un estudio descriptivo en 44 pacientes encontrando que el 91% de las pacientes que se les realizó legrado uterino con biopsia endometrial como manejo no recibieron tratamiento hormonal antes del legrado y un tercio de las pacientes 27% presentó reacción pseudodecidual del

estroma, 31.8% pólipos endometriales y el 22.7% se encontró hiperplasia endometrial siendo la más frecuente simple sin atipia.

En el 2006 Zully Hooker realizó un estudio sobre “eficacia de la ablación endometrial (ROLLER BALL) en el manejo del sangrado uterino anormal en el Hospital Militar Dr. Alejandro Dávila Bolaños “ en comparación con la histerectomía en el periodo de mayo 2002 a diciembre 2005 en 40 pacientes se encontró una eficacia satisfactoria en el uso de la ablación endometrial basado en un porcentaje de amenorrea o buena evolución del 95% con 0% de complicaciones y ausencia de pérdidas sanguíneas, con menor tiempo quirúrgico e incorporación a las labores de trabajo a los 8 días, y resultados histopatológicos en pacientes sometidas a LUA biopsia de endometrio mixto con 97.5% para las pacientes sometidas a ablación endometrial.

En el 2011, Guardado Herrera, sobre “Correlación clínica- Histopatológicas de las pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal manejadas con legrado uterino” realizado en 168 pacientes en el HBCR encontró que la mayoría de las pacientes estaban en edad peri menopáusica, de las patologías asociadas se encontraron con mayor frecuencia la hipertensión arterial en un 26%; el 58% de las pacientes tenían una duración del sangrado de 15 días a 30 días y además el 43% presentaron cambios hemodinámicos y amerito la realización de transfusión; el 21% recibió tratamiento hormonal previo y el pólipo endometrial fue el hallazgo histopatológico más frecuente en un 31%.⁽⁵⁾

JUSTIFICACION

El sangrado uterino anormal es un problema común y su manejo puede ser complejo. Es frecuente que los médicos no puedan identificar la causa del sangrado anormal. Su manejo puede comprender muchas decisiones relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento, las cuales se toman en forma simultánea y sin contar con la ayuda de guías basadas en la evidencia. La evidencia disponible tiende a centrarse más en cuestiones terapéuticas que en un abordaje clínico amplio del problema. No es difícil encontrar listas larguísimas de causas potenciales de sangrado anormal, pero los médicos de atención primaria necesitan consejos prácticos para encarar el problema.⁽⁸⁾

Los sangrados uterinos anormales producen un impacto en la vida de muchas mujeres. Se estima que en el Reino Unido 1 de 20 mujeres de 30 años consulta a su médico general cada año por episodios de menorragias y 1 de cada 5 mujeres recibirán una histerectomía antes de los 60 años, siendo el 50% realizadas debido a sangrado uterino anormal. En total se estima que la mitad de estas mujeres presentan úteros normales.⁽⁷⁾

A nivel nacional hay pocas investigaciones y no existe un protocolo establecido para el abordaje diagnóstico y terapéutico del sangrado uterino anormal como parte de una norma general que practiquen todos los centros hospitalarios y permita el manejo adecuado de esta patología tan frecuente que ante la falta de acceso a medios diagnósticos y terapéuticos aumentan el índice de histerectomías en nuestra pacientes como medio para mejorar su calidad de vida. En los hospitales donde se atiende ginecología la observación nos ha llevado a determinar que en muchas ocasiones las pacientes son atendidas con el criterio aprendido del ginecólogo y no con un criterio estandarizado, lo que lleve, al igual que en otros países operar a pacientes que histológicamente tienen úteros normales por lo tanto con el presente estudio pretendemos obtener datos que permita determinar si el manejo es uniforme, si la forma de diagnóstico y

tratamiento es uniforme con el fin de plantear un protocolo de abordaje que estandarice el abordaje de estas pacientes y lleve a realizar tratamientos radicales como histerectomía con criterios uniformes y precisos basados en evidencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el abordaje diagnóstico, terapéutico y resultados histopatológicos de pacientes con sangrado uterino anormal de origen orgánico en el servicio de ginecología Hospital “Dr. Fernando Vélez Páiz”, en el período comprendido de Junio 2011- Junio 2012?

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer el abordaje diagnóstico, terapéutico y resultados histopatológicos de pacientes con sangrado uterino anormal de origen orgánico en el servicio de ginecología Hospital “Dr. Fernando Vélez Páiz”, en el período comprendido de Junio 2011 – Junio 2012.

Objetivos específicos:

- Conocer características generales, patologías asociadas y antecedentes ginecológicos de interés de las pacientes en estudio.
- Establecer las manifestaciones asociadas a sangrado uterino anormal de origen orgánico en las pacientes a estudio.
- Identificar medios diagnóstico auxiliares para el abordaje en las pacientes en estudio
- Establecer la conducta terapéutica utilizada para su manejo en relación a resultados ultrasonográficos de las pacientes en estudio.
- Determinar los resultados histopatológicos de pacientes con el diagnóstico de sangrado uterino anormal de causa orgánica en relación a la fase reproductiva de la paciente con sangrado uterino anormal
- Conocer el diagnóstico clínico planteado en el manejo y su relación con los resultados histopatológicos

MARCO TEORICO

El ciclo menstrual normal es aquel que se presente cada 28 +/- 7 días, duración 4 días +/- 2 días y pérdida sanguínea de 40 ml +/- 20 ml. El ciclo menstrual cíclico es resultado de la relación orquestada entre el endometrio y los factores que lo regulan. Cualquier cambio de estos a menudo provoca una hemorragia uterina anormal. Las causas son neoplasias, disfunción hormonal, traumatismo del aparato reproductivo, infección, coagulopatía complicaciones del embarazo. Por lo tanto, la hemorragia uterina anormal es un signo ginecológico común que se observa en mujeres de cualquier edad. ⁽⁷⁾

Las alteraciones en el flujo rojo tienen sus definiciones precisas, pero no existe un término apropiado para el concepto general. Si bien estas alteraciones podrían semánticamente ser denominadas como metrorragia, este término se asocia equivocadamente con cantidad, y es por esto que en la literatura extranjera se utiliza el concepto de Abnormal Uterine Bleeding (AUB) para englobar a todas las alteraciones de frecuencia y cantidad en relación a flujo rojo, excluyendo causas relacionadas con embarazo y patología de cuello uterino. Así entonces, hablaremos de sangrado uterino anormal (SUA). ⁽²⁾

El SUA constituye el principal motivo de consulta en ginecología y es responsable de una igual importante proporción de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos que con el paso del tiempo han evolucionado a numerosas alternativas con distintas validaciones. Quince años atrás junto a la evaluación clínica contábamos con el apoyo de la incipiente ultrasonografía transvaginal más el tradicional estudio endometrial. Luego de esta etapa diagnóstica se decidía entre un tratamiento médico con alternativas aún vigentes, pero no siempre eficaces y generalmente mal toleradas, o tratamiento quirúrgico en donde la única opción era la Histerectomía Abdominal. De hecho hasta ahora, casi un 60% de las pacientes con SUA culmina en esta intervención como consecuencia de este manejo, pero al revisar las piezas quirúrgicas enviadas a anatomía patológica sólo un 50% de ellas

tienen evidencia de enfermedad orgánica. Por lo tanto la histerectomía como solución final no siempre está justificada.⁽²⁾

Las causas de SUA se pueden dividir en dos grandes grupos: ⁽¹⁾

1. SUA con origen orgánico conocido.
2. SUA no causadas por patología orgánica o hemorragia uterina disfuncional.

Las causas más frecuentes de hemorragia uterina orgánica son ⁽¹⁾

- **Cervicales.**

- Ectopia: extensión del epitelio glandular cilíndrico desde el endocérnix a la porción visible del ectocérnix. La hemorragia aparece debido al efecto de una infección o de traumatismos con el coito. Su frecuencia oscila entre un 15 y un 85%, siendo mayor en el período peripuberal.

- Pólipo: proliferación polipoide de la mucosa cervical, en la que intervienen, parcial o totalmente, los diversos elementos que la constituyen (epitelio, glándulas, estroma). Es una patología frecuente, hallada en un 1 a un 5% de las mujeres que consultan al ginecólogo, pero sobre todo en las multíparas y en las mujeres mayores de 45 años. La metrorragia que produce suele ser continua, procedente de la ulceración del pólipo o bien coitorragias.

Los pólipos endometriales se presentan hasta en un 23% de las pacientes perimenopausicas, pueden ser únicos o múltiples y por lo general son pequeños, de 0.5 a 3 cm de diámetro, cuando estos son pequeños no producen síntomas y se encuentran de forma accidental al realizar un legrado. Los grandes, sobre todo los que tienen pedículos sangran de forma excesiva, puede asociarse a dolor tipo cólico que representa el intento de expulsar el cuerpo extraño.⁽⁶⁾

- Cáncer: el síntoma más frecuente y precoz es la hemorragia genital acíclica, irregular e intermitente, que a menudo se desencadena por una acción mecánica directa sobre la superficie tumoral, como por ejemplo, el coito o en el curso de exploraciones digitales o instrumentales.

- **Corporales.**

- Pólipo endometrial: formación benigna del tejido endometrial, que se halla, aproximadamente, en el 10% de los úteros examinados por necropsias. Son más frecuentes entre los 40 y 50 años de edad. El síntoma de presentación más común es la hemorragia intermenstrual o como una menstruación excesiva. Los pólipos endometriales representan, aproximadamente, el 23% de metrorragias postmenopáusicas y el 6,8% de todos los casos de metrorragia en mujeres entre los 20-40 años.

- Hiperplasia endometrial: proliferación benigna caracterizada por el aumento de la densidad de las glándulas endometriales morfológicamente anormales. El estroma muestra también un cierto grado de proliferación, pero inferior a las glándulas. Se presenta, habitualmente, en mujeres en la etapa premenopáusica o postmenopáusica en forma de hemorragias uterinas anormales.

- Adeniosis: presencia de glándulas endometriales y estroma dentro del miometrio, acompañadas por hipertrofia compensatoria del miometrio. Debe sospecharse cuando una mujer que ha tenido hijos y que presenta menorragia y dismenorrea muestra un útero agrandado en forma difusa y a menudo sensible a la palpación. El sangrado suele ser cíclico, importante y prolongado.

- **Neoplasias benignas:**

- Mioma: neoformación uterina benigna compuesta esencialmente por tejido muscular, aunque también puede haber una cantidad variable de tejido conectivo. La hemorragia no guarda relación estricta con el tamaño de la tumoración; en cambio, si lo suele hacer con su localización, siendo más frecuente en los miomas submucosos e intersticiales que en los subserosos.

- **Neoplasias malignas:**

- Carcinomas: excepcional su presentación por debajo de los 40 años, y únicamente un 20% se diagnostica premenopáusicamente. El adenocarcinoma de endometrio es el cáncer genital más común en mujeres mayores de 45 años; raramente es visto antes de los 35 años. El sangrado vaginal ocurre en el 90% de estas mujeres, aunque el sangrado no puede ocurrir en aquellas con estenosis cervical.⁽¹³⁾

- Sarcomas: procesos malignos que se originan en el tejido conectivo, en oposición a los carcinomas que nacen de las superficies epiteliales. Constituyen entre el 2 y el 4% de los cánceres uterinos⁽¹⁾. Los sarcomas del útero constituyen solamente 3 a 5 % de todos los tumores uterinos. Las mujeres con leiomiomas usualmente se presentan con menorragia, sangrado postmenopáusicos o un fibroide rápidamente crecido⁽¹³⁾

Se distinguen además dos tipos de sangrado uterino anormal: cíclicas y acíclicas.

(3)

Hemorragias cíclicas:

Comprenden las pérdidas sanguíneas que ocurren coincidiendo con la menstruación de la mujer y se diferencia de aquella por su duración, intensidad o ambas.

Dentro de las hemorragias cíclicas, se distinguen las siguientes:

- Hipermenorreas o menorragias: pérdidas sanguíneas excesivas en cantidad (superior a 80 ml) o duración (más de 7 días) o ambas, ocurren con intervalos normales.
- Polimenorrea: hemorragias con intervalos excesivamente cortos y frecuentes, menores de 21 días (periodo libre de hemorragia inferior a 18 días), pero que son normales en cantidad y en duración.
- Polimenorragia: hemorragias con intervalos excesivamente frecuentes y cuya intensidad y duración son igualmente excesivas.
- Opsomenorrea: Intervalos o ciclos largos, con duración e intensidad normal.
- Oligomenorrea: Hemorragia de escasa duración, pero intensidad y ritmo normal.
- Hipomenorrea: Hemorragia de escasa intensidad, pero ritmo y duración normal.

Hemorragias acíclicas:

Aparecen de forma irregular y, como su nombre indica, no guardan relación con la pérdida menstrual normal como:

- Metrorragias: hemorragias irregulares o continuas, de intensidad variable, que hacen perder el carácter cíclico de la hemorragia menstrual normal.
- Hemorragias intermenstruales: pérdidas sanguíneas que aparecen entre menstruaciones normales.

Debe tenerse siempre presente que la frecuencia de las distintas causas de HUA, varía según la edad de la paciente. En términos generales se considera que: ⁽¹¹⁾

- Un 25% de las SUA corresponden a causas Orgánicas.
- Un 75% a SUD.
- El 50% de las SUA se presentan en mujeres mayores de 45 años, y el otro 50% así:
 - Un 30% entre los 20 a 44 años;
 - Un 19% en adolescentes y
 - Un 1% en premenáurquicas.

La edad de la paciente puede ser utilizada para estratificar la frecuencia de las causas, la evaluación del laboratorio y el tratamiento del sangrado uterino anormal. La etiología más diversa se relaciona con las pacientes en edad reproductiva, con una mayor probabilidad de una variedad de patología endometrial. El diagnóstico específico depende de si la paciente es fértil, peri menopáusica o postmenopáusica. Las fases de la etapa reproductiva son la etapa fértil que abarca desde los 10 a 49 años, la etapa peri menopáusica de los 40 años hasta la menopausia y la postmenopáusica posterior a la menopausia. ⁽¹¹⁾

Infancia:

Cualquier hemorragia previa a la menarquía se debe investigar como un hallazgo anormal. En este grupo de edad es más probable que el origen de la hemorragia sea la vagina y no el útero. La vulvovaginitis es la causa más frecuente, pero también puede deberse a trastornos dermatológicos, neoplasias, traumatismos por accidentes, abuso o cuerpos extraños. Se debe descartar la posibilidad de pubertad precoz, ingesta accidental exógena de hormonas o tumores ováricos. ⁽¹³⁾

Adolescencia:

La hemorragia uterina anormal casi siempre es consecuencia de anovulación y defectos de la coagulación con una frecuencia mucho mayor que en las mujeres en edad fértil. Se debe descartar la posibilidad de embarazos, enfermedades de transmisión sexual y el abuso sexual.

En las adolescentes el 90% del sangrado uterino anormal es de etiología anovulatoria por inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario. Las anormalidades hematológicas, enfermedades médicas e infecciones constituyen el 10% de los casos.⁽¹³⁾

Edad fértil:

Después de la adolescencia, el eje hipotálamo-hipófisis-ovario madura y la hemorragia anovulatoria es menos frecuente. Al incrementarse la actividad sexual, aumenta la hemorragia uterina por embarazo o por enfermedades de transmisión sexual. La frecuencia de leiomiomas y pólipos endometriales aumenta con la edad y, por lo tanto, la hemorragia proveniente de esas lesiones es bastante con las mujeres en edad fértil.⁽¹³⁾

Peri menopausia:

La hemorragia uterina anormal es un problema clínico frecuente que causa alrededor de 70% de las consultas ginecológicas de las mujeres peri menopáusicas y posmenopáusicas. Al avanzar la edad aumenta el riesgo de padecer neoplasias tanto benignas como malignas.⁽¹³⁾

La causa más común de menorragia en mujeres pre menopáusicas es la distorsión de la arquitectura endometrial desde pólipos, leiomioma submucoso, adenomiosis, o dispositivos intrauterinos, coagulopatias o desordenes sistémicos como hipotiroidismo, pueden causar hemorragia excesiva durante la menstruación.⁽⁴⁾

Menopausia:

La hemorragia vaginal después de la menopausia por lo general es causada por alguna enfermedad benigna como atrofia del endometrio, pólipos endometriales benignos. Sin embargo en este grupo es más frecuente las neoplasias malignas,

en especial el carcinoma endometrial. Con menos frecuencia el carcinoma ovárico productores de estrógenos que provocan hiperplasia endometrial y hemorragia uterina. Así mismo, las úlceras vulvares y neoplasias vaginales y cervicouterinas también causan hemorragia.

Aproximadamente el 95% de los sangrados post menopáusicos es debido a causas benignas. Sin embargo, la incidencia de cambios malignos se incrementa con la edad. Un estudio que predijo el riesgo de cáncer endometrial en mujeres post menopáusicas o peri menopáusicas con sangrado uterino anormal basado en la historia clínica reportó que mujeres nulíparas mayores de 70 años con diabetes mellitus tenían un 87% de riesgo de hiperplasia compleja o cáncer endometrial comparado con el 3% en mujeres sin ese factor. La diabetes por si misma probablemente no predisponen a cáncer endometrial, el efecto puede ser debido a la obesidad concomitante. ⁽¹³⁾.

Se elaboro una **Guía de Bolsillo de Tratamiento de Sangrado Uterino Anormal en el Primer y Segundo Nivel de Atención.** ⁽⁷⁾

Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Elaboración y Revisión permanente de Guías de Práctica Clínica

La Medicina Basada en Evidencia consiste en la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta.

1. *Obtenga la historia completa de varios ciclos menstruales consecutivos evidencia la presencia de sangrado ínter menstrual o post-coital (Nivel D)*

Aproximaciones diagnósticas para el sangrado uterino anormal

Historia clínica.

Es importante el distinguir el sangrado anovulatorio del sangrado uterino anormal, siendo que el primero es más probable que se deba a una hiperplasia endometrial. Las mujeres que presentan un sangrado uterino anormal probablemente presenten un sangrado menstrual abundante sin eventos de sangrado ínter menstrual o post-coital. Pueden presentar una dismenorrea asociada al paso de

los coágulos durante la menstruación. Los síntomas premenstruales también sugieren la presencia de ciclos ovulatorios. La historia clínica debe evaluar la presencia de síntomas que sugieren otra patología pélvica, como sangrado irregular, sangrado post-coital y dolor pélvico. El 25 a 50% de las mujeres sufren de sangrado irregular, presentan pólipos o fibromas submucosos.

Algunos síntomas que sugieren una patología asociado son el sangrado irregular, cambios repentinos en los patrones de sangrado, sangrado post-coital, dispareunia, dolor pélvico y dolor premenstrual.

Incluyendo aquellos que relacionan con el cáncer endometrial como el uso de tamoxifeno, estrógenos solos, síndrome de ovario Poliquístico y obesidad.

Diagnóstico.

Un buen examen físico y pélvico es fundamental en el proceso del diagnóstico, incluyendo de rutina la toma de una citología del cérvix y los exámenes de sangre completos para poder detectar la presencia de anemia. Otros posibles exámenes incluyen: TSH si hay síntomas de disfunción tiroidea, prolactina, progesterona en los días 21-23 para verificar el estado ovulatorio, FSH y LH para verificar el estado de la menopausia y una posible enfermedad poliquística y pruebas de coagulación si el sangrado se presenta en la pubertad o existe sospecha clínica de una coagulopatía.

Algunas condiciones que pueden presentar un sangrado transvaginal anormal son:

Patología uterina.

Embarazo intrauterino o ectópico.

Hiperplasia o carcinoma endometrial.

Endometriosis o adenomiosis.

Pólipos endometriales.

Fibromas.

Enfermedad de ovario Poliquístico (menorragias anovulatorias)

Infección uterina (Chlamydia)

Malformaciones vasculares uterinas.

Patología sistémica.

Desordenes hematológicos. (Enf. De Von Willebrand)

Hipotiroidismo.

Enfermedad renal o hepática.

Obesidad.

Causas iatrogénicas.

Tratamiento anticoagulante.

Quimioterapia.

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Esterilización.

Anticoncepción hormonal.

Pistas clínicas y exámenes de laboratorio adecuados en casos de Sangrado Uterino anormal.

Pista Clínica	Prueba adecuada
Fatiga o pérdida de peso	TSH
Galactorrea	Prolactina
Cervicitis	Papanicolaou, Chlamydia y Neisseria

Útero de mayor tamaño	Prueba de embarazo
Edema	Pruebas de función renal
Nausea, fatiga, incumplimiento de tratamiento anticonceptivo	Prueba de embarazo
Sangrado importante	Pruebas de coagulación, evaluación endometrial.

Fuente: Shrager S. Anormal Uterine Bleeding Associated with Hormonal Contraception. Am Fam Physician 2002; 65 (10): 2073-80. 2002.

- 2. Investigue la presencia de pólipos endometriales y/o fibroadenomas en las mujeres con sangrado menstrual irregular. (Nivel B)*
- 3. Realice una citología cervical y un hemoleucograma completo en aquellas mujeres con sangrados activos. Otras pruebas deben realizarse de manera individualizada. (Nivel B)*
- 4. Realice un examen abdomino-pélvico bimanual en todas las mujeres que presentan sangrado uterino anormal. (Nivel D)*
- 5. Las pruebas de función tiroidea no son necesarias de manera rutinaria en la evaluación inicial excepto en la presencia de signos o síntomas de hipotiroidismo. (Nivel D)*

Evaluación del endometrio.

La evaluación del endometrio se realiza para descartar condiciones premalignas o malignas y para evaluar la influencia hormonal en el endometrio. Spencer y colaboradores, revisaron 142 estudios para determinar el valor de los diferentes métodos de evaluación endometrial en las mujeres con sangrado uterino anormal; sin embargo la evidencia fue insuficiente para generar alguna recomendación.

La evaluación y toma de muestras endometriales debe ser considerada en toda mujer mayor de 40 años con sangrado anormal o en mujeres con alto riesgo de cáncer endometrial, incluyendo las nulíparas con historia de infertilidad, sangrado irregular abundante de reciente aparición, obesidad (≥ 90 kg), ovarios poliquísticos, historia familiar de cáncer de colon y en endometrio y terapia con tamoxifeno.

Es también importante el evaluar la histopatología endometrial en las mujeres que no presentan ninguna mejoría en el patrón de sangrado durante 3 meses de terapia.

6. *No es necesario obtener una biopsia endometrial de rutina en todas las mujeres que presentan sangrado uterino anormal. (Nivel D)*
7. *Realice o refiera para una biopsia endometrial con el método más adecuado a su disposición aquellas mujeres con sangrado uterino anormal, en especial en todas aquellas mujeres ≥ 40 años y/o con un peso ≥ 90 kg. (Nivel B)*
8. *Refiera para una sonohisterografía y probable biopsia dirigida por histeroscopia quirúrgica a aquellas mujeres con sangrado menstrual irregular errático y persistente, la falla del tratamiento médico o el ultrasonido pueden indicar la presencia de pólipos o miomas. (Nivel B)*
9. *Las mujeres con síntomas persistentes, pruebas negativas y no respuesta a los tratamientos prescritos, deben ser referidas al nivel de atención inmediato superior. (Nivel B)*

Examen ultrasonográfico del endometrio.

El ultrasonido transvaginal evalúa el grosor del endometrio y detecta la presencia de pólipos y miomas con una sensibilidad de un 80% y una especificidad de un 69%. Aunque existe evidencia que el grosor endometrial puede ser un indicativo de patología en la mujer post menopáusica, no se ha encontrado evidencia para las mujeres en años reproductivos. Un meta-análisis de 35 estudios muestra que en las mujeres menopáusicas un grosor de 5 mm en el ultrasonido tiene una sensibilidad de un 92% para detectar enfermedad endometrial y un 96% para detectar cáncer. No es útil cuando el grosor es de 5-12 mm. Sin embargo estas correlaciones no están firmemente establecidas en la mujer pre menopáusica.

10. *La cavidad endometrial debe ser explorada inicialmente utilizando un ultrasonido transvaginal en el manejo de casos seleccionados de sangrado uterino anormal. (Nivel B)*

Tratamiento del sangrado uterino anormal.

Manejo Médico.

Algunas consideraciones esenciales son la edad, el deseo de fertilidad, condiciones médicas coexistentes y las preferencias de la paciente. Para cada uno de los siguientes métodos, la paciente debe estar informada de los riesgos y las contraindicaciones para poder tomar decisiones informadas. El grado de satisfacción de la pacientes puede verse influenciado por la eficacia, expectativas, costo, inconveniencia y efectos adversos.

Parece existir diferencias significativas en la eficacia de los diferentes tratamientos médicos; por ejemplo el ácido tranexámico parece ser más efectivo que los AINES (por ejemplo ibuprofeno) en la reducción del sangrado, sin embargo, la mejoría objetiva correlaciona pobremente con la mejoría percibida. La escogencia de la opción de tratamiento debe ser realizada de acuerdo a la presencia de otros síntomas (dismenorrea), la necesidad de anticoncepción, el perfil de efectos adversos y las preferencias de la mujer. Los AINES y el ácido tranexámico por ejemplo, se toman solo durante el sangrado y por tanto pueden ser utilizados por mujeres que desean concebir. También son útiles en aquellas mujeres que utilizan un DIU.

Consideraciones generales.

El desarrollo de técnicas de consejería y estrategias de manejo son importantes. Algunos estudios han demostrado que 1/3 de las mujeres con metrorragias deciden no recibir tratamiento médico, con un 70% de satisfacción a los 12 meses. Sin embargo es necesario corregir algunas condiciones como la anemia por deficiencia de hierro.

Es necesario recordar que el tratamiento en general no cura el sangrado pero reduce los síntomas y mejora la calidad de vida. Estos tratamientos han sido pobremente estudiados, los estudios no comparan directamente los diferentes tratamientos, las muestras son pequeñas y los seguimientos cortos. Además, existen variaciones considerables de los criterios de ingreso, las dosis utilizadas, el reporte de los efectos adversos y lo adecuado de las mediciones utilizadas. Hasta el momento no se ha encontrado evidencia que la combinación de

tratamientos sea más efectiva que su uso aislado y por lo tanto debe procederse con precaución.

Consideraciones de los pacientes

Los pacientes deben participar en el proceso de toma de decisiones informadas sobre el tratamiento que deben recibir junto con la adecuada cantidad y calidad de información que les facilite el proceso. Si surge la necesidad de una intervención quirúrgica deben discutirse los posibles riesgos y resultados antes de realizar cualquier procedimiento incluyendo asuntos de calidad de vida.

Antiinflamatorios no esteroidales. (Nivel 1^a)

Las mujeres que presentan sangrados menstruales intensos tienen los niveles de prostaglandinas elevados. Los antiinflamatorios no esteroidales (AINES) inhiben la ciclooxigenasa y reducen los niveles de prostaglandinas endometriales. En una revisión de 21 ensayos aleatorizados controlados, los AINES causaron una disminución del sangrado menstrual en un 20-50% junto a una reducción de la dismenorrea asociada hasta en un 70% de los pacientes. La terapia debe ser iniciada el primer día de la menstruación y continuada por 5 días o hasta que termine la menstruación (Ej. Ibuprofeno 800 mg TID por 1-2 semanas o hasta que cese el sangrado).

- 11. Los AINES son efectivos en reducir algunos tipos de sangrados uterinos anormales. (Nivel A)*

Agentes antifibrinolíticos. (Nivel 1^a)

El ácido tranexámico, un derivado sintético del amino ácido lisina, produce un efecto antifibrinolítico a través del bloqueo reversible del plasminógeno. Este medicamento no produce algún efecto en los parámetros de coagulación o dismenorrea. Un tercio de las mujeres experimentan efectos adversos incluyendo náusea y calambres en las piernas. Un gramo de ácido tranexámico cada 6 horas por los primeros 4 días del ciclo menstrual reduce la pérdida sanguínea en un 40%.

Los estudios comparativos han demostrado que el ácido tranexámico es más efectivo que los AINES, los progestágenos orales en la fase luteal y el etamsilato

en la reducción del sangrado. Sin embargo no ha sido comparado con los anticonceptivos orales combinados o los DIU de liberación de progestágenos.

El ácido tranexámico es bien tolerado sin un mayor aumento en los efectos adversos comparado con el placebo y otros tratamientos, sin evidencia de algún aumento en la enfermedad trombotogénica.

12. Los antifibrinolíticos son efectivos en reducir el sangrado en el sangrado uterino anormal. (Nivel A)

Danazol.

Danazol es un esteroide sintético con propiedades androgénicas leves, inhibe la esteroidogénesis en el ovario y tiene un profundo efecto en el tejido endometrial, reduciendo la pérdida sanguínea en un 80%. Después de la terapia con danazol (100-200 mg/d) un 20% de las pacientes reporta amenorrea y un 70% reporta oligomenorrea.

Aproximadamente un 50% de los pacientes no reporta algún efecto adverso con el uso de danazol y un 20% reporta efectos adversos leves y aceptables. Sin embargo un grupo no lo tolera adecuadamente debido al hirsutismo, acné, cambios de humor y ocasionalmente cambio de voz, lo cual puede ser irreversible. La queja más común es la ganancia de peso entre 2-6 libras en el 60% de los pacientes. El tratamiento recomendado es de 100-200 mg/día por 3 meses.

13. Considere Danazol como una alternativa efectiva en reducir el sangrado uterino anormal, pero sus efectos adversos pueden limitar su utilización a largo plazo. (Nivel A)

Progestágenos.

Varias revisiones han subrayado la ausencia de buena información de estudios científicos sobre la efectividad de los esquemas usualmente utilizados. Estudios aleatorizados han demostrado que los progestágenos cíclicos no son efectivos en controlar el sangrado menstrual regular en comparación con los AINES y el ácido tranexámico. Los progestágenos pueden ser útiles en las mujeres con ciclos irregulares y anovulatorios cuando se utilizan por 12-14 días cada mes y su uso por 21 días durante cada ciclo reduce la pérdida sanguínea en un 90% pero con

muy baja tolerancia. Cuando son utilizados durante la fase luteal (día 15 o 19 al día 26 del ciclo) ya que a pesar de no haber sido estudiados en estudios controlados pero los estudios comparativos indican que son inferiores a otros tratamientos médicos.

El acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) que se utiliza en anticoncepción, produce amenorrea en un 80% de las mujeres durante el primer año, aunque hasta un 50% experimenta sangrado irregular. Siendo una opción para aquellas mujeres que requieren anticoncepción y no son candidatas o no desean recibir anticonceptivos orales combinados o DIU de liberación de progestágenos

14. *No utilice progestágenos durante la fase luteal del ciclo menstrual ovulatorio ya que han demostrado ser inefectivos en reducir el sangrado. (Nivel A)*
15. *Los progestágenos de liberación intrauterina (DIUs medicados con progesterona), son efectivos en el tratamiento del sangrado uterino anormal. (Nivel A)*
16. *El uso continuado de progestágenos de larga acción (Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) produce amenorrea y pueden ser considerados para su uso en el sangrado uterino anormal. (Nivel A)*

Anticonceptivos orales combinados.

La reducción de las pérdidas sanguíneas con el uso de anticonceptivos orales combinados probablemente se deba a la atrofia endometrial que generan. Estudios aleatorizados muestran una reducción de un 43% en las pérdidas sanguíneas al utilizar 30 µg de etinil estradiol. Los estudios de casos control longitudinales han demostrado que es menos probable que las usuarias experimenten sangrado menstrual abundante o anemia. Otras ventajas de los anticonceptivos orales combinados incluyen la protección anticonceptiva y la reducción de la dismenorrea.

17. Los anticonceptivos orales combinados (sobre todo si se usan sin intervalo o a continuidad) pueden ser utilizados para reducir el sangrado en el sangrado uterino anormal. (Nivel B)

Sistemas intrauterinos de liberación de progestágenos.

Los sistemas intrauterinos de liberación de progestágenos han reportado una reducción en el sangrado menstrual.

Agonistas de GnRH.

Los agonistas de GnRH inducen un estado reversible hipo estrogénico, lo que reduce el volumen en un 40% a un 60%. Los miomas y el volumen de sangrado uterino regresan a sus niveles previos después de meses de suspender la terapia. Los agonistas de GnRH son efectivos en reducir el sangrado menstrual en mujeres perimenopáusicas pero están limitados por sus efectos adversos, incluyendo los bochornos y la reducción de la densidad ósea. Estos medicamentos deben ser utilizados de manera supervisada por el especialista y en casos de demostrada intolerancia a medicamentos de la Lista Oficial de Medicamentos, de acuerdo a los lineamientos oficiales.

18. Considere los agonistas de GnRH como medicamentos de segunda elección y efectivos en reducir el sangrado en el sangrado uterino anormal, pero sus efectos adversos pueden limitar su utilización a largo plazo. (Nivel A)

Manejo Quirúrgico.

Los tratamientos quirúrgicos son extremadamente efectivos en el manejo del sangrado uterino anormal. Sin embargo, es recomendable realizar una prueba terapéutica apropiada antes de iniciar una ablación endometrial o una histerectomía.

Dilatación y Curetaje.

No se han encontrado estudios aleatorizados controlados publicados que comparen dilatación y curetaje versus otros tratamientos para aliviar la menorragia. El único estudio encontrado que midió la pérdida sanguínea antes y después del procedimiento, encontró una reducción temporal inmediata en la

pérdida sanguínea; sin embargo el nivel de sangrado regreso a la normalidad o empeoró para el segundo ciclo menstrual después del procedimiento. La dilatación y curetaje pueden tener un papel diagnóstico cuando se tiene una biopsia endometrial inconclusa y persisten los síntomas o se sospecha otra patología.

19. No utilice la dilatación y curetaje como terapia en las mujeres con sangrado menstrual intenso ya que no ha demostrado ser efectivo más que un método diagnóstico.(Nivel B)

20. La dilatación y curetaje no provee una mayor ventaja diagnóstica en comparación con la histeroscopia y biopsia endometrial.(Nivel B)

Ablación endometrial.

La ablación endometrial puede ser realizada por diferentes técnicas quirúrgicas. La ablación endometrial histeroscópica con foto coagulación, electrocoagulación entre otras. Sin embargo la ablación endometrial no ha sido evaluada clínicamente en los últimos 20 años. Varios estudios con análisis de tablas de vida han mostrado razones de satisfacción de un 85%, dentro del tiempo de estudio, aproximadamente un 10% de las mujeres necesitarán una histerectomía y otro 10% requerirá otra ablación endometrial. Las pacientes mayores de 40 años parecen presentar mejores resultados. No se ha encontrado evidencia que la presencia de fibroadenomas o dismenorrea se relacionen con un pobre resultado.

El tratamiento médico pre operatorio no parece mejorar los resultados clínicos a largo plazo, pero si mejoran la facilidad de la cirugía y la razón de amenorrea a corto plazo. La ablación endometrial es un procedimiento seguro para el manejo de las menorragias crónicas refractarias a la terapia médica, con una razón de complicaciones aceptablemente baja y un una alta satisfacción del paciente a largo plazo. La ablación endometrial se compara favorablemente con la histerectomía en los estudios controlados en términos de eficacia y costo, aunque a largo plazo debe incluirse en el análisis la necesidad de terapia adicional.

La ablación endometrial global, fue introducida en 1990 como un procedimiento seguro y eficaz como la ablación histeroscópica. Existen diferentes dispositivos, muchos de los cuales todavía son experimentales, incluyendo: el balón intrauterino

con agua caliente, la solución no salinas intrauterina, el balón de electrocoagulación y los dispositivos de micro-hondas entre otros. Estos dispositivos requieren una menor habilidad por parte del operador que la ablación endometrial y no utilizan soluciones irritantes o de distensión.

Aunque los dispositivos son promisorios junto con resultados preliminares impresionantes, los resultados a largo plazo, las complicaciones y el costo-efectividad de los mismos necesitan ser claramente establecido. Ya que todos los procedimientos son realizados sin la visualización histeroscópica (con excepción de la hidrotermoablación), sería prudente el realizar una histeroscopia previa y posterior al tratamiento, para asegurar que únicamente el endometrio ha sido tratado. Las perforaciones uterinas parciales o totales, junto a pasajes falsos han sido reportadas con una frecuencia de 0,8-1,5 y pueden resultar en un daño a los órganos adyacentes.

21. Recomiende la ablación endometrial en aquellas mujeres con paridad satisfecha y conscientes de los riesgos del sangrado recurrente. La necesidad de reintervenir puede ser de hasta un 40%.(Nivel A)

Histerectomía

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

22. Considere la histerectomía como un procedimiento de última elección y efectivo en reducir el sangrado en el sangrado uterino anormal, pero sus efectos adversos pueden limitar su utilización a largo plazo.(Nivel A)

23. El uso amplio de la histerectomía como un procedimiento de última elección y efectivo en reducir el sangrado en el sangrado uterino anormal

debe ser balanceado junto a sus efectos adversos y riesgos en términos de morbi-mortalidad ya que pueden limitar su utilización. (Nivel D)

DISEÑO METODOLOGICO

El presente estudio se realizó en el servicio de ginecología del Hospital Fernando Vélez Paíz en el periodo comprendido de Junio 2011 a Junio 2012 evaluando el abordaje diagnóstico, terapéutico y resultados histopatológicos de pacientes con sangrado uterino anormal de origen orgánico.

Área de estudio: se realizó en el servicio de ginecología del Hospital Fernando Vélez Paíz ubicado en el lado este del hospital y cuenta con un personal conformado por médicos especialistas, médicos residentes, enfermeras y auxiliares de enfermería.

Tipo de Estudio: Descriptivo de corte transversal.

Universo: estuvo conformado por 243 pacientes con el diagnóstico de sangrado uterino anormal de origen orgánico ingresadas al servicio de ginecología a las que se les realizó algún tipo de abordaje terapéutico quirúrgico en el periodo en estudio

Muestra: Estuvo conformado por 96 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio.

Selección de la Muestra: se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, de pacientes ingresadas al servicio de ginecología con diagnóstico de sangrado uterino anormal de causa orgánica.

Recolección de los datos: se realizó a través del llenado de ficha clínica que conto de preguntas cerradas que fueron obtenidas mediante revisión de expediente de pacientes con el diagnóstico de sangrado uterino anormal de origen orgánico.

Criterio de inclusión y exclusión:

1. Criterios de inclusión

- Paciente con sangrado uterino anormal de origen orgánico a las que se le realizó un procedimiento terapéutico quirúrgico ingresadas en el servicio de ginecología

2. Criterio de exclusión

- Pacientes las cuales no tienen en su expediente clínico el resultado de patología o con expediente clínico incompleto.

Metodología y procesamiento:

Se realizó solicitud al departamento de estadística para acceso a hojas estadísticas de pacientes atendidas en consulta externa valoradas con el diagnóstico de sangrado uterino anormal para poder seleccionar el universo del estudio sin embargo no contamos con los registros completos por problemas del sistema computarizado por lo que se logró obtener la información de los expedientes clínicos de pacientes ingresadas al servicio de ginecología con diagnóstico de sangrado uterino anormal de causa orgánica a la que se le realizó algún procedimiento quirúrgico para revisión y aplicación del instrumento. La información se procesó mediante el programa estadístico SPSS 11.5 con realización de cuadro de frecuencia y análisis de variables.

Variables:

1. Características Generales

- Edad
- Índice de masa corporal

2. Patologías Médicas asociadas

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Enfermedad Tiroidea

3. Antecedentes ginecológicos

- Fase reproductiva

4. Manifestaciones asociadas

- Duración del sangrado
- Severidad del sangrado
- Ritmo menstrual
- 5. Medios diagnósticos
 - Biometría Hemática completa.
 - Pruebas de coagulación.
 - Papanicolao
 - Ultrasonidos
- 6. Conducta terapéutica utilizada
 - Tratamiento conservador
 - Tratamiento quirúrgico
- 7. Patología ginecológica
 - Miomatosis uterina
 - Adenomiosis
 - Tumor anexial
 - Engrosamiento endometrial
 - Pólipo endometrial
 - Endometriosis
 - Retroversión uterina
- 8. Resultado histopatológico
 - Cistoadenoma
 - Hiperplasia
 - Endometrio proliferativo
 - Endometrio secretor
 - Pólipo endometrial
 - Teratoma benigno
 - Metaplasia
 - Cacu In Situ
 - Adenomiosis
 - Adenocarcinoma
 - Leiomioma
 - Endometriosis
 - Normal

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Escala/Valor
Edad	Tiempo cronológico que transcurre desde que la paciente nace hasta la fecha de estudio medida en años.	Años	Menor de 19 20-39 40-59 Mayor de 60
Índice de masa corporal	Medida de referencia para determinar el grado de peso de una persona relaciona el peso y la talla del individuo	Desnutrición Normal Sobrepeso Obesidad	< 18,5 18,5 - 24,9 25-29,9 > 30
Patologías medicas asociadas	Enfermedad sistémica que conomita con patología de fondo	Hipertensión arterial Diabetes Mellitus Enfermedad Tiroidea	
Fase reproductiva	Periodo en que se divide la vida de una mujer	Etapa fértil Etapa peri menopáusica Etapa post menopáusica	
Duración del sangrado	Total de días que se presenta sangrado de origen uterino	Días	7 a 14 15 a 30 Más de 30
Severidad del sangrado	Es la cantidad de sangrado que refiere la paciente	Poco Regular Abundante	
Ritmo menstrual	Sangrado transvaginal que se presenta en un periodo determinado debido a cambios hormonales.con una periodicidad de 28 días \pm 7, sangrado menstrual de 60 ml \pm 20, y duración de 4 días	Regular Irregular	
Medios diagnósticos auxiliares	Exámenes y procedimientos que se realizaran para elaborar un diagnóstico	BHC Pruebas de coagulación. Papanicolao Ultrasonidos	
Conducta terapéutica utilizada	Terapéutica medica o quirúrgica utilizada	AINES Antifibrinoliticos	

	para manejo de sangrado uterino anormal orgánico	<p>Danazol</p> <p>Progestágenos</p> <p>Anticonceptivos orales combinados</p> <p>Agonistas de GnRH</p> <p>Legrado</p> <p>Histerectomía</p> <p>Torsión de pólipo</p> <p>LAE</p>	
Patología ginecológica planteada como causa del sangrado	Enfermedades del tracto genital femenino que se diagnostican en las pacientes con sangrado uterino anormal orgánico	<p>Miomatosis uterina</p> <p>Adenomiosis</p> <p>Tumor anexial</p> <p>Engrosamiento endometrial</p> <p>Endometriosis</p> <p>Retroversión uterina</p> <p>Pólipo endometrial</p>	
Diagnóstico histopatológico	Resultado histopatológico del espécimen enviado	<p>Cistoadenoma</p> <p>Hiperplasia</p> <p>Endometrio proliferativo</p> <p>Endometrio secretor</p> <p>Pólipo endometrial</p> <p>Teratoma benigno</p> <p>Metaplasia</p> <p>Cáncer In Situ</p> <p>Adenomiosis</p> <p>Adenocarcinoma</p> <p>Leiomioma</p> <p>Endometriosis</p> <p>Normal</p>	

RESULTADOS

En cuanto a el abordaje diagnóstico, terapéutico y resultados histopatológicos de pacientes con sangrado uterino anormal de origen orgánico en el servicio de ginecología Hospital “Dr. Fernando Vélez Páiz”, en el período comprendido de Junio 2011- Junio 2012, según las estadísticas reportadas en nuestro centro se atendieron 377 pacientes con el diagnóstico de sangrado uterino anormal de las cuales 243 fueron ingresadas al servicio de ginecología como sangrado uterino de origen orgánico para la realización de procedimiento terapéutico quirúrgico constituyendo el 64.4%% de las cuales solo 96 pacientes tenían resultado histopatológico en el expediente clínico constituyendo el 39.5%.encontrando que según:

Objetivo No. 1:

Conocer características generales, patologías asociadas y antecedentes ginecológicos de interés de las pacientes en estudio.

Se encontró que la edad más frecuente fue entre 40 y 59 años con el 62.5% seguidas por edades entre 20 y 39 años con el 31.3% y en ultima frecuencia las pacientes menores de 19 años con el 2.1% **(Tabla No.1).**

Así mismo se observo que en su mayoría no se registra el índice de masa corporal en los expedientes clínico en un 64.6%, seguidas por pacientes con índice de masa corporal normal comprendidas entre el 18.5-24.9 Kg/m² en un 19.8% y en menor frecuencia pacientes con índice de masa corporal >de 30 Kg/m² con un 9.4%. **(Tabla No. 2)**

En relación a las patologías medicas asociadas se encontró que en el 60.4% (58) de las pacientes no había asociación con sangrado uterino anormal, sin embargo del total de pacientes restantes (38) la hipertensión arterial represento un papel importante con el 60.5% de los casos, seguido por diabetes mellitus y su asociación con hipertensión arterial en 15.8% respectivamente y en menor medida las enfermedades tiroideas y cardiopatías con el 2.6% respectivamente. **(Tabla No.3)**

Y en lo que respecta a la fase reproductiva el 54.2% de las pacientes estaban en etapa peri menopáusica, seguidas en el 31.3% en periodo fértil y en menor medida en etapa postmenopáusica en el 14.6%. **(Tabla No.4)**

Objetivo No. 2:

Establecer las manifestaciones asociadas a sangrado uterino anormal de origen orgánico en las pacientes a estudio.

En lo que respecta a las manifestaciones asociadas a sangrado uterino anormal de origen orgánico encontramos que en un 71,9% de las pacientes presentaron hemorragia de 7 a 14 días de duración. **(Tabla No.5)**; en poca cantidad en un 57.3% **(Tabla No. 6)** y con un ritmo irregular en el 57.3% de los casos. **(Tabla No. 7).**

Objetivo No. 3:

Identificar medios diagnóstico auxiliares para el abordaje en las pacientes en estudio

Dentro de los medios diagnósticos utilizados para determinar la causa orgánica del sangrado uterino anormal se realizó ultrasonido pélvico encontrando que en el 55.2% de las pacientes se diagnosticó miomatosis uterina, seguido por engrosamiento endometrial en un 18.8% y tumores anexiales en un 14.6% de los casos y en menor proporción retroversiones uterinas, adenomiosis y pólipo endometrial con el 1% respectivamente, así también el 5.2% de los ultrasonidos se reportaron normales. **(Tabla No.8)**

Además se realizaron como medio diagnóstico Biometría hemática completa como medio de detección de anemia encontrando que el 57.3% de las pacientes presentaron BHC dentro de valores normales y el 42.7% tuvieron algún grado de anemia dentro del diagnóstico probablemente como consecuencia de SUA. **(Tabla No. 9).**

En lo que respecta a resultados de pruebas de coagulación como causa de SUA se encontró que el 94.8% de las pacientes estas se encontraban dentro de límites normales y solamente el 4.2% de presentaron prolongación en Tiempo parcial de tromboplastina o tiempo de protrombina.**(Tabla No. 10).**

Al valorar resultados de papanicolao realizado en las pacientes se encontró que el 92.7% presentaron resultados normales, sin embargo, el 6.3% de estas tuvieron LIEAG probablemente como causa de SUA y en menor proporción se encontró como hallazgo LIEBG en el 1% de las pacientes. **(Tabla No 11)**

Objetivo No. 4:

Establecer la conducta terapéutica utilizada para su manejo en relación a resultados ultrasonograficos de las pacientes en estudio.

Se encontró que como medida terapéutica utilizada la realización de histerectomía predominó como tratamiento quirúrgico en un 47.9% de las pacientes, seguido por legrado uterino en el 16.7% y LAE en un 17.7% respectivamente. Así mismo, la asociación de anticonceptivos orales combinados con la realización de Histerectomía abdominal total en el 14.6% de las pacientes y en menor proporción torsión de pólipo en el 1% de las pacientes. **(Tabla No. 12)**

Se encontró asociación entre la conducta terapéutica utilizada y los hallazgos ultrasonograficos donde la mayor proporción pacientes con miomatosis uterinas se les realizó histerectomía abdominal total en 73.6% de las pacientes, seguido con el 26.4% de los casos la combinación de ACO mas histerectomía como medida terapéutica. Así mismo se observó que de las pacientes que tuvieron resultados de ultrasonografía que reportaban engrosamiento endometrial se les realizó legrado uterino en el 88.9%, y en menor medida histerectomía abdominal total asociado al uso de progestágenos en el 5.6% de los casos respectivamente.

De las pacientes con ultrasonidos que reportaba tumores anexiales el 100% se les realizó laparotomía exploratoria como medida terapéutica. Del total de pacientes que reportaban ultrasonidos normales el 100% de estos se les realizó histerectomía abdominal por otra causa orgánica determinada por citología cervical **(Tabla No. 13)**

Objetivo No. 5:

Determinar los resultados histopatológicos de pacientes con el diagnóstico de sangrado uterino anormal de causa orgánica en relación a la fase reproductiva de la paciente con sangrado uterino anormal

De los resultados histopatológicos 96%(92) se encontró que el 50% reportaron leiomiomatosis, seguido por endometrio proliferativo en el 7.3% y cistoadenoma y endometriosis en el 6.3% de los casos respectivamente. Y en menor proporción se encontró Cacú In situ con el 3.1%, adenocarcinoma de cérvix y endometrio en el 2.1% de los casos y metaplasia en el 1%. El 4.2%(4) de las pacientes presentó reporte de histopatología normal **(Tabla No. 14)**

Al relacionar los resultados histopatológicos (92) con la fase reproductiva de las pacientes en estudios encontramos que en pacientes en etapa fértil 25% presentó reporte histopatológico de leiomiomatosis, seguidos por cistoadenomas en el 21% y en menor proporción Cacú In situ, adenomiosis y metaplasia en el 3.6% respectivamente; en pacientes perimenopáusicas se presentó leiomiomas en el 68%; y en pacientes post menopáusicas predominio leiomiomas en el 50%, y en 14.3% adenocarcinomas de cérvix y endometrio, hiperplasia y endometrio secretor respectivamente. **(Tabla No. 15)**

Objetivo 6:

Conocer el diagnóstico clínico planteado en el manejo y su relación con los resultados histopatológicos

Al comparar el diagnóstico establecido por ultrasonido con los resultados histopatológicos encontramos que las pacientes diagnosticadas con miomatosis uterina el 91% coincidió con resultado histopatológico de leiomiomas; el porcentaje restante coincidió con adenomiosis en el 7.5% y endometrio proliferativo en 1.5%. De las pacientes con el diagnóstico de engrosamiento endometrial el 27.8% tuvo resultado histopatológico de endometrio proliferativo, y el 22% de endometrio secretor, seguido por el 17% por hiperplasia simple y en el 5.6% coincidió con adenocarcinoma endometrial.

De las pacientes con tumores anexiales por ultrasonografía se encontró que el 35.4% tuvo como resultado histopatológico cistoadenoma de ovario y en el 29% de los casos con teratomas benignos y endometriosis con el 28.6%.

Por otro lado, las pacientes diagnosticadas con endometriosis por ultrasonografía solo el 33.3% coincidió con el reporte histopatológico, el porcentaje restante fueron cistoadenoma de ovario y reporte de histopatología normal. **(Tabla 16)**

Al valorar los resultados de papanicolao se encontró que las pacientes con LIEAG 6.3%, presentaron resultados histopatológicos de Cacu In situ en el 50% y adenocarcinoma de cérvix, metaplasia escamosa en el 16.7% respectivamente. De las pacientes con LIEBG el 100% se asocio a leiomiomas en resultados de histopatología. **(Tabla No. 17).**

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se estudiaron un total de 243 pacientes con sangrado uterino anormal de origen orgánico que ingresaron a sala de ginecología para realización de procedimiento quirúrgico constituyendo según las estadísticas el 64.4% del total de pacientes diagnosticadas con esta entidad de las cuales solo 96 de estas tenían resultado de histopatología constituyendo el 39.5% como muestra encontrando que:

La mayor frecuencia de sangrado uterino anormal de origen orgánica se presentó en edades entre 40 y 59 años y en etapa perimenopáusica lo que coincide con la literatura la que cita que la edad de la paciente puede ser utilizada para estratificar la frecuencia de las causas, la evaluación del laboratorio y el tratamiento. El diagnóstico específico depende de si la paciente es fértil, peri menopáusica o postmenopáusica concluyendo que el sangrado uterino anormal es un problema clínico frecuente que causa alrededor de 70% de las consultas ginecológicas de las mujeres peri menopáusicas y posmenopáusicas aumentando el riesgo al avanzar la edad de padecer neoplasias tanto benignas como malignas⁽¹³⁾

Se encontró que en su mayoría no se registra el índice de masa corporal por parte del personal médico considerando según la literatura un procedimiento de importancia ya que constituye un factor de riesgo de importancia en patologías orgánicas que desencadenan sangrado uterino anormal, ya que la obesidad (>90 Kg), debe ser considerada en toda mujer mayor de 40 años con sangrado anormal de reciente aparición con alto riesgo de cáncer endometrial⁽⁹⁾. Sin embargo de los registros que se realizaron se encontró asociación con pacientes que tenían índice de masa corporal mayor de 30 Kg/m² con la presencia de sangrado uterino anormal.

Así mismo, no hubo asociación de patologías médicas asociadas con la presencia de sangrado uterino anormal de origen orgánico lo que no se relaciona con un estudio que predijo el riesgo de cáncer endometrial en mujeres post menopáusicas o peri menopáusicas con sangrado uterino anormal basado en la historia clínica reportando que mujeres nulíparas mayores de 70 años con diabetes mellitus

tenían un 87% de riesgo de hiperplasia compleja o cáncer endometrial comparado con el 3% en mujeres sin ese factor. La diabetes por si misma probablemente no predisponen a cáncer endometrial, el efecto puede ser debido a la obesidad concomitante. ⁽¹³⁾. Sin embargo de las patologías asociadas se encontró una mayor frecuencia de hipertensión arterial que concuerda con los hallazgos del estudio realizado en el HBCR en el 2011 donde la patología médica asociada en mayor porcentaje fue la hipertensión arterial en un 26%.⁽⁵⁾

Al valorar las manifestaciones asociadas a la presencia de sangrado uterino anormal se encontró que en un 71,9% de las pacientes presentaron hemorragia de 7 a 14 días de duración, en poca cantidad y con un ritmo irregular coincidiendo con la definición de hemorragia uterina anormal descrita en la literatura donde se define el ciclo menstrual normal aquel que se presenta cada 28 +/- 7 días, duración 4 días +/- 2 días y pérdida sanguínea de 40 ml +/- 20 ml. Cualquier cambio de estos a menudo provoca una hemorragia uterina. Estos resultados no coinciden con el estudio realizado en el HBCR donde el 58% de las pacientes tenían una duración del sangrado de 15 días a 30 días y además el 43% presentaron cambios hemodinámicas y amerito la realización de transfusión. ⁽⁵⁾

Así también se debe considerar que las pacientes con ciclos menstruales irregulares en su mayoría son perimenopausicas relacionandose con lo mencionado en la literatura que refiere que en periodo de perimenopausia las mujeres presentan irregularidades del ciclo menstrual que van desde oligomenorrea hasta polimenorrea ⁽⁴⁾

En lo que respecta al abordaje diagnóstico de las pacientes en estudio se logro encontrar asociación según lo recomendado en la Guía de Bolsillo de Tratamiento de Sangrado Uterino Anormal en el Primer y Segundo Nivel de Atención en el 2005 ya que en un inicio se logro realizar historia clínica que determino las características ginecológicas asociadas a la presencia de SUA, así como patologías medicas asociadas con el fin de distinguir el sangrado anovulatorio del sangrado uterino anormal de origen orgánico. ⁽⁷⁾

Posteriormente se realizaron pruebas básicas como biometría hemática completa encontrando en el mayor porcentaje la presencia de anemia lo que podría corresponderse con los días prolongados de hemorragia uterina y la duración de estas que coincide con la literatura recomendando la realización de rutina la toma de sangre para poder detectar la presencia de anemia. Así también todas las pacientes tenían pruebas de coagulación con el fin de valorar algún tipo de coagulopatias como causa de SUA no encontrando casos relevantes asociados a esta entidad, ya que coagulopatias o desordenes sistémicos como hipotiroidismo, pueden causar hemorragia excesiva durante la menstruación ⁽⁴⁾.

Además se observó que todas las pacientes se les realizó citología cervical de rutina según lo recomendado en la literatura: *Realice una citología cervical y un hemoleucograma completo en aquellas mujeres con sangrados activos. Otras pruebas deben realizarse de manera individualizada. (Nivel de evidencia B)⁽⁷⁾*, tomando en cuenta la detección de patologías cervicales como presencia de cáncer cervicouterino ya que el síntoma más frecuente y precoz es la hemorragia genital acíclica, irregular e intermitente, logrando detectar 7 pacientes con alteraciones en las muestras de PAP y 1 caso de adenocarcinoma cervical como causa de SUA.⁽¹⁾

Como medio diagnóstico imagenológico se realizó ultrasonografía pélvica a todas las pacientes en estudio según lo recomendado: *el ultrasonido evalúa el grosor del endometrio y detecta la presencia de pólipos y miomas con una sensibilidad de un 80% y una especificidad de un 69%⁽⁷⁾*. Encontrando con mayor frecuencia como diagnóstico miomatosis uterina, engrosamiento endometrial y tumores anexiales lo que concuerda con la literatura que evidencia que la causa más común de SUA es el cáncer cervical, cervicitis, fibromas submucosos, hiperplasia y pólipos endometriales. ⁽⁴⁾

Al relacionar la conducta terapéutica utilizada con los hallazgos ultrasonográficos como medio diagnóstico de causas orgánicas de SUA se observó que había correspondencia entre la mayor frecuencia de miomatosis uterina y la realización

de histerectomía como medida terapéutica, legrado uterino en casos de engrosamiento endometrial y LAE en caso de tumores anexiales. Y en una menor proporción el uso de terapia hormonal previo a la realización de algún procedimiento quirúrgico como es el uso de anticonceptivos orales combinados o progestágenos recurriendo por falta de respuesta satisfactoria a la histerectomía. Medicina basada en evidencia y las actualizaciones sobre el manejo del SUA nos presentan una amplia gama de medidas diagnósticas y terapéuticas menos invasivas que disminuye el índice de histerectomía como es la realización de ultrasonografía transvaginal, histeroscopia diagnóstica y terapéutica con resectoscopio que en manos competentes resulta exitosa en el manejo del SUA en el 90% de los casos de miomatosis uterina (Alvarado C, Escobar D, 2002).y biopsia directa o dirigida, así como ablación endometrial con laser . Si no se cuenta con histeroscopia debe realizarse una histerosonografía y toma de biopsia dirigida. Sin embargo, dado que en nuestro medio no se cuenta con estas técnicas diagnósticas el ACOG sugiere que la vía para realizar una histerectomía debe ser acorde a las características de la paciente y a la experiencia del cirujano. De esta manera se han realizado muchas publicaciones las cuales fueron revisadas recientemente (JohnsonN, Cochrane Library 2006) y en donde luego de evaluar recuperación, complicaciones, satisfacción de la paciente y gastos asociados se concluye que toda vez que es posible se debe realizar una histerectomía laparoscópica o finalmente histerectomía abdominal.⁽²⁾

Así mismo, la literatura que recomienda necesario recordar que el tratamiento médico en general no cura el sangrado pero reduce los síntomas y mejora la calidad de vida. Estos tratamientos han sido pobremente estudiados, los estudios no comparan directamente los diferentes tratamientos, las muestras son pequeñas y los seguimientos cortos. Además, existen variaciones considerables de los criterios de ingreso, las dosis utilizadas, el reporte de los efectos adversos y lo adecuado de las mediciones utilizadas. Hasta el momento no se ha encontrado evidencia que la combinación de tratamientos sea más efectiva que su uso aislado y por lo tanto debe procederse con precaución. ⁽⁴⁾. Así mismo con el uso de

progestágenos varias revisiones han subrayado la ausencia de buena información de estudios científicos sobre la efectividad de los esquemas usualmente utilizados. Estudios aleatorizados han demostrado que los progestágenos cíclicos no son efectivos en controlar el sangrado menstrual regular en comparación con los AINES y el ácido tranexámico así como análogos de GnRh o Danazol, con lo que no contamos dentro de la lista básica de medicamentos del Ministerio de salud, por lo que *el uso continuado de progestágenos de larga acción (Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) de depósito-AMPD) produce amenorrea y pueden ser considerados para su uso en el sangrado uterino anormal.* ⁽⁷⁾

Finalmente al valorar la relación del diagnóstico planteado con la fase reproductiva y los hallazgos histopatológicos se observó que en el mayor porcentaje estos coincidieron entre sí, el hallazgo de miomatosis uterina con un mayor porcentaje de resultado histopatológico de leiomiomas lo que determina un acertado diagnóstico sin la realización de histerectomías o procedimientos médicos quirúrgicos invasivos innecesarios. Así como la realización de legrado uterino en casos de engrosamientos endometriales con el fin de determinar carcinomas endometriales, causa frecuente de SUA en pacientes perimenopáusicas o post menopáusicas.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes se encuentran en edades entre 40 y 59 años, en etapa reproductiva perimenopausica, sin registro de índice de masa corporal y sin patología médica asociada a la presencia de sangrado uterino anormal de origen orgánico.
2. De las manifestaciones asociadas a SUA se encontró que la mayoría de las pacientes presentaron sangrados de 7 a 14 días de duración en poca cantidad y con un ritmo irregular.
3. En lo que respecta al abordaje diagnóstico en estas pacientes se realizó ultrasonido pélvico encontrando en su mayoría miomatosis uterina, engrosamiento endometrial y tumores anexiales. Así mismo, se realizó Biometría hemática completa con un porcentaje importante de anemia asociada a la presencia de sangrado uterino anormal; pruebas de coagulación dentro de límites normales y papanicolaou con hallazgos relevantes de LIEAG.
4. Hubo asociación entre la conducta terapéutica utilizada y los hallazgos ultrasonográficos realizándose en su mayoría histerectomía abdominal total, legrado uterino y laparotomía exploratoria. En un menor porcentaje se realizó como tratamiento médico conservador la utilización de anticonceptivos orales y progestágenos previo al procedimiento quirúrgico.
5. Se encontró relación entre resultados histopatológicos con la fase reproductiva así como el diagnóstico clínico planteado de las pacientes en estudios con resultados leiomiomas en mujeres perimenopausicas; reportes de endometrio proliferativo, así como cistoadenomas en etapa fértil, Cacú In situ predominó en pacientes en etapa perimenopausica y adenocarcinomas de cérvix y endometrio en post menopáusicas.
6. No existe un algoritmo diagnóstico ni terapéutico establecido para el manejo del sangrado uterino anormal por lo que en general su tratamiento es intervencionista.

RECOMENDACIONES

A nivel nacional:

1. Se recomienda la realización de un protocolo establecido para el abordaje diagnóstico y terapéutico del sangrado uterino anormal como parte de una norma general que practiquen todos los centros hospitalarios y permita el manejo adecuado de esta entidad tan frecuente.
2. Implementar un laboratorio de patología en nuestro centro con el fin de establecer diagnósticos definitivos por histopatología en las pacientes sometidas a algún procedimiento quirúrgico.
3. Agregar a la lista básica de medicamentos tratamientos médicos como danazol o análogos de GnRh así como la inversión económica para la adquisición de medios diagnósticos, como por ejemplo histeroscopia, con el fin de brindar otras opciones terapéuticas a las pacientes

A nivel hospitalario:

1. Se recomienda la realización de estudios investigativos de seguimiento con el fin de definir un abordaje uniforme de pacientes que consultan por sangrado uterino anormal. con un valor docente dado por los nuevos conocimientos plasmados en él, como instrumento a otros investigadores.
2. Al servicio de estadística se recomienda la adecuada preservación de actas de registro de pacientes atendidas en el servicio de consulta externa para tener mejor facilidad de consulta de los expedientes y un mejor registro hospitalario de esta entidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Cuadri Artacho, Jose & Col. **Metrorragias**. Hospital de la Cruz Roja-Insalud de Ceuta. Médico ginecólogo y especialista en “ Educación para la Salud “. Clínica de la Media Luna de Tetuan.
2. Escobar. David & Col. **Actualización en el diagnóstico y manejo del sangrado uterino anormal**. Universidad de Chile Hospital Clínico San Borja Arriarán.. ACOG 2004.
3. González Merlo J. Ginecología. 8a ed., Barcelona. 2003
4. Goodman. A. Evaluation and management of genital tract bleeding in women, Junio 2001. Up to date. 9.2
5. Guardado, Francisco. **Correlación clínica- Histopatológica de las pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal manejadas con legrado uterino**. Hospital Bertha Calderón, Managua. 2011
6. Gull. B. Carlsson.et. al. Transvaginal ultrasonography of the endometrium in women with postmenopausal bleeding is it always necessary to perform an endometrial biopsy? Am. J. Obstret.Gynecol.2006. 182-509.
7. <http://www.cochrane.ihcai.org> **Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención**. Tratamiento de Sangrado Uterino Anormal en el Primer y Segundo Nivel de Atención, CCSS 2005.
8. <http://www.jabfm.org/cgi/content/full/19/6/590>. John W. & Col. **A Management Algorithm. Evidenced-Based Clinical Medicine**. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Iowa City.J Am Board Fam Med 2006; 19:590–602.
9. Jones H. **Sangrado uterino anormal**. Tratado de ginecología de Novak. 12va ed. México. Interamericana, 2000.
10. Pellicer, Antonio & Col. **Evaluación de la paciente con hemorragia uterina anormal**. Instituto Valenciano de Infertilidad. Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Valencia, España.
11. Pozo Cárcamo, Jairo José. **Abordaje de la Hemorragia Uterina Anormal**. Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello. León, Nicaragua. 2011.
12. **Scott D, Hammond S**. Tratado de ginecología y obstetricia de Danforth, 6ª ed. 1990.
13. Williams, Ginecología **Hemorragia uterina anormal, 2009**.capitulo 8, pag.178
14. Zamora, Emilia & Col. **Contribución histeroscópica diagnóstica en el diagnóstico diferencial del sangrado uterino anormal**. Servicio de Obstetricia y Ginecología Universidad de Chile, 2010.

A

n

e

x

o

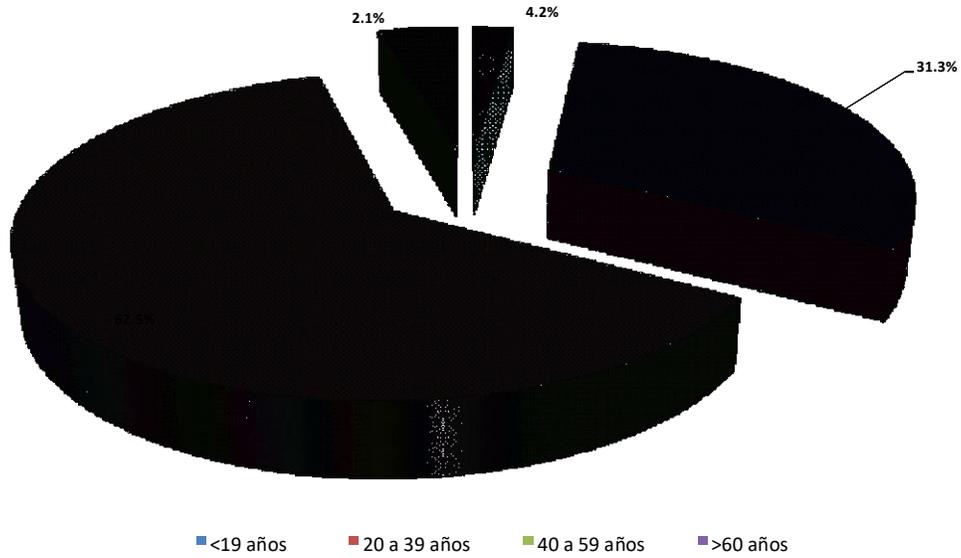
s

Tabla No. 1
Edad de mujeres abordadas por SUA Orgánico en el Hospital Fernando Vélez Páiz de
Junio 2011 - Junio 2012

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
< 20 años	2	2.1	2.1
20 a 39 años	30	31.3	33.3
40 a 59 años	60	62.5	95.8
≥60 años	4	4.2	100.0
Total	96	100	

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Gráfico N1
Edad de mujeres abordadas por SUA Orgánico en el Hospital Fernando
Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012



Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Tabla No. 2
Indice de masa corporal de mujeres manejadas por SUA Orgánico en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - unio 2012

IMC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
< 18.5 Kg/m	0	0.0	0.0
18.5 a 24.9 Kg/m	19	19.8	19.8
25 a 29.9 Kg/m	6	6.3	26.0
≥ 30 Kg/m	9	9.4	35.4
No registrado	62	64.6	91
Total	96	100	

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

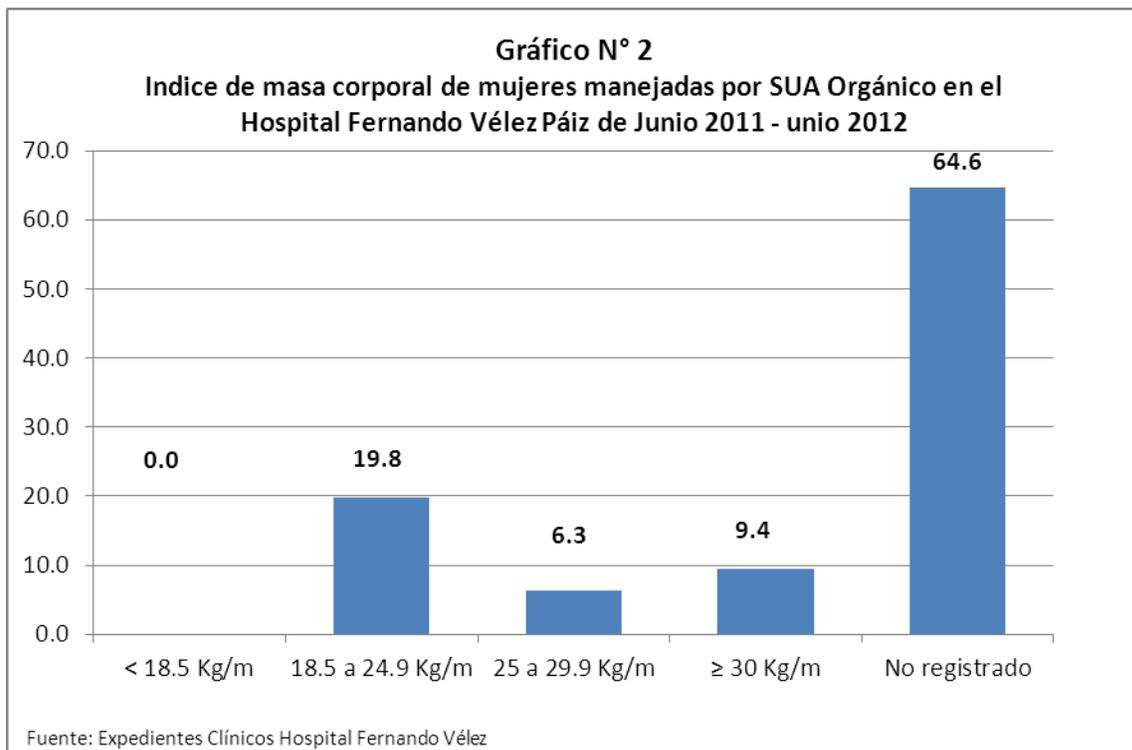
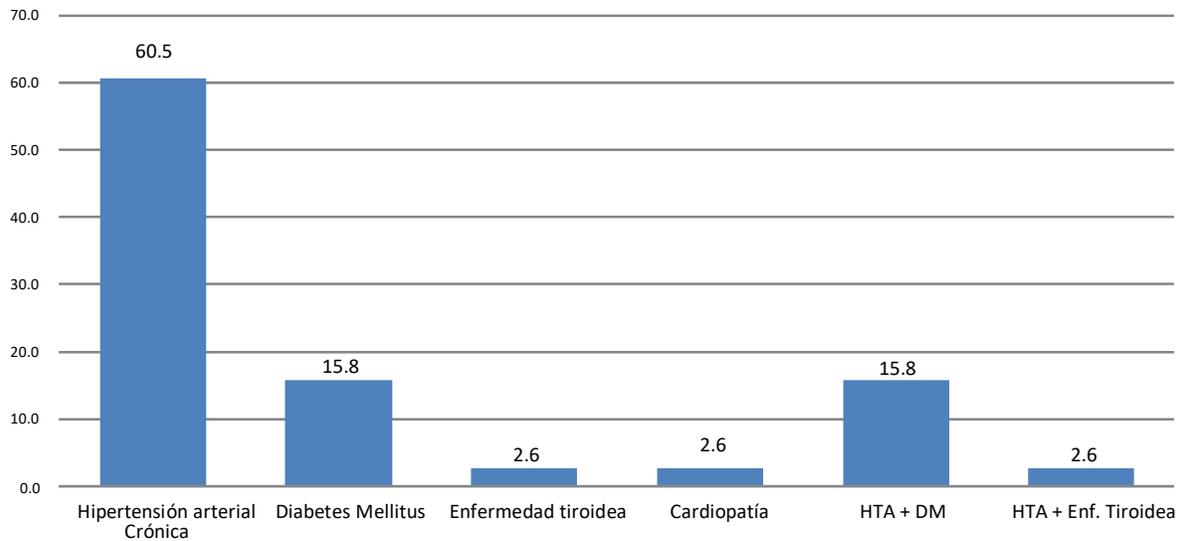


Tabla No. 3
Antecedentes Personales Patológicos de mujeres manejadas por SUA Orgánico en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012

APP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Hipertensión arterial Crónica	23	60.5	60.5
Diabetes Mellitus	6	15.8	76.3
Enfermedad tiroidea	1	2.6	78.9
Cardiopatía	1	2.6	81.6
HTA + DM	6	15.8	97.4
HTA + Enf. Tiroidea	1	2.6	100
Total	38	100	

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Gráfico N°3
Antecedentes Personales Patológicos de mujeres manejadas por SUA Orgánico
en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011-Junio 2012



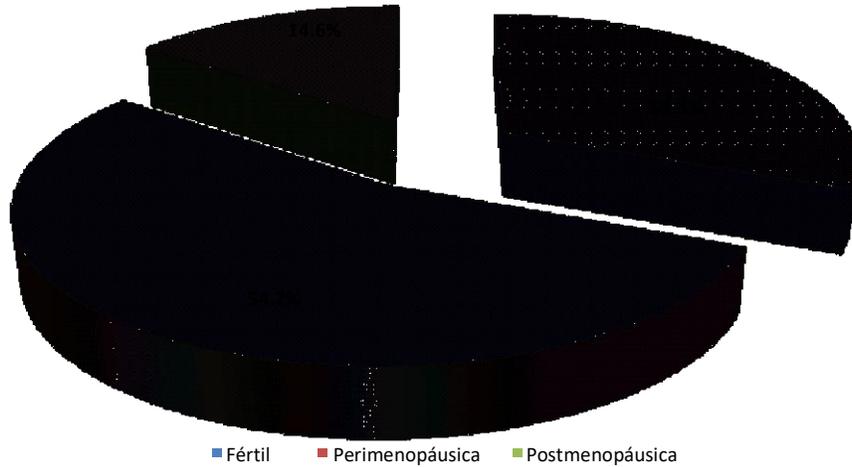
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Tabla No. 4
Fase reproductiva en que se encuentran las mujeres manejadas por SUA Orgánico en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012

Fase reproductiva	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Fértil	30	31.3	31.3
Perimenopáusica	52	54.2	85.4
Postmenopáusica	14	14.6	100.0
Total	96	100	

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Gráfico N ° 4
Fase reproductiva en que se encuentran las mujeres manejadas por
SUA Orgánico en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio
2012



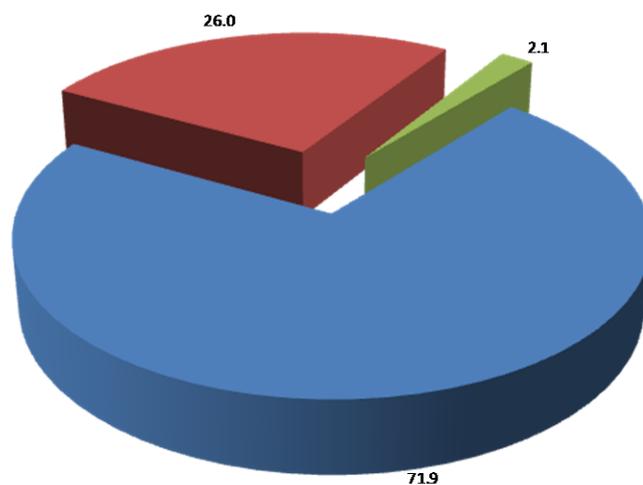
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Tabla No. 5
Duración del sangrado en mujeres manejadas por SUA Orgánico en el Hospital Fernando
Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012

Duración sangrado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
7 a 14 días	69	71.9	71.9
15 a 30 días	25	26.0	97.9
Más de 30 días	2	2.1	100.0
Total	96	100	

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Gráfico N° 5
Duración del sangrado en mujeres manejadas por SUA Orgánico en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012



Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Tabla No. 6
Severidad del sangrado en mujeres manejadas por SUA Orgánico en el Junio 2011 - Junio 2012

Severidad sangrado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Poco	55	57.3	57.3
Regular	31	32.3	89.6
Abundante	10	10.4	100
Total	96	100	

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

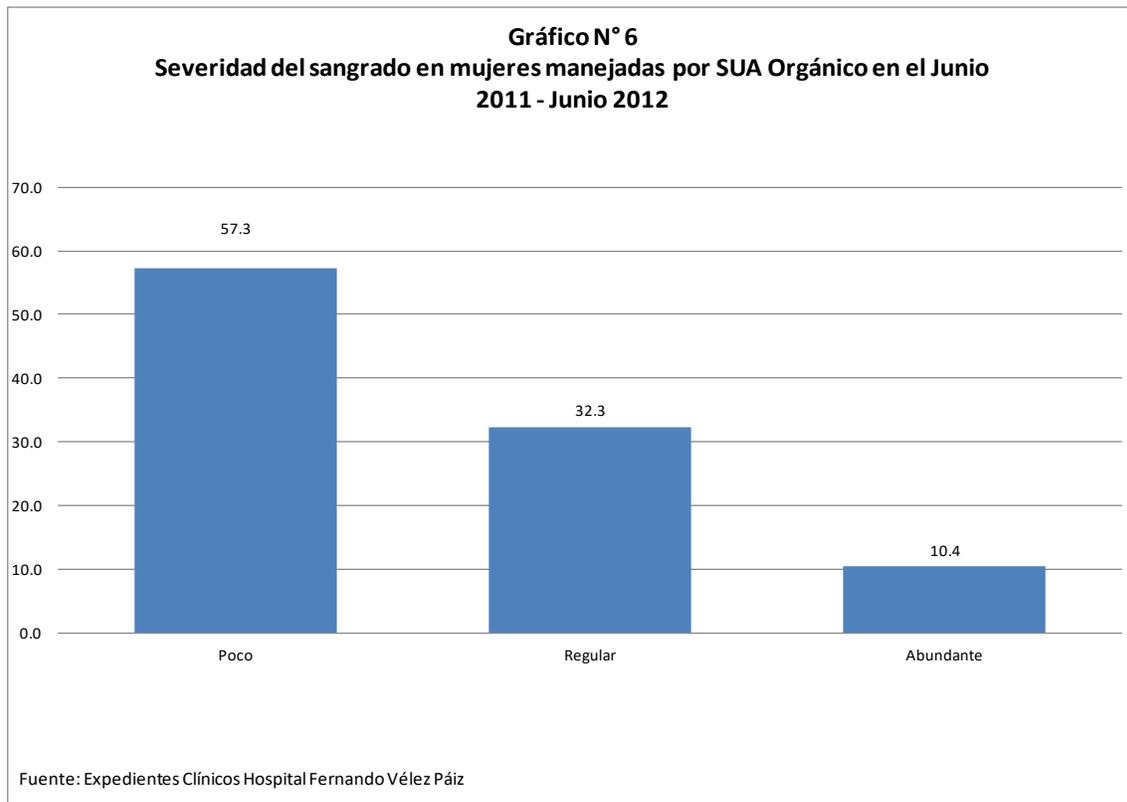


Tabla No. 7
Ritmo menstrual en mujeres manejadas por SUA Orgánico en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 -Junio 2012

Ritmo menstrual	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Regular	41	42.7	42.7
Irregular	55	57.3	100.0
Total	96	100	

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

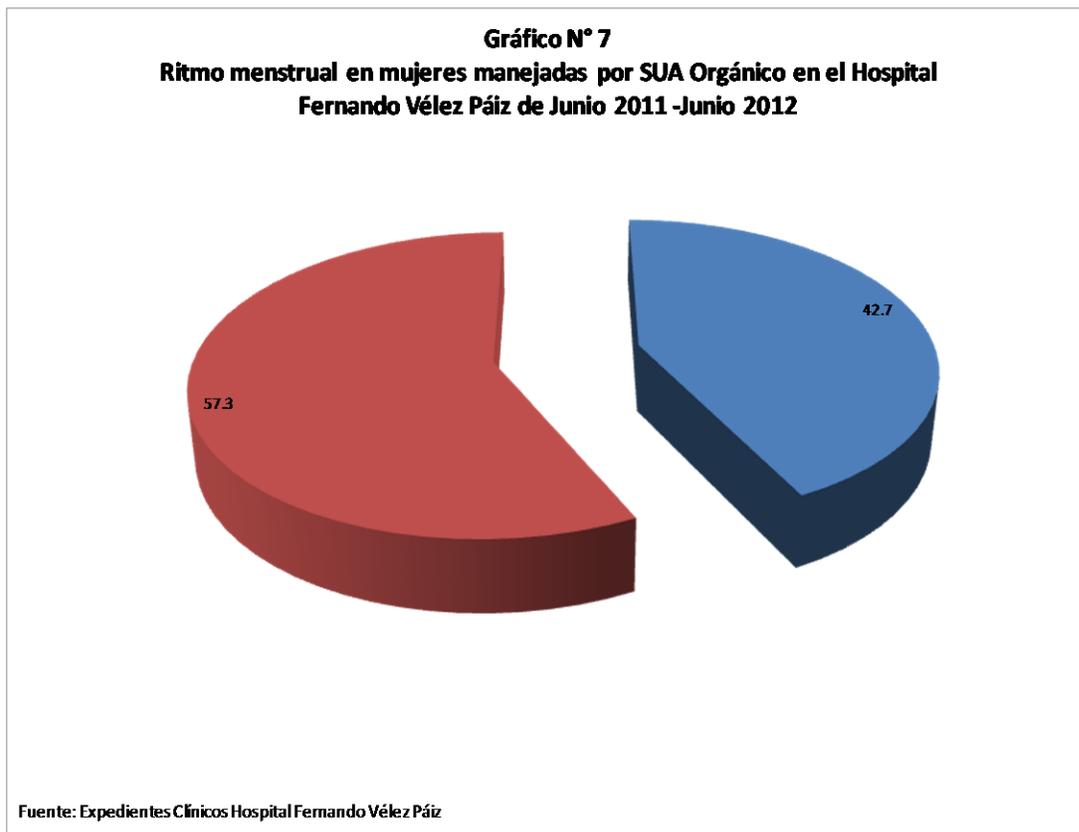
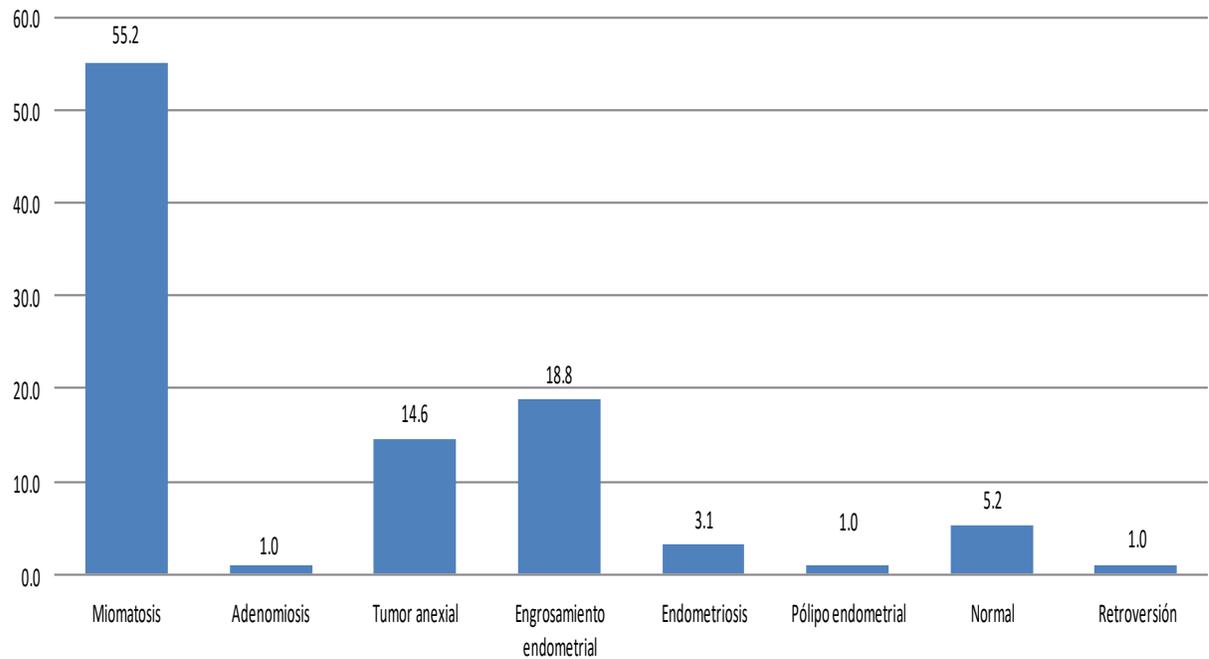


Tabla No. 8
Reporte ultrasonográfico en mujeres manejadas por SUA Orgánico en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012

Ultrasonido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Miomatosis	53	55.2	55.2
Adenomiosis	1	1.0	56.3
Tumor anexial	14	14.6	70.8
Engrosamiento endometrial	18	18.8	89.6
Endometriosis	3	3.1	92.7
Pólipo endometrial	1	1.0	93.8
Normal	5	5.2	99.0
Retroversión	1	1.0	100.0
Total	96	100	

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Gráfico N° 8
Reporte ultrasonográfico en mujeres manejadas por SUA Orgánico en el Hospital
Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012



Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Tabla No. 9
Resultado de BHC en mujeres manejadas por SUA Orgánico en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012

BHC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Anemia	41	42.7	42.7
Plaquetopenia	0	0.0	43
Normal	55	57.3	100
Total	96	100	

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

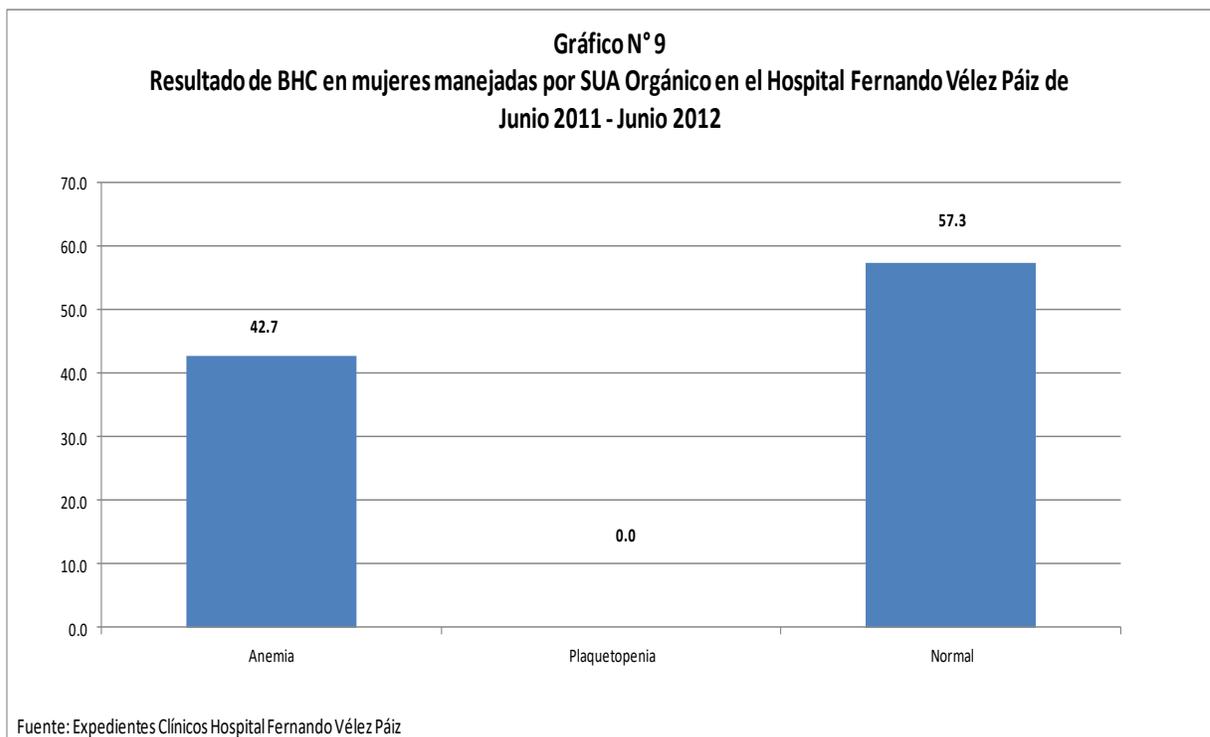
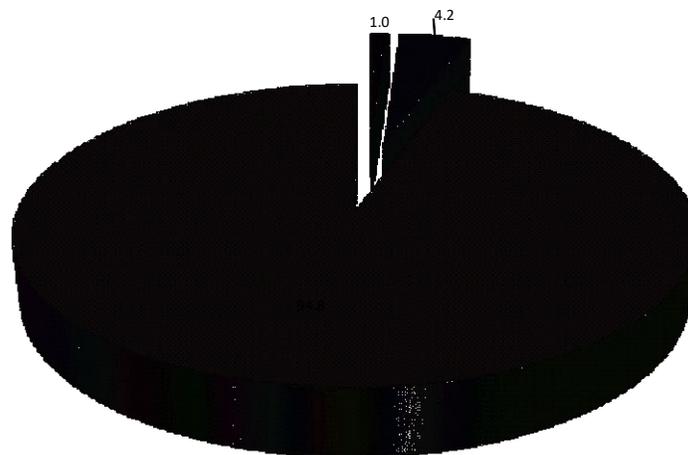


Tabla No. 10
Tiempos de coagulación en mujeres manejadas por SUA Orgánico en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012

Tiempos coagulación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
TP Prolongado	1	1.0	1.0
TPT Prolongado	4	4.2	5.2
Normal	91	94.8	100
Total	96	100	

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Gráfico N ° 10
Tiempos de coagulación en mujeres manejadas por SUA Orgánico en el Hospital
Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012



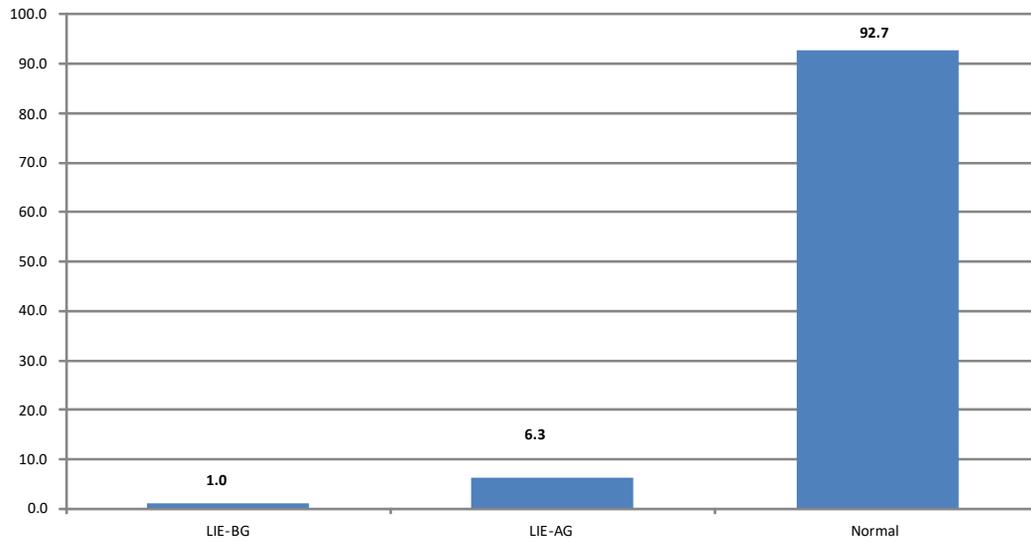
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Tabla No. 11
Reporte de Papanicolaou en mujeres manejadas por SUA Orgánico en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012

PAP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
LIE-BG	1	1.0	1.0
LIE-AG	6	6.3	7
Normal	89	92.7	100
Total	96	100	

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Gráfico N° 11
Reporte de Papanicolaou en mujeres manejadas por SUA Orgánico en el
Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012



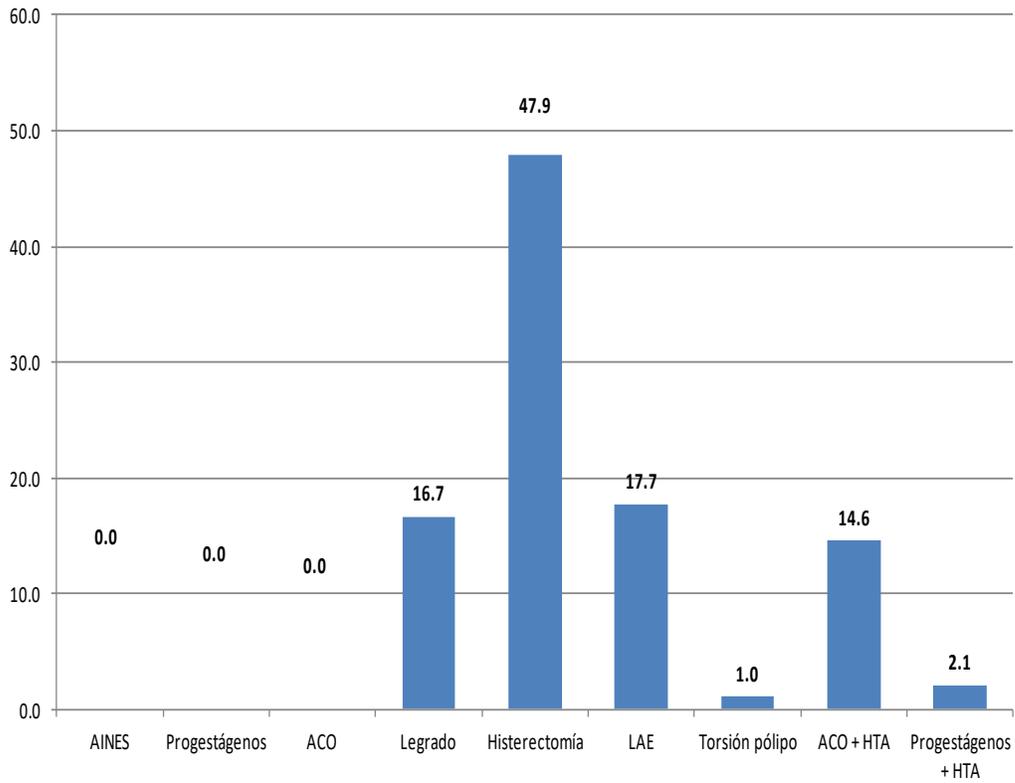
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Tabla No. 12
Conducta terapéutica empleada en mujeres con SUA Orgánico en el Hospital Fernando Vélez
Páiz de Junio 2011 a Junio 2012

Conducta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
AINES	0	0.0	0.0
Progestágenos	0	0.0	0.0
ACO	0	0.0	0.0
Legrado	16	16.7	16.7
Histerectomía	46	47.9	64.6
LAE	17	17.7	82.3
Torsión pólipo	1	1.0	83.3
ACO + HTA	14	14.6	97.9
Progestágenos + HTA	2	2.1	100
Total	96	100	

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Gráfico N° 8
Conducta terapéutica empleada en mujeres con SUA Orgánico en el Hospital
Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 a Junio 2012



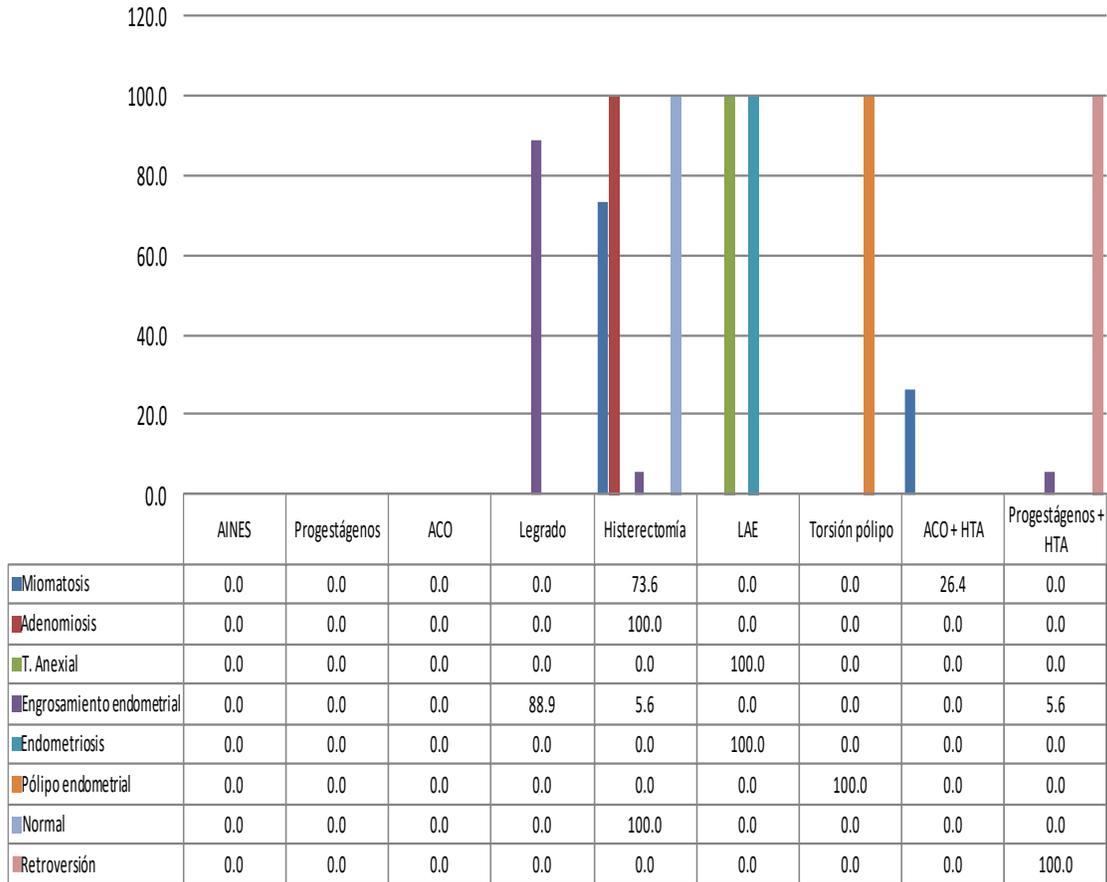
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Tabla No. 13

Conducta terapéutica en mujeres manejadas por SUA Orgánico en relación con el reporte ultrasonográfico en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012

Ultrasonido	Conducta terapéutica																			
	AINES		Progestá - genos		ACO		Legrado		Histerec - tomía		LAE		Torsión pólipo		HTA+ ACO		HTA+ Pg		Total	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Miomatosis	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	39	73.6	0	0.0	0	0.0	14	26.4	0	0.0	53	55.2
Adenomiosis	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0
T. Anexial	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14	14.6
Engrosamiento endometrial	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	88.9	1	5.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.6	18	18.8
Endometriosis	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.1
Pólipo endometrial	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0
Normal	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	5.2
Retroversión	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	1.0
Total	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	16.7	46	47.9	17	17.7	1	1.0	14	14.6	2	2.1	96	100

Gráfico N° 13
Conducta terapéutica en mujeres manejadas por SUA Orgánico en relación con el
reporte ultrasonográfico en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio
2012



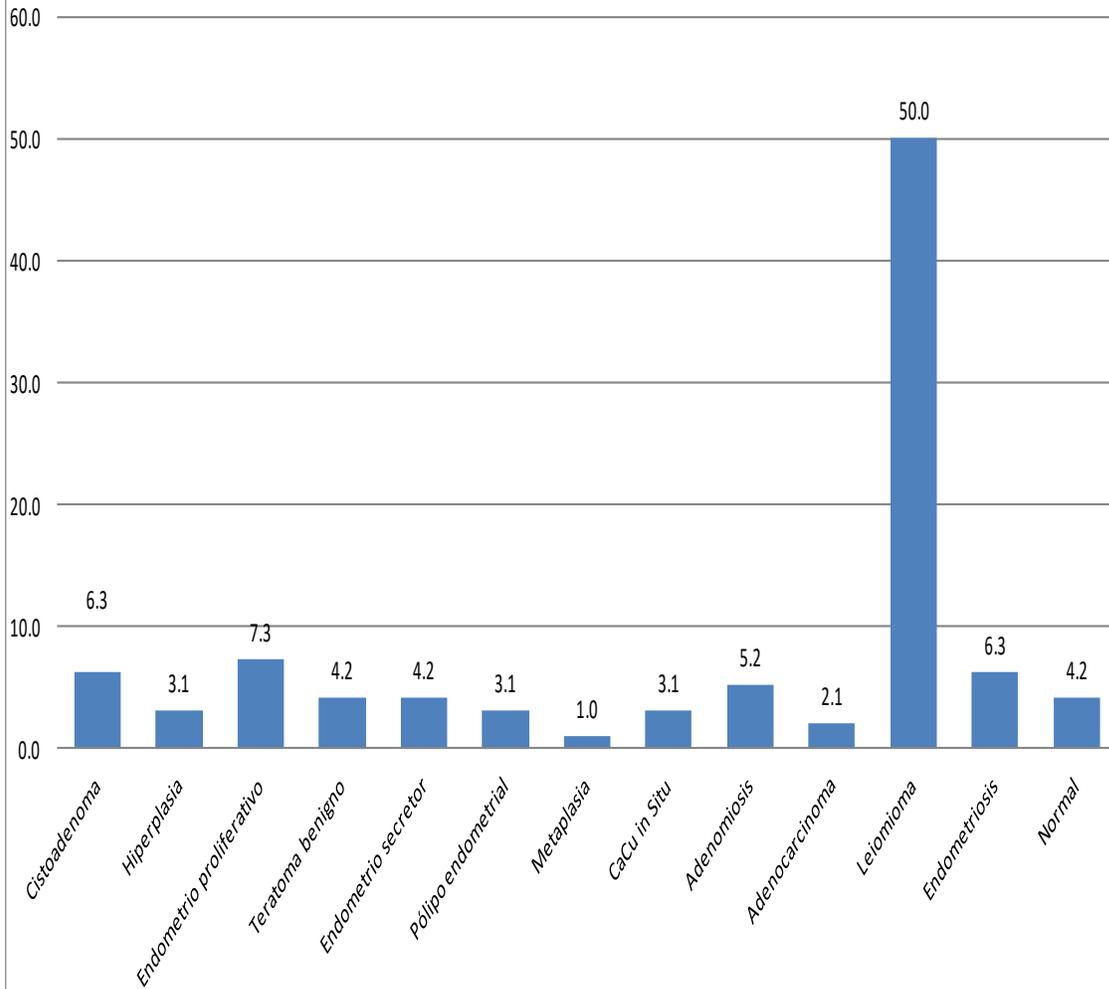
Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Tabla No. 14
Reporte histopatológico en mujeres manejadas por SUA Orgánica en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012

Histopatología	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Cistoadenoma	6	6.3	6.3
Hiperplasia	3	3.1	9.4
Endometrio proliferativo	7	7.3	17
Teratoma benigno	4	4.2	21
Endometrio secretor	4	4.2	25
Pólipo endometrial	3	3.1	28
Metaplasia	1	1.0	29
CaCu in Situ	3	3.1	32
Adenomiosis	5	5.2	38
Adenocarcinoma	2	2.1	40
Leiomioma	48	50.0	90
Endometriosis	6	6.3	96
Normal	4	4.2	100
Total	96	100	

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Gráfico N° 14
Reporte histopatológico en mujeres manejadas por SUA Orgánica en el Hospital Fernando Véllez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012



Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Véllez Páiz

Tabla No. 15

Reporte histopatológico en mujeres manejadas por SUA Orgánico en relación con la etapa reproductiva en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012

Etapa reproductiva		Histopatología																											
		Cisto-adenoma		Hiperplasia		Endometrio proliferativ		Teratoma benigno		Endometrio secretor		Pólipo endometria		Metaplasia		CaCu in Situ		Adenomio-sis		Adeno-carcinoma		Leiomioma		Endometrio-sis		Total			
		Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Fértil		6	21	0	0.0	5	17.9	2	7.1	0	0.0	0	0.0	1	3.6	1	3.6	1	3.6	0	0.0	7	25.0	5	17.9	28	30.4		
Perimenopau-sia		0	0	1	2.0	2	4.0	2	4.0	2	4.0	2	4.0	0	0.0	2	4.0	4	8.0	0	0.0	34	68.0	1	2.0	50	54.3		
Postmenopau-sia		0	0	2	14.3	0	0.0	0	0.0	2	14.3	1	7.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	14.3	7	50.0	0	0.0	14	15.2		
Total		6	7	3	3.3	7	7.6	4	4.3	4	4.3	3	3.3	1	1.1	3	3.3	5	5.4	2	2.2	48	52.2	6	6.5	92	100		

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Gráfico N° 15

Reporte histopatológico en mujeres manejadas por SUA Orgánico en relación con la etapa reproductiva en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012

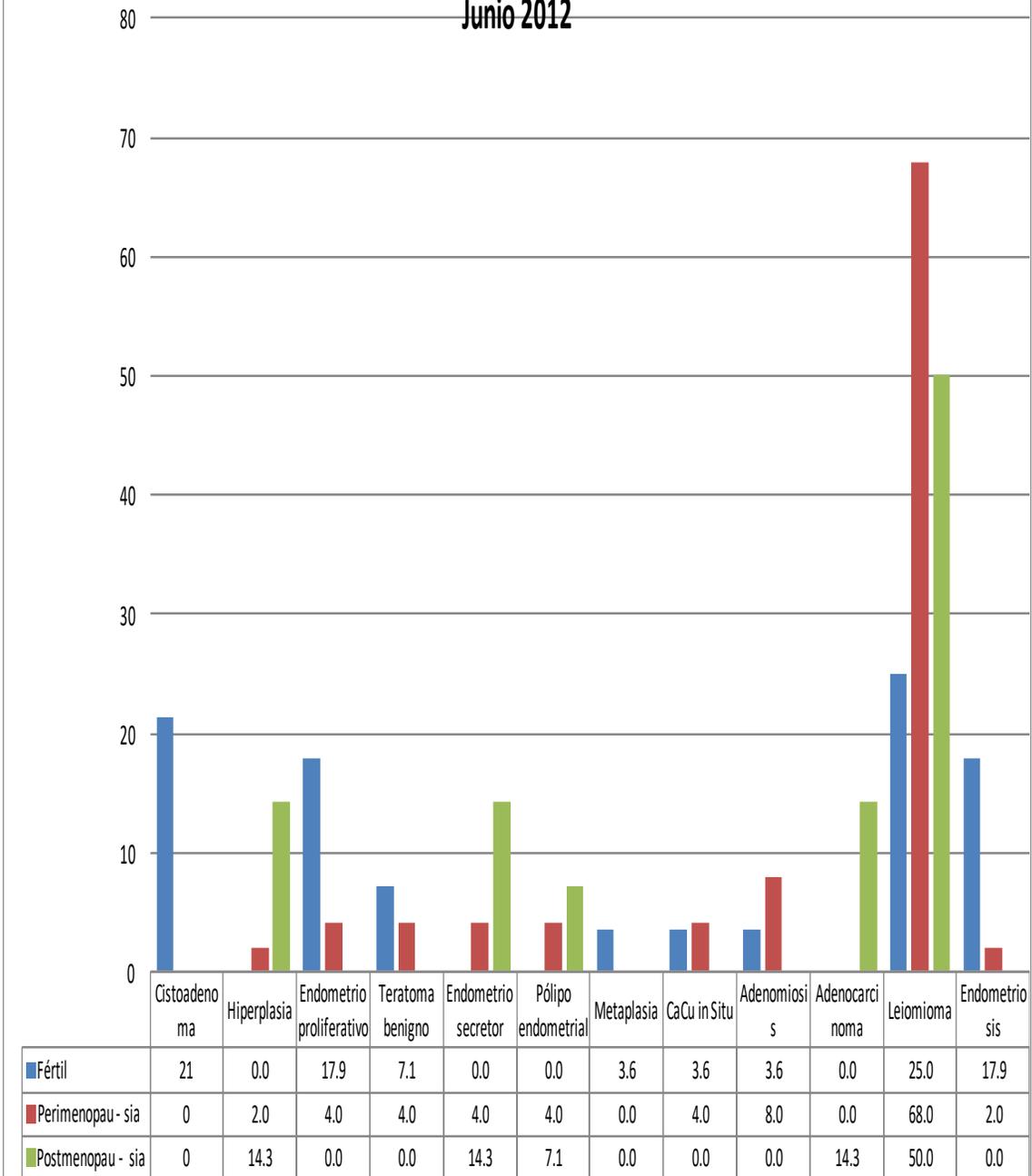
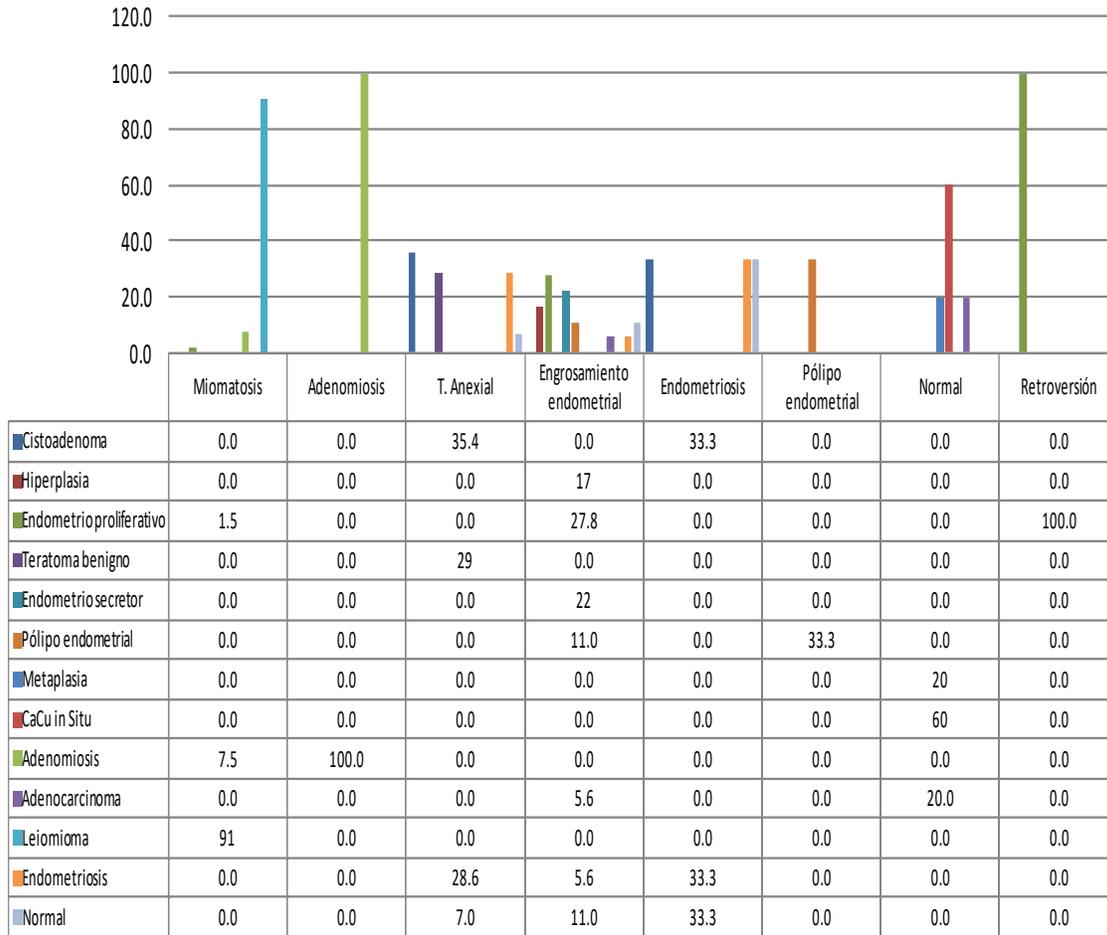


Tabla No. 16
Reporte histopatológico en mujeres manejadas por SUA
Orgánico en relación con el reporte ultrasonográfico en el
Hospital Fernando Vélez Junio 2011 - Junio 2012

Histopatología	Ultrasonido pélvico																	
	Miomatosis		Adenomio - sis		T. Anexos		Engrosami - ento		Endometrio - sis		Pólipo endometrio		Normal		Retrover - sión		Total	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Cistoadenoma	0	0.0	0	0.0	5	35.4	0	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	6.3
Hiperplasia	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	17	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.1
Endometrio proliferativo	1	1.5	0	0.0	0	0.0	5	27.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	7	7.3
Teratoma benigno	0	0.0	0	0.0	4	29	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	4.2
Endometrio secretor	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	22	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	4.2
Pólipo endometrial	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	11.0	0	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	3	3.1
Metaplasia	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	20	0	0.0	1	1.0
CaCu in Situ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	60	0	0.0	3	3.1
Adenomiosis	4	7.5	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	5.2
Adenocarcinoma	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.6	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	2	2.1
Leiomioma	48	91	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	48	50.0
Endometriosis	0	0.0	0	0.0	4	28.6	1	5.6	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	6.3
Normal	0	0.0	0	0.0	1	7.0	2	11.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	4.2
Total	53	55.2	1	1.0	14	14.6	18	18.8	3	3.1	1	1.0	5	5.2	1	1.0	96	100

Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Vélez Páiz

Gráfico N° 16
Reporte histopatológico en mujeres manejadas por SUA Orgánico en relación con el reporte ultrasonográfico en el Hospital Fernando Véllez Junio 2011 - Junio 2012

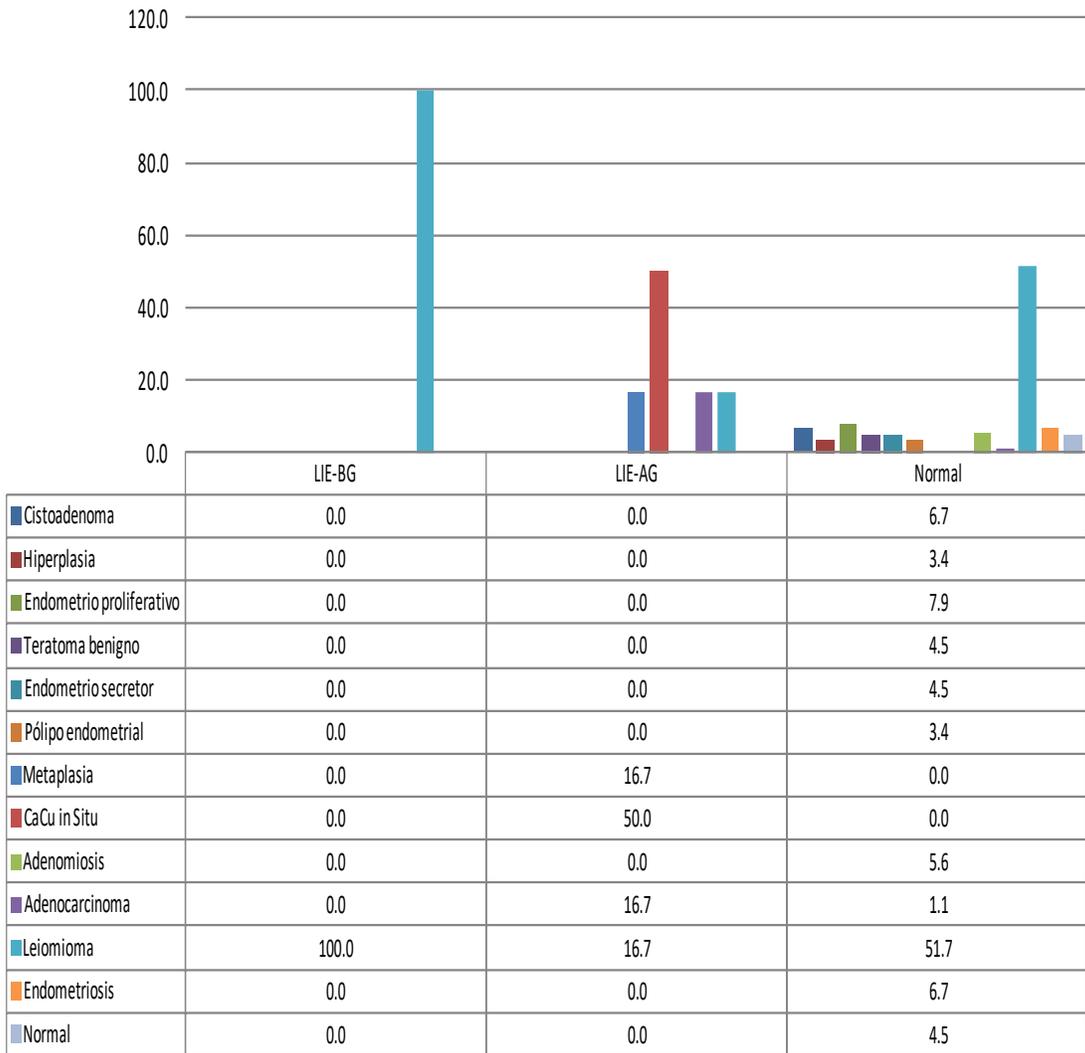


Fuente: Expedientes Clínicos Hospital Fernando Véllez Páiz

Tabla No. 17
Reporte histopatológico en mujeres manejadas por SUA Orgánico en relación con el reporte de Papanicolaou en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012

Histopatología	Papanicolaou							
	LIE - BG		LIE - AG		Normal		Total	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Cistoadenoma	0	0.0	0	0.0	6	6.7	6	6.3
Hiperplasia	0	0.0	0	0.0	3	3.4	3	3.1
Endometrio proliferativo	0	0.0	0	0.0	7	7.9	7	7.3
Teratoma benigno	0	0.0	0	0.0	4	4.5	4	4.2
Endometrio secretor	0	0.0	0	0.0	4	4.5	4	4.2
Pólipo endometrial	0	0.0	0	0.0	3	3.4	3	3.1
Metaplasia	0	0.0	1	16.7	0	0.0	1	1.0
CaCu in Situ	0	0.0	3	50.0	0	0.0	3	3.1
Adenomiosis	0	0.0	0	0.0	5	5.6	5	5.2
Adenocarcinoma	0	0.0	1	16.7	1	1.1	2	2.1
Leiomioma	1	100.0	1	16.7	46	51.7	48	50.0
Endometriosis	0	0.0	0	0.0	6	6.7	6	6.3
Normal	0	0.0	0	0.0	4	4.5	4	4.2
Total	1	1.0	6	6.3	89	92.7	96	100

Gráfico N° 17
Reporte histopatológico en mujeres manejadas por SUA Orgánico en relación con el reporte de Papanicolaou en el Hospital Fernando Vélez Páiz de Junio 2011 - Junio 2012



Ficha de recolección de datos

Abordaje diagnóstico, terapéutico y resultados histopatológicos de pacientes con sangrado uterino anormal de origen orgánico en el servicio de ginecología Hospital "Dr. Fernando Vélez Páiz", en el período comprendido de Junio 2011- Junio 2012

I. Datos generales

Expediente: _____ Edad _____

Índice de masa corporal: _____

II. Historia ginecológica

Ritmo menstrual _____ FUM normal _____

Pap anterior (resultado fecha): _____

Episodios de coágulos con el sangrado transvaginal: Si _____ No _____
abundante _____ poco _____ regular _____

IV. Métodos auxiliares que se efectuaron para conocer posibles causas:

Marcar con X.

Histerectomía _____

AMEU biopsia _____

LUI biopsia _____

Resultado de Biopsia _____

USG pélvico abdominal _____ **Resultado** _____

Tiempos de coagulación _____ Resultado _____

BHC + plaquetas _____ Resultado _____

V. Conducta terapéutica utilizada

AINES _____

Antifibrinolíticos _____

Danazol _____

Progestágenos _____

Anticonceptivos orales combinados _____

Agonistas de GnRH _____

VI. Diagnósticos ginecológico

VII. Diagnostico histopatológico _____