

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización
2015

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL DE ORÍGEN NO ANATÓMICO

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-322-10



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL

DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. JAVIER DÁVILA TORRES

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. JAIME ANTONIO ZALDÍVAR CERVERA

COORDINACIÓN INTEGRAL DE ATENCIÓN EN EL SEGUNDO NIVEL

DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

MTRO. DANIEL BROID KRAUCE

COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

DR. ARTURO VINIEGRA OSORIO

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DR. GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI

COORDINACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. SALVADOR CASARES QUERALT

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN EN SALUD

MTRA. LISA RAMÓN VAN HEEST

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

DR. VICTOR HUGO BORJA ABURTO

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

DR. ROMEO S. RODRÍGUEZ SUÁREZ

COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO

DR. MANUEL DÍAZ VEGA (ENCARGADO)

COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento del Sangrado Uterino anormal de origen no anatómico.**
México: Instituto Mexicano del Seguro Social; **26 de marzo de 2015.**

Actualización, **parcial.**

Esta guía puede ser descargada de internet en:
<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

CIE-10: N938 OTRAS HEMORRAGIAS UTERINAS O VAGINALES ANORMALES

GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL DE ORIGEN NO ANATÓMICO

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES AÑO 2010

COORDINADORES:

Dra. Ma. Luisa Peralta Pedrero	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos CUMAE División de Excelencia clínica Dirección de Prestaciones Médicas México D.F.	
--------------------------------	-----------------	--------------------------------------	--	--

AUTORES:

Dr. Luis Juan Antonio Matías	Gineco-obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE.Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 CMN "La Raza", México DF	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Gineco-obstetricia		UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No 3 CMN La Raza Mexica D:F	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Dra. Nelly Judith González López	Gineco-obstetricia		UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No 3 CMN La Raza Mexica D:F	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia

VALIDADORES:

Dr. Oscar Enrique Jiménez Hernández	Gineco-obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al Servicio de Ginecología UMAE.Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 CMN "La Raza", México DF.	
Dr. Juan Manuel López Carmona	Médico Familiar		Coordinación de Educación Médica, Estado de México	
Dra. Brenda Ríos Castillo	Gineco-obstetricia		Adscrita al Servicio de Biología de la Reproducción UMAE.Hospital de Gineco-obstetricia No. 3	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia

			CMN "La Raza", México DF	
Dr. Vargas Hernández Víctor Manuel	Gineco-obstetricia	Academia Mexicana de Cirugía		
Dr. Buitrón García Figueroa	Gineco-obstetricia			

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2015

COORDINADORES:

Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Gineco-Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos CUMAE División de Excelencia clínica Dirección de Prestaciones Médicas México D.F.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
--	--------------------	---	---	---

AUTORES:

Dr. Marcelino Hernández Valencia	Gineco-obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Especialidades CMN siglo XXI México D.F	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción
Dr. Juan Ismael Parrilla Ortiz	Médico Familiar		auxiliar de la Coordinación de Planeación Institucional Delegación Sur D:F	
Dra. Brendha Ríos Castillo	Gineco-obstetricia		Medico Adscrito UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No 3 CMN La Raza México D:F	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia Asociación Medicina de la Reproducción

VALIDADORES:

Dr. Leopoldo Pedro Aurioles Sánchez>	Gineco-obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Servicio de Ginecológica UMAE HGO 4 "Dr. Luis Castelazo Ayala" Delegación Sur México D.F.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Dra. Bertha Effi Contreras Bermejo	Gineco-obstetricia		Coordinadora de Programas Médicos	

			División de Atención Prenatal y Planificación Familiar Dirección de Prestaciones Médicas México D.F.	
Dr. Sergio Oswaldo Pacheco Calderón	Médico Familiar		Médico Supervisor de Primer Nivel de Atención. Jefatura de Prestaciones Médicas. Culiacán Sinaloa	

ÍNDICE

1.	Clasificación	8
2.	Preguntas a Responder	9
3.	Aspectos Generales	10
3.1	Justificación.....	10
3.2	Actualización del Año 2010 al 2014	11
3.3	Objetivo.....	12
3.4	Definición.....	13
4.	Evidencias y Recomendaciones	14
4.1	Terminología de las variaciones del sangrado menstrual.....	15
4.2	Definición de Patrones normales de la menstruación(cuadro 1)	16
4.3	Clasificación del sangrado uterino anormal.....	17
4.4	Puntos clave del interrogatorio y exploración física	18
4.5	Métodos para medir la magnitud de pérdida de sangre menstrual.	21
4.6	Exámenes de laboratorio.....	23
4.7	Estudios de gabinete.....	25
4.8	Hiperplasia endometrial.....	27
4.9	Histeroscopia.....	28
4.10	Tratamiento.....	30
4.10.1	<i>Tratamiento no hormonal.....</i>	<i>30</i>
4.11	Tratamiento.....	33
4.11.1	<i>Tratamiento hormonal</i>	<i>33</i>
4.12	Tratamiento.....	37
4.12.1	<i>Tratamiento Quirúrgico.....</i>	<i>37</i>
4.13	Criterios de Referencia.....	40
4.13.1	<i>De primer a segundo nivel de atención.....</i>	<i>40</i>
4.14	Criterios de Referencia.....	41
4.14.1	<i>De segundo a tercer nivel de atención.....</i>	<i>41</i>
4.15	Criterios de Contra-referencia	41
5.	Anexos	42
5.1.	Protocolo de Búsqueda	42
5.1.1.	<i>Estrategia de búsqueda</i>	<i>42</i>
5.1.1.1.	Primera Etapa.....	42
5.1.1.2.	Segunda Etapa.....	43
5.2.	Escalas de Gradación	44
5.3.	Escalas de Clasificación Clínica	52
5.4.	Diagramas de Flujo.....	55
5.5.	Listado de Recursos	57
5.5.1	<i>Tabla de Medicamentos.....</i>	<i>57</i>
6.	Glosario.....	61
7.	Bibliografía.....	62
8.	Agradecimientos	64
9.	Comité Académico	65

1. CLASIFICACIÓN

CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-322-10

Profesionales de la salud	Médico Familiar, Gineco-obstetras, Investigador en ciencias Médicas. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/ANEXOS_METODOLOGIA_GPC.pdf >.
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: N938 OTRAS HEMORRAGIAS UTERINAS O VAGINALES ANORMALES
Categoría de GPC	Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención
Usuarios potenciales	Médico Familiar, Gineco-obstetra, Endocrinólogos, Cirujanos generales. Urgenciólogos, pediatras, Enfermería, y personal del área de la salud en formación
Tipo de organización desarrolladora	Instituto Mexicano del Seguro Social Delegaciones o UMAE participantes: UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No 3, CMN La Raza, Distrito Federal. Coordinación de Planeación y Enlace Institucional Delegación Sinaloa. Coordinación de Planeación y Enlace Institucional Delegación Sur. Coordinación de Salud Reproductiva
Población blanco	Mujeres ≥ de 9 años
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas	Clasificación de las causas de hemorragia uterina anormal (HUA) de origen no anatómico Puntos clave del interrogatorio y exploración física Métodos indirectos y directos para medir la cantidad de sangrado transvaginal Tratamiento médico y quirúrgico de la HUA de origen no anatómico Criterios de referencia y contra-referencia
Impacto esperado en salud	Incrementar el diagnóstico y tratamiento médico adecuado en mujeres con HUA de origen no anatómico. Incrementar el envío oportuno de mujeres con HUA de origen no anatómico a segundo nivel de atención. Incrementar el envío de mujeres con HUA de origen no anatómico que requieren tratamiento farmacológico no disponible en primer nivel de atención o que requieren tratamiento quirúrgico. Incrementar y optimizar el uso de métodos diagnósticos ambulatorios para la atención de mujeres con HUA de origen no anatómico. Disminuir el número de histerectomías como tratamiento de primera línea en HUA de origen no anatómico. Ofrecer tratamiento farmacológico en mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo. Incrementar el número de mujeres con indicaciones precisas para su seguimiento en la contra-referencia.
Metodología	Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 17 Guías seleccionadas: 6 Revisiones sistemáticas: 5 Otras fuentes seleccionadas: 5.
Método de validación	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: Validación de la guía:
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro	IMSS-322-10
Actualización	Fecha de publicación de la actualización: 26 de marzo de 2015. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 1º, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 55533589.

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuál es la terminología de las variaciones del sangrado menstrual?
2. ¿Cuáles son los patrones normales de la menstruación?
3. ¿Cuál es la clasificación de las causas de hemorragia uterina Anormal?
4. ¿Cuáles son los puntos clave del interrogatorio y exploración física en una mujer con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico?
5. ¿Se recomienda utilizar los métodos directos e indirectos para medir la magnitud de pérdida de sangre menstrual?
6. ¿Cuáles son los exámenes de laboratorio y gabinete que influyen en la toma de decisiones del personal médico que atiende mujeres con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico?
7. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico que ha demostrado ser efectivos en la sangrado uterino anormal de origen no anatómico?
8. ¿Cuáles son las modalidades del tratamiento quirúrgico para el sangrado uterino anormal de origen no anatómico?
9. ¿Cuáles son las indicaciones para cada modalidad terapéutica quirúrgica en el sangrado uterino anormal de origen no anatómico?
10. ¿En qué casos se recomienda la histerectomía como tratamiento en el sangrado uterino anormal de origen no anatómico?
11. ¿Cuáles son los criterios de referencia y contra-referencia para el envío de pacientes con sangrado uterino anormal de origen no anatómico?.

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 Justificación

El sangrado uterino anormal es una condición frecuente, el cual tiene un impacto social y económico significativo (The Society of Obstetricians and gynaecologist of Canada.(SOGC) Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women., 2013, Fergusson R, 2013), considerada como la segunda causa de consulta ginecológica, después de las infecciones cervicovaginal; por su origen puede ser de tipo anatómica o disfuncional.

En México, de las mujeres que cursan con hemorragia uterina, anualmente solo 6 millones de ellas buscan atención médica; el diagnóstico se sospecha mediante el interrogatorio y examen físico (exploración ginecológica), y posteriormente confirmación mediante estudios de laboratorio y gabinete. (Guía de práctica clínica COMEGO, 2013), considerándose por algunos autores que del 9 al 14% de las mujeres en edad reproductiva han tenido ciclos menstruales mayores a 80 mililitros por ciclo menstrual (Malcom, 2011).

En los Estados Unidos, se registran cerca de 600,000 histerectomías por éste motivo (Wheeler, 2011).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia considera que la terminología estandarizada es esencial para la comunicación entre los profesionales, por lo que el grupo de expertos considera que sea utilizado el término de sangrado uterino anormal y eliminar conceptos como menorragia, metrorragia y hemorragia uterina disfuncional, por lo que la terminología actual utiliza para describir el sangrado uterino anormal en mujeres en edad reproductiva

El tratamiento está encaminado de acuerdo a la etiología, se divide el tratamiento en médico y quirúrgico, de primer línea siempre se inicia con el médico, el cual puede ser hormonal o no hormonal.

El tratamiento médico debe ser indicado en todos los casos, y si no hay respuesta al mismo, se decidirá tratamiento quirúrgico según el caso. ((The Society of Obstetricians and gynaecologist of Canada.(SOGC) Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013, Guía de práctica clínica COMEGO, 2013, Fergusson R, 2013).

3.2 Actualización del Año 2010 al 2014

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser discontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía fue modificado:
 - Título desactualizado: **Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional**
 - Título actualizado: **Diagnóstico y tratamiento del sangrado uterino anormal de Origen No Anatómico.**
1. La actualización en **Evidencias y Recomendaciones** se realizó en:
 - La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en: eliminando la palabra “la y Disfuncional”, esta última fue sustituida con el termino de estructural; además **se incluyó la nueva clasificación sobre estructural y no estructural o acrónimo PALM-COEIN propuesta por la Federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).**
 - **Promoción de la salud**
 - **Prevención**
 - **Diagnóstico**
 - **Tratamiento**
 - **Pronóstico**
 - **Desenlace**

3.3 Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y tratamiento del sangrado uterino anormal de origen no anatómico** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer, segundo y tercer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- **Incrementar el diagnóstico y tratamiento médico adecuado en mujeres con sangrado uterino anormal de origen no anatómico**
- **Incrementar el envío oportuno de mujeres con sangrado uterino anormal no anatómico a segundo nivel de atención.**
- **Incrementar el envío de mujeres con sangrado uterino anormal origen no anatómico que requieren tratamiento farmacológico no disponible en primer nivel de atención o que requieren tratamiento quirúrgico.**
- **Incrementar y optimizar el uso de métodos diagnósticos ambulatorios para la atención de mujeres con sangrado uterino anormal de origen no anatómico.**
- **Disminuir el número de histerectomías como tratamiento de primera línea en sangrado uterino anormal de origen no anatómico.**
- **Ofrecer tratamiento farmacológico en mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo.**
- **Incrementar el número de mujeres con indicaciones precisas para su seguimiento en la contra- referencia**

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.4 Definición

Sangrado Uterino Anormal es la variación del ciclo menstrual normal, e incluye cambios en la regularidad, frecuencia del ciclo, y duración del flujo o en la cantidad de sangrado menstrual asociadas a disturbios médicos que sólo pueden ser identificados por una historia clínica orientada a búsqueda de etiología complementando con métodos de laboratorio, gabinete y determinaciones hormonales como por ejemplo coagulopatías, disfunciones ovulatorias o desordenes primarios endometriales. (The Society of Obstetricians and gynaecologist of Canada.(SOGC) Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women., 2013, FIGO, 2011).

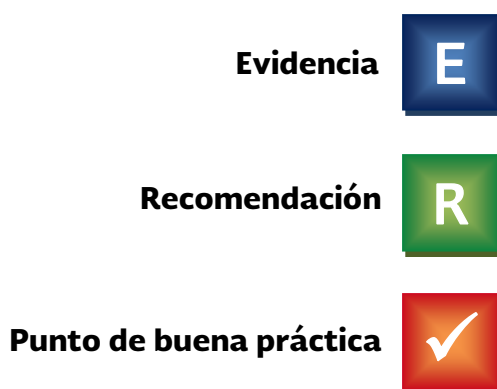
Hemorragia uterina anormal: es la presentación aumentada en duración y cantidad del sangrado uterino

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES


Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **NICE, Oxford, COMEGO, Canadian Task Force, Sociedad Americana de Radiología**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:




En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	Ia Shekelle <i>Matheson S, 2007</i>

4.1 Terminología de las variaciones del sangrado menstrual

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La estandarización universal de la terminología es esencial para el entendimiento de las características asociadas con el sangrado menstrual (tales como la regularidad, frecuencia, volumen, duración).	<p>III <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p> <p>5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>FIGO Classification system(Palm—copein), 2011</i></p>
	La hemorragia uterina anormal es definida como una variación del ciclo menstrual e incluye cambios en la regularidad y frecuencia del ciclo, duración del flujo y/o cambios en la cantidad del flujo menstrual perdido.	<p>5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>Bajo la categoría de Hemorragia uterina anormal (HUA) algunas definiciones más pueden ser establecidas basadas en las alteraciones en el volumen de la menstruación, regularidad, frecuencia, duración, cronicidad y tiempo relacionado de acuerdo a la edad reproductiva. Los sangrados no relacionados al ciclo menstrual también pueden ser caracterizados.</p> <p>En 2007 el Grupo de Trabajo del comité internacional de expertos en Desordenes Menstruales de FIGO estandarizo el uso de la terminología en hemorragia uterina anormal. (Cuadro 1).</p>	<p>III <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p> <p>5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>FIGO Classification system(Palm—copein), 2011</i></p>
	Se debe interrogar y explorar las características de duración, cantidad y frecuencia en los sangrado menstruales, con fines de identificar, clasificar y estandarizar la terminología de las alteraciones en el sangrado uterino.	<p>III-C <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p> <p>D Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>FIGO Classification system(Palm—copein), 2011</i></p>

	<p>Se sugiere la utilización de la terminología estandarizada internacional para la hemorragia uterina anormal.</p>	<p>III-C <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p> <p>D Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>FIGO Classification system(Palm—copein), 2011</i></p>
---	---	--




4.2 Definición de Patrones normales de la menstruación(cuadro 1)

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Estudios clínicos sobre historias menstruales determinaron que:</p> <p>Duración normal del sangrado menstrual Describe una pérdida de sangrado menstrual de 3 a 8 días</p> <p>Ciclo regular se presenta con una variación normal de ciclo a ciclo de + 2 a 20 días.</p> <p>Cantidad normal es el sangrado menstrual entre 5 a 80 ml por ciclo.</p> <p>Frecuencia menstrual normal es la presencia de Intervalos de sangrado de 24 a 38 días</p>	<p>III <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p> <p>5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guidelines.dysfunctional uterine bleeding, http://mdguideline.com/dysfunctional-uterine-bleeding consultada 23.10.2013</i></p> <p>2c Oxford pronóstico e historia natural <i>Maness D, 2010</i></p>
	<p>Es importante conocer las características de la menstruación consideradas normales y tomarlas como marco de referencia, para determinar si una paciente se encuentra con menstruaciones normales o bien con alteración en el patrón menstrual.</p> <p>A toda paciente se debe interrogar su historia menstrual habitual considerando duración, intervalo y cantidad, ya que dentro de los patrones normales de la menstruación existen variaciones individuales consideradas como habituales en cada paciente.</p>	<p>II-2B <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p> <p>D Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p>


R	<p>El diagnóstico de sangrado uterino anormal se realiza a través de una historia clínica enfocada investigar las características del sangrado de acuerdo a la frecuencia, cantidad, duración y regularidad para el diagnóstico causal se complementara a interrogar uso de fármacos, dispositivo intrauterino o trastornos heredo-familiares o personales patológicos que puedan generar el sangrado uterino anormal., para complementar con una exploración física y ginecológica orientada búsqueda de la posible causa, y finalmente realizando estudios auxiliares de diagnóstico complementarios para un diagnóstico final.</p>	<p style="text-align: center;">II-2B <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p> <p style="text-align: center;">D Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p>
----------	---	--

4.3 Clasificación del sangrado uterino anormal






	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	<p>La clasificación actual de la hemorragia uterina anormal propuesta por la FIGO en 2011 conocida como PALM-COEIN , estratifica en 9 categorías de acuerdo al acrónimo; en el grupo Pólipo, Adenomiosis, Leiomioma, Malignidad, entendiéndose en el primer grupo (PALM)integrado de componentes o entidades estructurales que son identificados por técnicas de imagen o estudio histopatológico, y corresponde a la Hemorragia Uterino Anormal de origen Anatómico.</p>	<p style="text-align: center;">III-C <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p> <p style="text-align: center;">5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>FIGO Claissification system(Palm—copein), 2011</i></p>
E	<p>Los componentes del grupo COEIN, en general se relaciona a entidades que no se detectan con imágenes o estudios histopatológicas, tal es el caso de: Coagulopatía, Disfunción Ovulatoria, Endometrial, Iatrógenas y No clasificables; siendo estas entidades nosológicas definibles sólo por estudios de laboratorio, pruebas hormonales y de exclusión y corresponden a la Hemorragia Uterino Anormal de origen no Anatómico.</p>	<p style="text-align: center;">III-C <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p> <p style="text-align: center;">5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>FIGO Claissification system(Palm—copein), 2011</i></p>





	<p>Es recomendable clasificar los trastornos menstruales en base a la FIGO conocida como PALM-COEIN , considerando 9 categorías de acuerdo al acrónimo; en el grupo Pólipo, Adenomiosis, Leiomioma, Malignidad, entendiéndose en el primer grupo (PALM)integrado de componentes o entidades estructurales que son identificados por técnicas de imagen o estudio histopatológico, y corresponde a la Hemorragia Uterino Anormal de origen Anatómico.</p>	<p>III-C <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i> 5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>FIGO Claissification system(Palm—copein), 2011</i></p>
	<p>Se recomienda el uso del sistema de clasificación estandarizado propuesto por FIGO para la identificación de las causas de hemorragia uterina anormal.</p>	<p>III-C <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i> D Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>FIGO Claissification system(Palm—copein), 2011</i></p>
	<p>La hemorragia uterina por disfunción anovulatoria o disfuncional se realiza por exclusión de alteraciones anatómicas.</p>	<p>C COMEGO, 2010</p>

4.4 Puntos clave del interrogatorio y exploración física



	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>La historia clínica y el exámen físico ayudan a establecer las causas de hemorragia uterina anormal. Determinar la cantidad, frecuencia, regularidad del sangrado; la presencia de sangrado intermenstrual y/o postcoital; la presencia o no de síntomas premenstruales y dismenorrea ayuda a distinguir sangrados de origen anovulatorios de los ovulatorios, que sugieren causas anatómicas tales como patología cervical o patología endometrial, o presencia de embarazo</p>	<p>III-C <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i> 5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i> C COMEGO, 2010</p>

	<p>La paciente con hemorragia uterina debe contar con historia clínica enfocada a antecedentes heredo familiares(AHF) sobre coagulopatía, miomatosis uterina, ingesta de fármacos relacionados a hemorragia y descripción de patrón menstrual normal y actual conjuntamente con una exploración física ginecológica en búsqueda de causa de hemorragia.</p>	<p>C <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>La hemorragia uterina anormal de causa ovulatorias es usualmente regular y se puede asociarse a síntomas premenstruales y dismenorrea. La hemorragia de origen anovulatorio es más común en las adolescentes y premenopáusicas, se caracteriza por ser irregular, prolongada y en cantidad abundante.</p>	<p>III-C <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i> 5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p>
	<p>Una lista de medicamentos que incluyen fármacos y remedios naturales puede interferir con la ovulación y de esta forma estar asociados a hemorragia uterina anormal. Entre los que se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticoagulantes • Antidepresivos • Anticonceptivos hormonales • Tamoxifeno • Antipsicóticos • Corticosteroides • Fitofármacos (ginseng, chastebery danshen) • utilización de dispositivos intrauterinos en las pacientes. 	<p>2c Oxford pronóstico e historia natural <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>Para realizar diagnóstico clínico de sangrado uterino anormal es necesario documentar el interrogatorio sobre patrón menstrual que refiere la paciente, siendo necesario realizar exploración física enfocándose a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Síntomas relacionados que puedan orientar a anomalías anatómicas o histológicas • -Impacto en la calidad de vida • -Presencia de enfermedades concomitantes. • - Descartar embarazo 	<p>D Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p>

	<p>Interrogar y documentar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas sugestivos de anemia. • Historia Sexual y reproductiva. • Impacto social y calidad de vida. • Síntomas sugestivos de causas sistémicas de sangrado (hipotiroidismo, hiperprolactinemia, desordenes de coagulación como síndrome de ovario poliquístico, desordenes adrenales o hipotalámicos) • Síntomas asociados tales como descarga vaginal, dolor pélvico crónico o sensación de opresión pélvica. • Tratamientos farmacológicos (anticoagulantes, anticonceptivos hormonales) o utilización de dispositivos intrauterinos en las pacientes. • Descartar embarazo 	<p>III-C <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p> <p>D Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p>
	<p>La exploración física debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales • Peso y talla para valorar estado nutricional • Exámen tiroideo • Exámen de la piel(distribución de vello, acné, acantosis, Petequias) • Exámen abdominal (descartar tumoraciones abdominales o hepatoesplenomegalia). 	<p>III-C <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p> <p>5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p>
	<p>La exploración ginecológica debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspección de vulva, vagina ano, uretra y en caso de tener vida sexual cérvix. • Exámen bimanual de útero y anexos (ya sea con tacto vaginal y abdominal en mujeres con vida sexual o rectal en núbiles). • Descartar presencia de gestación 	<p>2c Oxford pronóstico e historia natural <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p> <p>C <i>COMEGO, 2010</i></p>
	<p>Aproximadamente entre 6 a 10% de las mujeres con hemorragia uterina anormal entre los 19 y 39 años tienen hiperandrogenismo con anovulación crónica.</p>	<p>III <i>COMEGO, 2010</i></p>
	<p>En toda paciente con hemorragia uterina anormal se debe determinar la presencia de obesidad, datos de hiperandrogenismo y datos de hipotiroidismo.</p>	<p>C <i>COMEGO, 2010</i></p>

	La hemorragia uterina por disfunción anovulatoria o disfuncional se realiza por exclusión de alteraciones anatómicas.	C COMEGO, 2010
	La incidencia de hemorragia uterina anormal incrementa con la edad así como los ciclos anovulatorios continuos; representan la declinación de la función ovárica en mujeres a partir de los 40 años.	IV COMEGO, 2010
	La incidencia de cáncer endometrial en las mujeres de 40 a 49 años es de 36.2 por 100,000. Por lo que las pacientes de esta edad con hemorragia uterina anormal deberán someterse a una evaluación adecuada de endometrio.	IV COMEGO, 2010
	En mujeres mayores de 40 años hasta la menopausia, a las cuales se ha descartado inicialmente causas orgánicas de hemorragia uterina y que persisten con episodios de sangrado, se sugiere descartar patología maligna endometrial.	D COMEGO, 2010

4.5 Métodos para medir la magnitud de pérdida de sangre menstrual.

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Existen métodos directos, indirectos y subjetivos para calcular el volumen de la pérdida hemática durante la menstruación. Los métodos subjetivos como la anamnesis puede orientar el diagnóstico de hemorragia uterina, sin embargo la percepción de la paciente puede no corresponder a la realidad.	4 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i>
	La determinación de Hematina/alcalina es un método directo que cuantifica entre 95 y 100% de la pérdida	4 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i>



	<p>Los métodos directos son más exactos para el cálculo, sin embargo generalmente no son accesibles en la práctica clínica y no son recomendables en forma rutinaria.</p>	<p>D Oxford diagnóstico <i>NICE 2007</i></p>
	<p>Existen métodos indirectos como el de Higham, que otorga una puntuación de acuerdo al número de toallas, tampones o si la paciente refiere la presencia de coágulos. Con un punto de corte de 100 tiene una sensibilidad de 86% y una especificidad de 89% para el diagnóstico de Hemorragia. (Ver anexo cuadro 2)</p>	<p>1c Oxford pronóstico e historia natural <i>Matteson KA, 2009</i> 3b Oxford diagnóstico <i>Fraser S, 2001</i></p>
	<p>En promedio un tampón absorbe 5 ml y una toalla higiénica absorbe 15 ml.</p>	<p>2* Oxford diagnóstico <i>Pérez L, 2007</i></p>
	<p>En 2001 se desarrollo una escala de medición de pérdida menstrual a través de una carta pictórica menstrual que asocia los productos higiénicos femeninos con la cantidad en ml de pérdida, teniendo una sensibilidad del 86% y especificidad del 88% para el diagnostico de hemorragia uterina.</p>	<p>3b Oxford pronóstico e historia natural <i>Wyatt,2001</i></p>
	<p>Los íconos de productos higiénicos femeninos utilizados en la carta pictórica menstrual tienen un alto nivel de correlación con el método de hematina alcalina para la determinación de hemorragia uterina.</p>	<p>3b Oxford pronóstico e historia natural <i>Wyatt,2001</i></p>
	<p>Se sugiere instruir a las pacientes para realizar un calendario menstrual cuantificando el sangrado a través del número de dispositivos vaginales empleados, que sirva de utilidad para la identificación de hemorragia uterina anormal, considerando las variaciones del sangrado secundarias a los eventos obstétricos. (ver anexo Cuadro 3)</p>	<p>B Oxford pronóstico e historia natural <i>Wyatt,2001</i></p>

4.6 Exámenes de laboratorio




EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	A medida que se incrementa el sangrado uterino puede existir disminución de eritrocitos y/o hemoglobina, el 19% de pacientes con hemorragia presentaron desordenes de coagulación.	4 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i>
	Se recomienda realizar biometría hemática, pruebas para trastornos de coagulación en mujeres que tienen menstruación abundante desde la menarca; o con una historia familiar o personal sugestiva de trastornos de la coagulación.	D Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i> II-2CA <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i>
	Aunque la determinación de Hematina/alcalina es un método directo que con alta capacidad de cuantificar la pérdida sanguínea no debe realizar en forma rutina en todos los casos de sospecha de hemorragia uterina.	D Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i>
	La hemorragia uterina anormal es más frecuente cuando existen alteraciones de la coagulación (por ejemplo, enfermedad de Von Willebrand), uso de anticoagulantes, mujeres que han tenido hemorragia uterina desde menarquía y/o tienen antecedentes familiares o personales que sugieran desordenes de la coagulación.	III-C <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i> 4 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i>
	Para el abordaje diagnóstico de la hemorragia uterina anormal de causa no anatómica se deben considerar alteraciones gestacionales en mujeres en edad reproductiva como: Amenaza de aborto, embarazo ectópico, enfermedades del trofoblasto o complicaciones puerperales.	4 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i>

	<p>Realizar prueba inmunológica de embarazo en toda mujer con sangrado uterino anormal de causa con vida sexual.</p>	<p>III-C <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i> D Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p>
	<p>Realizar pruebas de función tiroidea; solo que existan hallazgos clínicos sugestivos de enfermedad tiroidea.</p>	<p>II 2.D <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>Solicitar perfil androgénico (testosterona total, testosterona libre, androstenediona, DHEA Y DHEA-S, en caso de sospecha clínica de tumor androgénico</p>	<p>II 2.D <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>La hemorragia uterina de origen anovulatorio resulta de una disfunción hipotalámica y se diagnostica por niveles bajos de FSH y LH elevada.</p>	<p>IV <i>COMEGO, 2010</i></p>
	<p>Solicitar niveles de FSH,LH, y prolactina en paciente que se sospeche de anovulación crónica como causa desangrado uterino anormal.</p>	<p>II 2.D <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>Las pruebas tiroideas están indicadas sólo si hay datos clínicos que hagan sospechar alteraciones tiroideas.</p>	<p>II 2.D <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>Las pruebas de coagulación están recomendadas en pacientes con hemorragia uterina que inicio desde la menarca y de difícil control o por antecedentes familiares de alteraciones en la coagulación. Debiéndose descartar la enfermedad de Von Willebrand.</p>	<p>II-2.B <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i> B Oxford diagnóstico <i>Pérez L, 2007</i></p>




4.7 Estudios de gabinete




EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>El ultrasonido transvaginal es útil para el diagnóstico de lesiones estructurales focales ya que detecta alteraciones en mujeres premenopausicas hasta en 97% de los casos. El rango de sensibilidad del USG transvaginal para identificar anomalías uterinas se encuentra en 80 A 96% y su especificidad es de 68% a 90%.</p>	<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño</p> <p><i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p> <p style="text-align: center;">4</p> <p><i>Bennett G, ACR Guideline Appropriateness criteria abnormal vaginal bleeding, 2010</i></p> <p style="text-align: center;">I-A</p> <p><i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p> <p style="text-align: center;">2*</p> <p style="text-align: center;">Oxford diagnóstico</p> <p><i>Pérez L, 2007</i></p>
	<p>El ultrasonido endovaginal muestra una mayor precisión en las características anatómicas.</p>	<p style="text-align: center;">8</p> <p style="text-align: center;">Es apropiada</p> <p><i>Bennett G, ACR Guideline Appropriateness criteria abnormal vaginal bleeding, 2010</i></p> <p style="text-align: center;">I-A</p> <p><i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>

	<p>El ultrasonido es la primera elección de métodos diagnósticos, en pacientes con hemorragia uterina para identificar anomalías estructurales.</p>	<p>D Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i> 4 <i>Bennett G, ACR Guideline Appropriateness criteria abnormal vaginal bleeding, 2010</i> I-A <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in premenopausal women, 2013</i></p>
	<p>Los estudios de imagen e histopatológicos están indicados si hay datos o sospecha de alteraciones anatómicas.</p>	<p>I-A <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in premenopausal women, 2013</i> A Oxford diagnóstico <i>Pérez L, 2007</i></p>
	<p>Fase del ciclo El ultrasonido ginecológico nos permite medir el grosor endometrial para establecer una conducta.</p>	<p>2c Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Manrique, 2009</i></p>
	<p>El límite superior del grosor endometrial depende de la etapa del ciclo menstrual. En mujeres premenopáusicas con sangrado, un espesor mayor de 16 mm tiene una sensibilidad del 67%, una especificidad del 75% y valor predictivo positivo de 14% para demostrar la patología maligna. Para las mujeres posmenopáusicas con sangrado, un espesor mayor de 5 mm tiene una sensibilidad de 82% para la detección de anomalías del endometrio, y para detectar el cáncer de endometrio tiene una sensibilidad del 80-100% y una especificidad del 60%.</p>	<p>4 puede ser apropiada <i>Bennett G, ACR Guideline Appropriateness criteria abnormal vaginal bleeding, 2010</i></p>


	<p>Esta justificado la solicitud del ultrasonido en mujeres con hemorragia uterina anormal cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Útero palpable abdominal • En el examen vaginal se detecta masa palpable de origen incierto • Falla de tratamiento farmacológico 	<p>D Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p>
	<p>La Histeroscopia ofrece información adicional a los aspectos clínicos.</p>	<p>I <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>La histeroscopia deberá realizarse cuando los resultados de ultrasonido no son concluyentes.</p>	<p>A <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i> A <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>

4.8 Hiperplasia endometrial

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Las indicaciones para una biopsia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea endometrial igual o mayor a 12 mm por USG. • Hemorragia uterina persistente, principalmente en mayores de 40 años o con peso igual o mayor a 90 Kg. • Sospecha de malignidad. 	<p>II-2A <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i> 2 Oxford diagnóstico <i>Pérez L, 2007</i></p>
	<p>En general la toma de biopsia del endometrio, no es necesaria si el espesor es menor de 5 mm</p>	<p>2 Oxford diagnóstico <i>Pérez L, 2007</i></p>
	<p>Otra indicación de biopsia de endometrio, cuando el espesor es mayor de 5 mm</p>	<p>B Oxford diagnóstico <i>Pérez L, 2007</i></p>

	<p>La biopsia endometrial se debe realizar para excluir el cáncer endometrial o la hiperplasia anormal, excepto en mujeres que no han iniciado vida sexual. Tiene una sensibilidad de 60-90% y una especificidad de 98%. Se ha determinado que, para la toma de biopsia, la cánula de Novak tiene 9.5% de falla y la de Pipelle 12.8%.</p>	<p>5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p>
	<p>La biopsia de endometrio, con cánulas de aspiración endometrial, representa una técnica sensible y segura, pero deberá considerarse con cautela, la presencia de falsos negativos con cánula de pipelle o de Novak</p>	<p>C <i>Pérez L, 2007</i> C <i>COMEGO 2010</i></p>
	<p>Cuando la toma de biopsia con cánulas, AMEU o histeroscopia no sea posible, el legrado uterino instrumental, es útil, sin embargo hay que considerarlo por el riesgo de eventos adversos y de mayor costo.</p>	<p>C <i>COMEGO 2010</i> 2 Oxford diagnóstico <i>Pérez L, 2007</i></p>
	<p>La toma de biopsia a través de legrado uterino instrumental, está indicado en caso de tener duda diagnóstica o falla de métodos diagnósticos no invasivos o alta sospecha de malignidad por lo que es la última instancia debido al riesgo de eventos adversos y de mayor costo.</p>	<p>C <i>Pérez L, 2007</i> C <i>COMEGO 2010</i></p>




4.9 Histeroscopia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>La histeroscopia puede identificar cáncer endometrial con una sensibilidad de 86.4% y una especificidad de 99.2%, disminuye para identificar enfermedad endometrial benigna con una sensibilidad de 78% y especificidad de 98.7%</p>	<p>5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p>

	<p>La histeroscopia parece ser la mejor prueba en términos de sensibilidad y especificidad, en la detección de padecimientos intrauterinos, sin embargo no se ha evaluado en términos de costo-beneficio y requiere de entrenamiento y equipo especial; es particularmente útil para identificar anomalías intracavitaria uterinas.</p>	<p>I <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in premenopausal women, 2013</i> 5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p>
	<p>La evaluación histeroscópica en la hemorragia uterina anormal, es una opción, que provee una visualización directa de la patología existente en la cavidad uterina y facilita la biopsia directa endometrial.</p>	<p>I-A <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in premenopausal women, 2013</i> 2* Oxford diagnóstico <i>Pérez L, 2007</i> 5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p>
	<p>Esta indicado el uso de la histeroscopia, en los casos en que se sospeche patología intrauterina submucosa como causa de hemorragia uterina anormal.</p>	<p>I-A <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in premenopausal women, 2013</i> A Oxford diagnóstico <i>Pérez L, 2007</i> D Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p>
	<p>Las lesiones focales endometriales que requieren biopsia deben ser evaluadas o abordadas a través de histeroscopia.</p>	<p>II-2A <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in premenopausal women, 2013</i></p>

4.10 Tratamiento

4.10.1 Tratamiento no hormonal





	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>El tratamiento médico debe ser considerado como primera línea terapéutica para la hemorragia uterina anormal de causa no anatómica, una vez que se ha descartado malignidad o patología pélvica.</p>	<p>2c Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>En la paciente con diagnóstico de hemorragia uterina de origen no estructural o anatómico, el tratamiento de primera elección es médico.</p>	<p>B Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>El sangrado uterino anormal de causa no anatómica responde adecuadamente a tratamiento farmacológico, contando con las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) • Antifibrinolíticos del tipo de ácido tranexámico. • Anticonceptivos hormonales orales, ya sea orales, intrauterinos (levonorgestrel en sistema intrauterino), al igual que progestágenos como el acetato de medroxiprogesterona(AMP). • El Danazol o agonistas de hormonas liberadora de las gonadotropinas 	<p>I-A Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>




	<p>El tratamiento médico inicial en la paciente con sangrado uterino anormal de causa no anatómica responde adecuadamente a tratamiento farmacológico, contando con las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) • Anticonceptivos hormonales orales, ya sea orales, intrauterinos (levonorgestrel en sistema intrauterino), al igual que progestágenos como el acetato de medroxiprogesterona (AMP). • El Danazol o agonistas de hormonas liberadora de las gonadotropinas 	<p>I-A Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>Se sugiere el uso de AINES como tratamiento inicial en pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico regular y no abundante.</p>	<p>I-A <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>El ácido mefenámico, naproxeno, ibuprofeno, diclofenaco, indometacina y ácido acetilsalicílico han demostrado ser efectivos para el control de la hemorragia uterina anormal de causa no anatómica. Estos demostraron mayor efectividad para reducir la hemorragia uterina en comparación al uso de progestina en fase lútea.</p>	<p>2c Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>Una revisión sistemática de eficacia de AINES mostro superioridad en reducción del sangrado en comparación a tratamiento hormonales, sin embargo no superaron al Danazol o al ácido tranexámico</p>	<p>2c Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i> I+ NICE, Estudios de terapia <i>Lethaby A, 2013</i></p>
	<p>Es conveniente la terapia con antiinflamatorios no esteroideos en pacientes para tratarse de primer vez y casos no severos preferentemente antes de usar hormonales; éstos deben iniciarse 3 a 5 días previos al inicio del ciclo menstrual y continuarse 3 a 5 días posterior al inicio del sangrado.</p>	<p>2c Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i> A NICE, Estudios de terapia <i>Lethaby A, 2013</i></p>





	<p>La utilización de AINES deberá ser retirada si no se observa mejoría dentro de los 3 primeros ciclos de tratamiento, y si no hay respuesta en los tres primeros ciclos se deberá pasar a otro tratamiento farmacológico.</p>	<p>A NICE, Estudios de terapia <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i></p>
	<p>El levonorgestrel en sistema intrauterino ha mostrado menores eventos tromboticos en pacientes con riesgo.</p> <p>Este en mujeres con vida sexual iniciada ha mostrado ser más eficaz que los AINES y anticonceptivos hormonales en la población que no desee embarazo</p>	<p>2c Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>El levonorgestrel en sistema intrauterino se recomienda en pacientes con alto riesgo de trombosis.</p>	<p>I-A Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>Otorgar el tratamiento para corrección de enfermedades concomitantes, como hipotiroidismo o anemia, antes del manejo con hormonales.</p>	<p>I-A Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>




4.11 Tratamiento



4.11.1 Tratamiento hormonal

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>La hemorragia uterina anormal de origen no anatómico abundante e irregular es tratada efectivamente con opciones hormonales para lograr regular los ciclos menstruales y disminuir los episodios de sangrado, con uso de hormonales combinados, progestinas, o dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG).</p>	<p>2c Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>La disminución del sangrado y la dismenorrea en la hemorragia uterina anormal de origen no anatómico es del 40 al 50% con el uso de anticonceptivos orales, parches y/o anillos vaginales en forma tradicional.</p>	<p>2c Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>Los anticonceptivos orales combinados son útiles para regular los ciclos y frenar el crecimiento endometrial hasta producir hipomenorreas a los 6 meses de su uso. En las adolescentes son utilizados microdosis.</p>	<p>2* Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Pérez L, 2007</i></p>
	<p>Los anticonceptivos orales combinados son buena opción para el control de la hemorragia uterina, siendo de elección las microdosis en las adolescentes, en caso de no respuesta pensar en el uso de combinación de AINES u otras alternativas farmacológicas.</p>	<p>B Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Pérez L, 2007</i></p>

	<p>Las progestinas (acetato de medroxiprogesterona y clormadinona) cíclicas tomadas durante 12 a 14 días han sido utilizados, sin embargo no han sido superiores al uso de progestágenos de depósito o a AINES , ya que el 50% de las mujeres con ciclos irregulares anovulatorios mejoran la regularidad menstrual, con el beneficio de protección endometrial por oposición a estrógenos.</p>	<p>2c Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i> B Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Pérez L, 2007</i></p>
	<p>En caso de estar indicadas las progestinas es recomendable indicarse de 2 a 10 mg por día a partir del día 14 del ciclo durante 10 días.</p>	<p>B Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>La medroxiprogesterona de depósito es utilizada en la hemorragia uterina anormal de origen no anatómico por suprimir la esteroidogénesis ovárica y reducir el grosor endometrial mediado por estrógenos. Su eficacia se debe por causar amenorrea hasta por 1 año en más del 50% de las pacientes.</p>	<p>2c Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>


	<p>Se debe tener presente los efectos adversos que incluyen turgencia mamaria, ganancia de peso, cambios de ánimo, manchado intermenstrual y osteopenia</p>	<p>2c Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>Cuando se decida el uso de medroxiprogesterona depósito debe indicarse dosis de 150 mg cada 2 meses por un periodo de 3 ciclos considerando los efectos secundarios.</p>	<p>B Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>El sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) reduce en 86% a tres meses y 97% a los 12 meses el sangrado menstrual, ya que libera 20 µg de levonorgestrel directamente sobre la cavidad endometrial por día induciendo atrofia endometrial.</p>	<p>2c Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>La colocación del dispositivo liberador de levonorgestrel debe ser realizada por personal médico capacitado, bajo consentimiento informado de la paciente, con revisión al mes de la inserción y cita subsecuente cada 6 meses.</p>	<p>B Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i> 2c Oxford pronóstico e historia natural <i>procedimiento de PF en unidades médicas del IMSS 2250-003-001</i></p>





	<p>El Danazol es un esteroide sintético que suprime los receptores endometriales de estrógeno-progesterona, así como el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, produciendo atrofia endometrial, lo cual reduce la cantidad de pérdida sanguínea en mujeres con hemorragia uterina anormal de causa no anatómica hasta en 80%, y ocasiona amenorrea en 20% de los casos, sin embargo presenta efectos adversos con gran frecuencia.</p>	<p>2c Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>El Danazol está indicado en caso de fallas a otros tratamientos debido a sus efectos secundarios</p>	<p>B Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i> <i>Beaumont H, 2007</i></p>
	<p>El uso de los agonistas de hormonas liberadora de las gonadotropinas (GnRh) como la goserelina subcutánea mensual de 3 a 6 meses reduce el sangrado en más de 89 %, cuando se administraran por más de tres meses se logran amenorreas con atrofia endometrial. Sin embargo se asocia con importantes efectos adversos incluyendo síntomas perimenopáusicos, principalmente posterior a uso de 6 meses o más.</p>	<p>5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>NICE Heavy menstrual bleeding, 2007</i> 2* Oxford diagnóstico <i>Pérez L, 2007</i> 2c Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>

	<p>Los GnRh en la hemorragia uterina anormal de origen no anatómico debe ser limitado a escenarios en los cuales otros tratamientos médicos o quirúrgicos están contraindicados, no estando recomendado su uso continuo mayor de 6 meses.</p>	<p>B Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>Informar a las pacientes que requieran uso de GnRh de los efectos secundarios que presentarán.</p>	<p>B Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>

4.12 Tratamiento

4.12.1 Tratamiento Quirúrgico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Las indicaciones de tratamiento quirúrgico en pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico incluyen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falla en el tratamiento médico. 2. Contraindicaciones farmacológicas. 3. Anemia con alteraciones hemodinámicas. 4. Impacto en la calidad de vida. 5. Deseo de mejor calidad de vida y salud sexual 	<p>5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>

	<p>Considerar el tratamiento quirúrgico cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falla en el tratamiento médico. 2. Contraindicaciones farmacológicas. 3. Anemia con alteraciones hemodinámicas. 4. Impacto en la calidad de vida. 	<p>D Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>Un meta-análisis de ECA se encontró que en 58% de las mujeres con tratamiento médico requirieron tratamiento quirúrgico a los dos años; la resección endometrial fue más efectiva significativamente que el tratamiento médico para el control del sangrado.</p>	<p>I+ NICE, estudios de terapia tratamiento, <i>Marjoribanks J, 2010</i></p>
	<p>Hay reportes que los métodos ablativos histeroscópicos son altamente efectivos en el control de la hemorragia uterina anormal en un 87 a 97%. Con tasas de amenorrea de 23 a 60% y sólo un 20% requiere de histerectomía de 1 a 5 años.</p>	<p>5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i></p>
	<p>La ablación endometrial puede ser considerada para mujeres con sangrado uterino anormal con gran impacto en su calidad de vida o en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con falla al tratamiento médico que no deseen embarazo y que no sean candidatas a histerectomía. -Útero sin anomalías anatómicas ni histológicas -Fibromas de pequeños elementos (menos de 3 cm de diametro) 	<p>5 Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño Oxford estudios de tratamiento, prevención etiología y daño <i>Guideline SOGC Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women, 2013</i> A NICE, estudios de terapia tratamiento, <i>Fergusson R, 2013</i></p>

	<p>El adelgazamiento del endometrio antes de la cirugía histeroscópica al inicio de la fase proliferativa del ciclo menstrual para la hemorragia uterina anormal de origen no anatómico, mejora las condiciones operatorias para el cirujano y el resultado postoperatorio a corto plazo. Los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina producen un adelgazamiento del endometrio ligeramente más efectiva que el Danazol.</p>	<p>I+ NICE, estudios de terapia tratamiento <i>Tan Y, 2014</i> I+ NICE, estudios de terapia tratamiento, Sowter MC, 2002</p>
	<p>Se sugiere uso de análogos de GnRH o danazol antes de la resección y ablación del endometrio en la fase proliferativa temprana del ciclo. Valorando el costo-beneficio y los efectos secundarios.</p>	<p>I+ NICE, estudios de terapia tratamiento <i>Tan Y, 2014</i> A NICE, estudios de terapia tratamiento <i>Sowter MC, 2002</i></p>
	<p>Considerar e informar a las pacientes y a sus familiares los efectos secundarios de los análogos de GnRH y el danazol</p>	<p>I+ NICE, estudios de terapia tratamiento <i>Tan Y, 2014</i> A NICE, estudios de terapia tratamiento <i>Sowter MC, 2002</i></p>
	<p>En pacientes con falla a tratamiento farmacológico sin enfermedad orgánica, en que este contraindicada la histerectomía, se puede utilizar como alternativa la ablación endometrial principalmente en pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor de 40 años. • Tamaño del útero menor de 11 cm. • Con enfermedades sistémicas que incrementen el riesgo anestésico. • Sin deseos de embarazo posterior. 	<p>Punto de buena práctica</p>


4.13 Criterios de Referencia

4.13.1 De primer a segundo nivel de atención


EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<div data-bbox="183 974 329 1121" style="float: left; margin-right: 10px;"> </div> <p>Serán referidas de primer a segundo nivel de atención con historia clínica y exploración física completa que incluya exploración ginecológica, biometría hemática completa, prueba inmunológica de embarazo, ultrasonido pélvico y resultado de papanicolau:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico que han recibido terapia médica no hormonal sin respuesta en mínimo 3 ciclos. 2. Pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico que persistan con episodios de sangrado en quienes se han corregido causas posibles de hemorragia. 3. Pacientes con sospecha clínica de patología androgénica o tiroidea. 4. Pacientes con sospecha de coagulopatía. 5. Pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico desde la menarca. 	<p>Punto de buena práctica</p>

4.14 Criterios de Referencia

4.14.1 De segundo a tercer nivel de atención

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Serán referidas de segundo a tercer nivel de atención con historia clínica completa, exploración física completa que incluya exploración ginecológica, biometría hemática completa, tiempos de coagulación, prueba inmunológica de embarazo, ultrasonido pélvico, biopsia de endometrio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que persistan con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico a pesar de tratamiento hormonal por un periodo mínimo de 3 ciclos. • Pacientes con sospecha de patología androgénica y/o tiroidea. • Pacientes con enfermedad concomitante • Pacientes con riesgo quirúrgico elevado • Pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico con deseo reproductivo. • Pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico portadoras de coagulopatía 	<p>Punto de buena práctica</p>

4.15 Criterios de Contra-referencia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>El envío de pacientes tratadas con resolución de su problema benigno de hemorragia uterina anormal de origen no anatómico debe ser enviado a 2° y 1er nivel de atención médica con plan de vigilancia a futuro.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

5. ANEXOS

5.1. Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **Diagnóstico y Tratamiento del Sangrado Uterino Anormal de Origen No Anatómico**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **inglés y español**.
- Documentos publicados los últimos **10 años** (rango extendido).
- Documentos enfocados **Diagnóstico y Tratamiento**.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

5.1.1. Estrategia de búsqueda

5.1.1.1. Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **Diagnóstico y Tratamiento del Sangrado Uterino Anormal de origen no Anatómico** en PubMed. La búsqueda se limitó a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés y español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) **Abnormal uterine bleeding ,metrorrhagia**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 723 resultados, de los cuales se utilizaron **17** documentos para la elaboración de la guía.

"Metrorrhagia/diagnosis"[Mesh] OR "Metrorrhagia/epidemiology"[Mesh] OR
 "Metrorrhagia/etiology"[Mesh] OR "Metrorrhagia/surgery"[Mesh] OR
 "Metrorrhagia/therapy"[Mesh])

BÚSQUEDA	RESULTADO
PubMed	723

Algoritmo de búsqueda:

1. Abnormal uterine bleeding, Metrorrhagia, "[Mesh]

2. diagnosis" OR epidemiology {Subheadings}
3. etiology"[Mesh] OR surgery {Subheadings}
4. therapy OR ultrasonography {Subheadings}
5. #2 OR #3OR#4
6. #1AND5
7. "2005 (PDAT):"2015"(PDAT)
8. #6AND7
9. HUMANS
10. #8 AND 9
11. English[lang] OR Spanish[lang]))
12. #10 AND 11
13. #5AND12
14. #1 AND (2 OR #3OR#4)#5 AND 6 OR #7OR#8 OR #9OR#11)

5.1.1.2. Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas encontrando **274** con el término **abnormal uterine bleeding**. de los cuales se utilizaron **5** documentos para la elaboración de la guía.

En resumen, de **997** resultados encontrados, **17** fueron útiles para el desarrollo de esta guía.

5.2. Escalas de Gradación

NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE**

NIVEL DE EVIDENCIA	INTERPRETACIÓN
1++	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

*Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-“ no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación,. Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

**National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005.The guidelines manual 2009.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
A	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
D(BPP)	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

Niveles de Evidencia, para estudios de Diagnóstico Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) 2009*

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	DIAGNÓSTICO
A	1a	Revisiones Sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad**, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y en diferentes centros clínicos
	1b	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico
	1c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico
B	2a	Revisiones sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad
	2b	Estudios exploratorios que, a través de una regresión logística, determinan factores significativos, y validados con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de categorización del diagnóstico
	3a	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios 3b y de mejor calidad
	3b	Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin la aplicación de un estándar de referencia
C	4	Estudio de casos y controles, con escasos o sin estándares de referencia independiente, los estándares de referencia no son objetivos, cegados o independientes, o las pruebas positivas y negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes.
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en “principios fundamentales”

*Adaptado de Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) Centre for Evidence Based Medicine-Levels of Evidence (March 1009). Available from: [http:// www.cebm.net/index.aspx?oO1025](http://www.cebm.net/index.aspx?oO1025). Visitado 28 agosto 2014

**Estudios con homogeneidad : se refiere a que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección

“Journal of Obstetrics and Gynecology Canada” (JOGC, 2013)

Calidad de la Evidencia*		Clasificación de las Recomendaciones**	
Nivel	Significado	Grado	Significado
I	Evidencia procedente de Meta análisis de Ensayos Clínicos Aleatorizados	A	Existe adecuada evidencia para recomendar acciones preventivas
II-1	Evidencia procedente de al menos un Ensayo Clínico Controlado no Aleatorizado bien diseñado	B	Existe evidencia aceptable para recomendar acciones preventivas
II-2	Evidencia de Estudios de Cohorte bien diseñados (prospectivos o retrospectivos) o Estudios de Caso Control, preferentemente por más de un centro o grupo de investigación	C	La evidencia existente es conflictiva y no permite hacer una recomendación para una acción preventiva, sin embargo hay otros factores que pueden influir en la toma de decisión.
II-3	Evidencia obtenida de comparación entre tiempos o lugares con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados.	D	Hay evidencia aceptable para no recomendar la acción preventiva
III	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, Estudios Descriptivos o reportes de comités experimentados	E	Existe evidencia adecuada para no recomendar la acción preventiva.
		I	La evidencia es insuficiente (en calidad o cantidad) para hacer recomendaciones; sin embargo otros factores pueden influenciar la toma de decisión.

*La calidad de la evidencia reportada en esta guía ha sido adaptada de la Evaluación de los Criterios de la Evidencia descritos en “Canadian Task Force on Preventive Care”

**Las recomendaciones incluidas en esta guía han sido adaptadas de la clasificación de las recomendaciones de los criterios descritos en la “Canadian Task Force on Preventive Care”

Niveles de evidencia para estudios de terapia por NICE**

Nivel de Evidencia	Interpretación
1++	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

*Los estudios con un nivel de evidencia **con signos “-”** no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación,. Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

**National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005.The guidelines manual 2009.

Niveles de recomendación de la Sociedad Americana de Radiología tomado de la guía "ACR Appropriateness Criteria abnormal vaginal Bleeding" 2010. *

1,2,3	Usualmente no apropiado
4,5,6	Puede ser apropiado
7,8,9	Usualmente apropiado

*Criterios por Consenso

NIVELES DE EVIDENCIAS PARA ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN DE LA GUÍA DE NICE 2007, HEMORRAGIA UTERINA

Niveles de evidencia científica	
1++	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Casos y controles o estudios de cohortes con alto riesgo de confusión, estudios con un riesgo significativo de no causalidad
3	Estudios no analíticos (reporte de casos, o casos en serie)
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+ o consensos formales.
D(GPP)	Buena práctica, es una recomendación basada en la mejor práctica en la experiencia del Grupo que desarrollo la guía

Niveles de recomendaciones de la Guía “How Best Manage Dysfunctional Uterine Bleeding”

Nivel	Basada de calidad de evidencia
A	Evidencia de calidad buena para orientar al paciente
B	Evidencia de calidad limitada inconsistente para orientar al paciente
C	Basada en consenso u opinión de la práctica habitual, o basada en reporte de casos.

Tomado de: Maness D, Ereddy Avinash, Harraway-Smith, Mitchell G, Givens V. How best to manage dysfunctional uterine bleeding. The Journ Fam Practice .2010;59(8):449-458.

Niveles de evidencias de la Guía “Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional 2010”

Nivel	Tipo de estudio
I	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado y con asignación aleatoria, bien diseñado.
II-1	Evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados sin asignación aleatoria
II-2	Evidencia obtenida de estudios de cohorte o de casos- controles bien diseñados preferentemente, de más de un centro o grupo de investigación
III	Evidencia obtenida a partir de estudios comparativos de tiempo y lugar, con o sin intervención. Algunos estudios no controlados con resultados espectaculares.
	Estudios descriptivos (series de casos) opiniones basadas en experiencias clínicas, informes de comités de expertos.

(Adaptado de la United Status Preventive Task Force)

Niveles de recomendaciones de la Guía “Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional 2010” COMEGO

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Tipo de estudio
A	1a	Revisión sistemática de ensayos con asignación aleatoria (sin heterogeneidad), sin variaciones relevantes en la dirección y magnitud de los resultados entre los estudios individuales, con poder estadístico.
	1b	Ensayo clínico individual con asignación aleatoria, con intervalo de confianza estrecho (resultados concluyentes) con poder estadístico.
B	2^a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual bien diseñado. Ensayo clínico con asignación aleatoria de baja calidad (sesgos en aleatorización, en cegamiento o con menos de 80% de seguimiento).
C	3^a	Revisión sistemática de estudios de casos-control
	3b	Estudios de caso-control individual bien diseñados.
	4	Estudios de cohortes de baja calidad, estudios de casos-control de baja calidad, series de casos.
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, basada en la fisiología o en principios fisiopatológicos.

(NHS R&D Centre for evidence-Based Medicine)

Estudios sobre prevención, etiología y daño.

Fuente: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica en temas selectos de ginecología y obstetricia. COMEGO

Niveles de Evidencia, para estudios de Diagnóstico Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) 2009*

Grados de Recomendación	Nivel de Evidencia	Tratamiento, prevención, etiología y daño	Pronóstico e historia natural	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial y estudios de prevalencia	Estudios económicos y análisis de detección.
A	1a	RS con homogeneidad de ECC y asignación aleatoria	RS de cohortes con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y validadas en diferentes poblaciones	RS de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o que incluyan estudios con resultados comparables y en la misma dirección en diferentes centros	RS con homogeneidad de estudios de cohortes prospectivas	RS con homogeneidad de estudios económicos de nivel 1
B	2a	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad	RS de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un EC, con homogeneidad.	RS de estudios, diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad	RS (con homogeneidad) de estudios 2b y mejores	RS (con homogeneidad) de estudios económicos con nivel mayor a 2.
	2b	Estudio de cohortes individual con seguimiento inferior a 80% (incluye EC de baja calidad)	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un EC o GPC no validadas.	Estudios exploratorios que, a través de una regresión logística, determinan factores significativos, y validados, estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba)	Estudios de cohortes retrospectivas o de seguimiento insuficiente.	Análisis basados en costes o alternativas clínicamente sensibles; limitado a revisión de la evidencia; e incluyendo un análisis de sensibilidad.
C	4	Serie de casos, estudios de cohortes, y de casos y controles de baja calidad	Serie de casos, estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad	Estudios de casos y controles, con escasas o sin estándares de referencia independientes	Serie de casos o estándares de referencia obsoletos	Análisis sin análisis de sensibilidad.
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajos de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajos de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajos de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos, sin evaluación crítica o basado en la teoría económica o en "principios fundamentales"

Fuente: Manterola C, y cols. Como Interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos. Rev Chil.2009;61(6):582-595.

5.3. Escalas de Clasificación Clínica

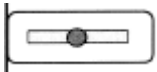

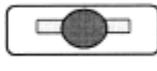






Cuadro 1. Definiciones y términos utilizados en Hemorragia Uterina Anormal

Característica	Terminología	Descripción
Volumen	Abundante Normal Escaso	Sangrado menstrual que interfiere con el estado físico, emocional, social y calidad de vida de la mujer, que puede ocurrir sólo o con síntomas asociados mayor a 80 ml por ciclo Sangrado menstrual entre 5 a 80 ml por ciclo Sangrado menstrual menor a 5 ml por ciclo
Regularidad del ciclo menstrual (ciclo a ciclo)	Irregular Regular Ausencia menstrual	Rango de variación que excede 20 días con un periodo de referencia de 90 días Variación normal de + 2 a 20 días No sangrado en un periodo de 90 días
Frecuencia Menstrual	Sangrado Menstrual Infrecuente Sangrado menstrual normal Sangrado menstrual frecuente	Intervalos de sangrado >38 días (1 o 2 episodios en un periodo de 90 días) Intervalos de sangrado de 24 a 38 días Intervalos de sangrado de <24 días (Más de 4 episodios de sangrado en un periodo de 90 días)
Duración	Sangrado menstrual prolongado Sangrado menstrual normal Sangrado menstrual corto	Describe una pérdida de sangrado menstrual que excede 8 días de duración Describe una pérdida de sangrado menstrual de 3 a 8 días Describe una pérdida de sangrado menstrual de menos de 3 días de duración

Sangrado No menstrual Irregular	<p>Sangrado Intermenstrual</p> <p>Sangrado Postcoital</p> <p>Manchado Premenstrual o postmenstrual (spotting)</p>	<p>Episodio irregular de sangrado que puede ser ligero o corto que ocurre entre ciclo y ciclo menstrual</p> <p>Sangrado que ocurre posterior al coito</p> <p>Sangrado que puede ocurrir regularmente días previos o posteriores al ciclo menstrual.</p>
Sangrado Fuera de edad Reproductiva	<p>Sangrado Postmenopausico</p> <p>Menstruación Precoz</p>	<p>Sangrado que ocurre un año después de la menopausia.</p> <p>Sangrado que ocurre antes de los 9 años</p>
Hemorragia Uterina Anormal Aguda o Crónica	<p>Aguda</p> <p>Crónica</p>	<p>Un episodio de hemorragia en mujeres en edad reproductiva, sin embarazo, de suficiente cantidad para requerir intervenciones inmediatas para prevenir pérdidas sanguíneas mayores.</p> <p>Sangrado que es en duración, volumen y/o frecuencia anormal y que ha estado presente en los últimos 6 meses.</p>

Fuente: J Obstet Gynaecol Can 2013;35(5eSuppl):S1-S28

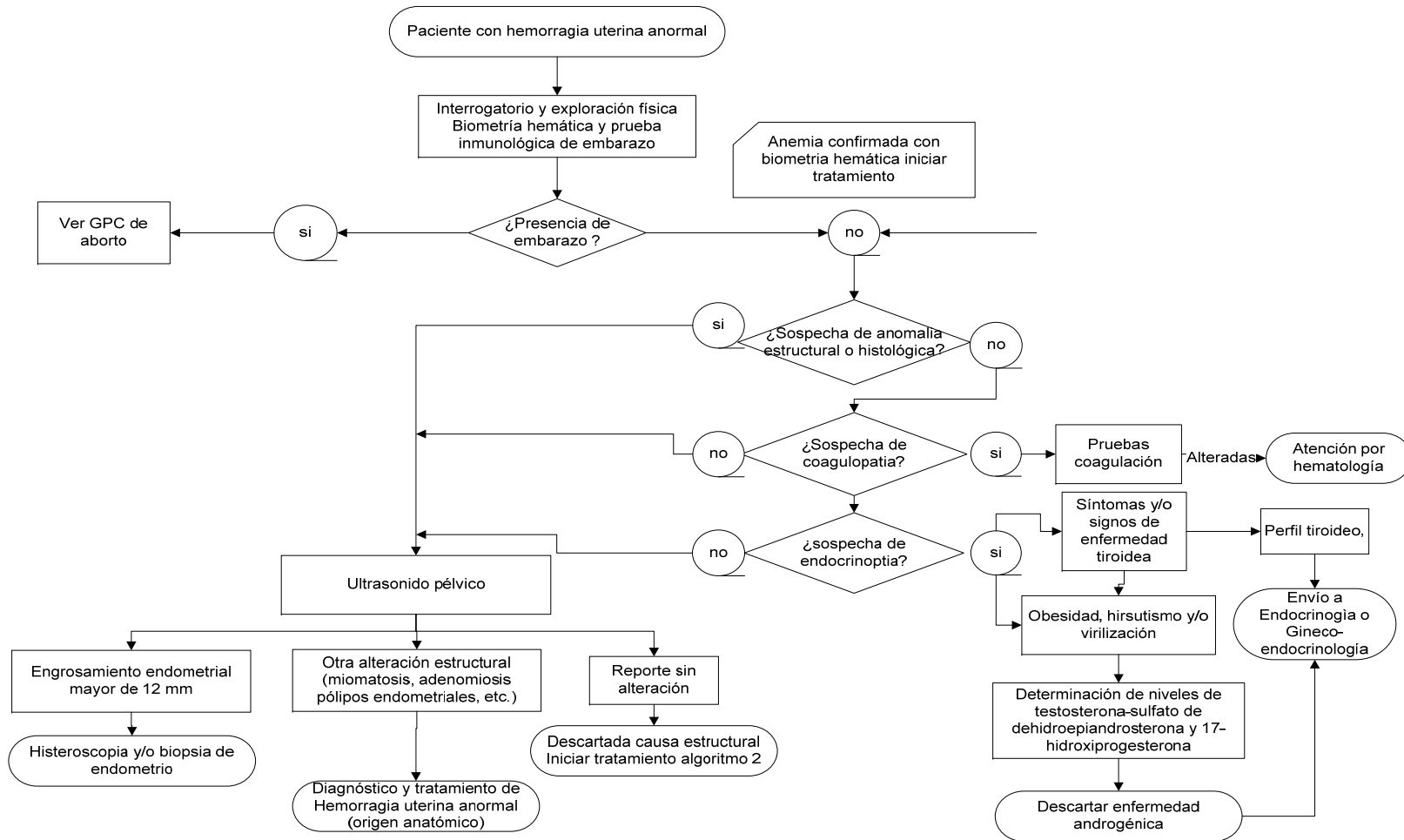
Cuadro 2 Cuantificación Subjetiva Del Sangrado Uterino Anormal

Apósito Sanitario	Tipo	Escala (ml de Sangrado)	Tampón Sanitario	Tipo	Escala (ml de Sangrado)		
	Regular	1		Regular	0.5		
	Nocturno	1		Super	1		
					Super Plus	1	
	Regular	2		Regular	1		
	Nocturno	3		Super	1.5		
					Super Plus	2	
	Regular	3		Regular	1.5		
	Nocturno	6		Super	3		
					Super Plus	6	
	Regular	4		Regular	4		
	Nocturno	10		Super	8		
		Regular		5		Super Plus	12
	Nocturno	15					

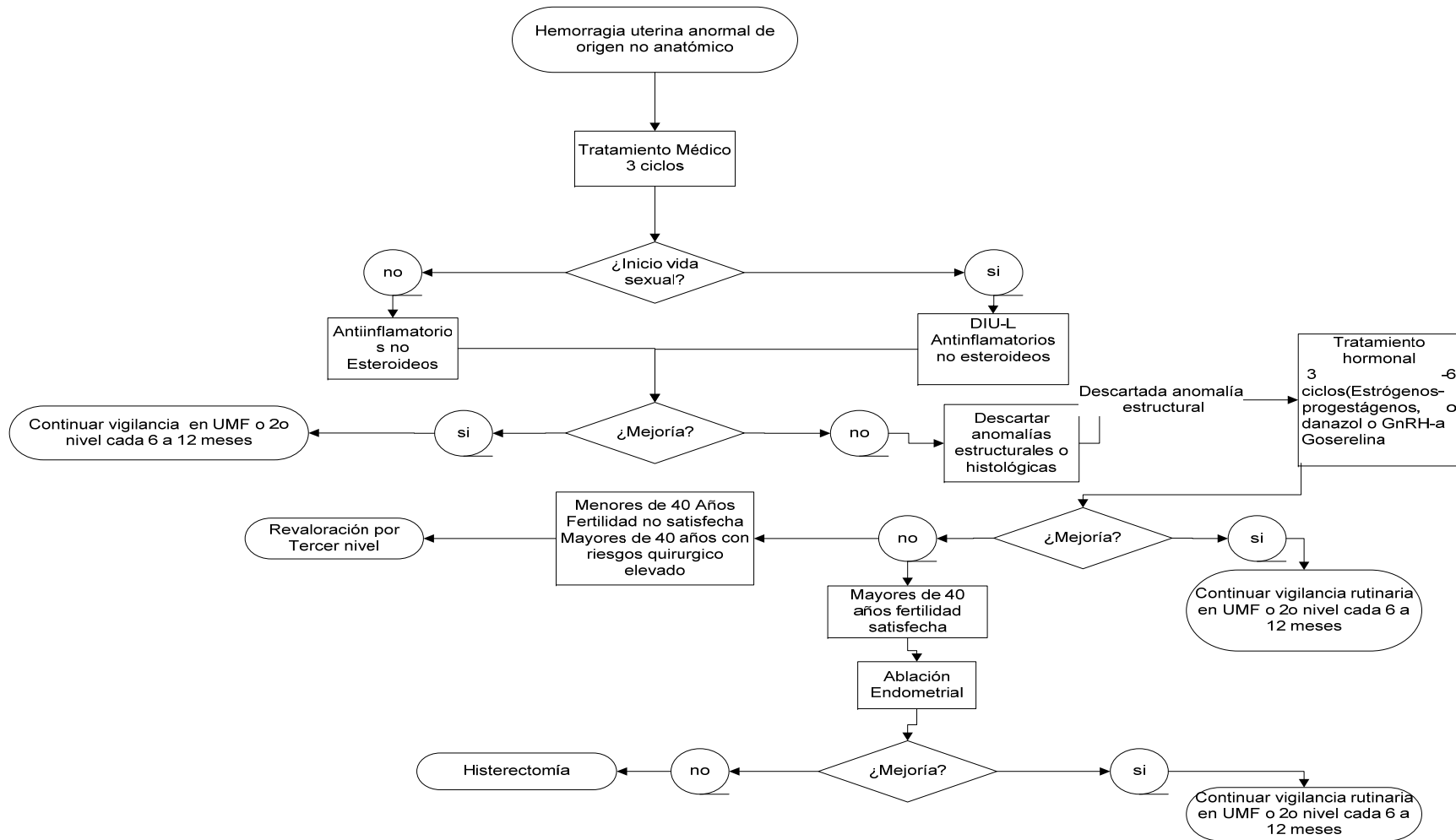
Fuente: Wyatt MK. Fertility and Sterility. 2001.

5.4. Diagramas de Flujo

Algoritmo 1. Diagnóstico de la Hemorragia Uterina Anormal de origen no anatómico.



Algoritmo 2. Manejo de la Sangrado uterino anormal.



5.5. Listado de Recursos

5.5.1 Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **Sangrado Uterino anormal** del **Cuadro Básico de IMSS o ISSSTE** y del **Cuadro Básico Sectorial**:

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
010.000.2208.00	DIU-LNG (Levonorgestrel)	Aplicación única (20 microgramos/día)	Dispositivo de plástico intrauterino 52 microgramos en el dispositivo	12 meses como mínimo	Hemorragia irregular, mastalgia, acné, cefalea, náusea, vómito, edema, ictericia e hiperglucemia.	Rifampicina, ampicilina, tetraciclina, cloramfenicol, benzodiazepinas y barbitúricos disminuyen el efecto anticonceptivo.	Hipersensibilidad al fármaco y a los progestágenos, enfermedad tromboembólica, cáncer mamario, insuficiencia hepática, hemorragias gastrointestinales, diabetes mellitus, migraña, enfermedad cardíaca, asma y trastornos convulsivos
010.000.3423.00	Meloxicam	Tableta 15 mg	10 tabletas	15 mg cada 24 horas. Máximo 3 ciclos	Reacción de hipersensibilidad, diarrea, dolor abdominal, náusea, vómito y flatulencia. Puede producir sangrado por erosión, ulceración y perforación en la mucosa gastrointestinal.	Disminuye el efecto antihipertensivo de inhibidores de la ECA y beta bloqueadores. Con colestiramina disminuye su absorción. Con otros AINEs aumentan los efectos adversos. Puede aumentar los efectos de los anticoagulantes y metotrexato. Con diuréticos puede producir insuficiencia renal	Hipersensibilidad al fármaco y al ácido acetilsalicílico, irritación gastrointestinal, úlcera péptica.

						aguda.	
010.000.3407.00	Naproxeno	250 mg 6 a 8 hrs	Tabletas 250 mg	Máximo tres meses	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides.	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción.	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia.
.010.0003417.00	Diclofenaco	100mg cada 12 hrs	Tabletas 100mg	Máximo tres meses	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides.	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción.	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia.
.010.000.3413.00	Indometacina	25mg cada 12hrs	Tabletas 25 mg	Máximo tres meses	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides.	Incrementa la toxicidad el litio. Reduce los efectos del furosemide e incrementa los efectos de los anticoagulantes e hipoglucemiantes	Hipersensibilidad al fármaco y a los AINES, lactancia, hemorragia gastrointestinal, epilepsia, enfermedad de Parkinson, asma bronquial y trastornos psiquiátricos
010.000.3515.00	Noretisterona / etinilestradiol	Solución inyectable de 0.5 ml	50-5 mg /.5 ml	Una ampula IM mensual durante 3 meses y revalorar	Aumento de peso, acné hirsutismo, edema	La rifampicina, ampicilina, tetraciclinas, cloramfenicol, benzodiazepinas y fenobarbital, disminuyen su efecto anticonceptivo.	Cáncer genital, antecedentes o presencia de tumores mamaros, enfermedad hepática, enfermedad tromboembólica, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, en mujeres fumadoras de más de 35 años de edad.

010.000.1521.00	Clormadinona	2 mg al día por 10 días	Tabletas 2 mg	3 meses	Aumento de peso, amenorrea, síndrome premenstrual.	La Aminoglutetimida disminuye su biodisponibilidad.	Hipersensibilidad al fármaco, neoplasia genital o de mama, osteopenia y/o osteoporosis confirmada. Precauciones: Antecedente tromboembólicos, disfunción hepática.
010.000.3044.00	Medroxiprogesterona	1 ampula 150 mg IM cada 12 semanas	Frasco ampula de 150 mg	6-12 meses	Aumento de peso, amenorrea, síndrome premenstrual.	La Aminoglutetimida disminuye su biodisponibilidad.	Hipersensibilidad al fármaco, neoplasia genital o de mama, osteopenia y/o osteoporosis confirmada. Precauciones: Antecedente tromboembólicos, disfunción hepática. El uso de medroxiprogesterona, como anticonceptivo de larga acción, deberá limitarse a no más de 2 años de uso continuo.
010.000.3049.00	GnRH-a Goserelina	3.6 mg mensual Subcutáneo	Un implante	1 Implante Subcutáneo mensual por 6 meses	Síntomas Menopáusicos, parestesias, artralgias, osteoporosis.	Con antiandrógenos aumentan efectos adversos.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Valorar riesgo beneficio en pacientes resistentes al tratamiento con estrógenos, antiandrógenos o con orquiectomía.
010.000.1093.00	Danazol	100 – 200 mg por día	Tabletas de 100 mg	3 meses	Acné, edema hirsutismo leve, piel o cabello graso, aumento de peso, Síndrome Climatérico, cambio de voz, disminución de tamaño de mamas, hipertrofia del clímatéricos.	Con warfarina prolonga el tiempo de protrombina. Puede aumentar los requerimientos de insulina en pacientes diabéticos. Puede aumentar la concentración de	Hipersensibilidad al fármaco. insuficiencia hepática, cardíaca y renal, tumor dependiente de andrógenos Precauciones: Migraña, hipertensión arterial, diabetes mellitus y epilepsia

						carbamazepina.	

6. GLOSARIO

Análogos de la Hormona liberadora de Gonadotropinas: Péptido sintético con acción similar a la GnRh hipotalámica, pero con una vida media biológica más prolongada, aproximadamente al 10° día tiene un efecto hipogonadal profundo, el cual es reversible. Suprime la producción de FSH, Y LH no se desarrollan los folículos, no hay producción de estrógenos, no ovulación ni producción de progesterona y consecuentemente no hay menstruación.

Anticonceptivos orales combinados(ACO): Contienen estrógenos y progesterona en combinación, la mayoría son monofásicos, correspondiendo a la misma dosis a lo largo de 21 días de tratamiento, actúan sobre el eje hipotálamo hipófisis suprimiendo la ovulación y la fertilidad. Posterior a los 21 días de tratamiento siguen 7 días de descanso, durante los cuales existe el desprendimiento endometrial-

Anti-inflamatorios no esteroideos (Aines): Agentes que reducen la síntesis de prostaglandinas mediante la inhibición de la ciclo-oxigenasa.

Ciclo anovulatorio: Es el ciclo menstrual en el cual no ocurre la ovulación

Danazol: Esteroide androgénico sistémico, con actividad antiestrogénico y antiprogestacional, inhibe la producción de gonadotropinas hipofisarias ocasionando anovulación y tiene un efecto antiproliferativo a nivel endometrial.

DIU-LNG: Método anticonceptivo intrauterino de liberación prolongada de progesterona programado para 5 años de uso, que libera una dosis diaria de 20 microgramos de Levonogestrel, con sus efectos previene la proliferación endometrial, espesa el moco cervical, suprime la ovulación.

Estrógenos: Hormonas esteroides de 18 átomos de carbono que se producen principalmente en el ovario y en menor proporción en otros tejidos. Los principales son: estradiol, estrona y estriol. En la mujer postmenopáusica predomina la estrona, cuya formación ocurre en tejidos periféricos a partir de andrógenos ováricos y suprarrenales.

Hemorragia Uterina anormal (HUA):

Trastornos menstruales manifestados en la duración, cantidad e intervalo, así como la presencia de sangrados intermenstruales secundarios a alteraciones anatómicas uterinas

Menstruación: Perdida mensual de sangre transvaginal como consecuencia del desprendimiento del endometrio que ha sufrido efectos hormonales cíclicos.

Progestinas: Hormona sintéticas con efectos similares a progesterona

Siglas o abreviaturas:

ACO	ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS
AMEU	ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA
DHEA	DEHIDROEPIANDROSTENEDIONA
DHEA-S	DEHIDROEPIANDROSTENEDIONA SULFATO
DIU-LNG	SISTEMA INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL
COMEGO	COLEGIO MEXICANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
ECA	ENSAYO CLINICO ALEATORIZADO
HTA :	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

7. BIBLIOGRAFÍA

Artículos de revistas:

1. Bennett G, Andreotti R, Lee S, Allison S, Brown D, Dubinsky D, et.al. Expert Panel on Women's Imaging. ACR Appropriateness Criteria® abnormal vaginal bleeding. American College of Radiology (ACR); 2010. 10p [acceso octubre de 2013] Disponible en:http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=136881.-
2. Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia A.C. (COMEGO) Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia uterina disfuncional. 2013.: 215-233.
3. Fergusson J, Lethaby A, Shepperd S, Farquhar C, Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. Cochrane database of systematic reviews 2013.
4. FIGO Classification system (Palm—Copein) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. Munro MG, Critchley H., Broderie MS, Fraser LS.; for the working Group of menstrual disorders. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2011;113:3-13.
5. Fraser S, Warner P, Marantos PA. Estimating Menstrual Blood Loss in Women With Normal and Excessive Menstrual Fluid Volume. Obstet Gynecol 2001;98:806-814
6. Lethaby A, Duckitt K, Farquhar C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD000400. DOI: 10.1002/14651858.CD000400.pub3.
7. Malcom GM, Kay-Dickersin MA, Clark M, Langenber P, Scherer WR, Frick D.K, et al. The surgical treatments outcomes project for dysfunctional uterine bleeding: summary of an Agency for Health Research and Quality- sponsored randomized trial of endometrial ablation versus hysterectomy for women with heavy menstrual bleeding. Menopause 2011;18(4):445-451.
8. Manrique-Fuentes M, Dador M. Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Hiperplasia Endometrial tipos, diagnóstico y tratamiento. 2008:1-20 [acceso octubre de 2013]
9. Maness D, Ereddy Avinash, Harraway-Smith, Mitchell G, Givens V. How best to manage dysfunctional uterine bleeding. The Journ Fam Practice .2010;59(8):449-458.
10. Marjoribanks J, Lethaby A, Farquhar C. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 2. Art. No.: CD003855. DOI: 10.1002/14651858.CD003855.pub2 [acceso octubre de 2013] METATNALISIS
11. Matteson KA, Boardman LA, Munro MG. Abnormal Uterine Bleeding: a review of patient-based outcome measures. Fertil Steril 2009;92:205-216. revision sistematica
12. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ,Heavy menstrual bleeding, MidCity Place 71 High Holborn London, WC1V 6NA www.nice.org.uk © National Institute for Health and Clinical Excellence, January 2007 <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG44NICEGuideline.pdf> [acceso octubre de 2013]
13. Perez AL. Hemorragia uterina anormal: Enfoque basado en evidencias revisión sistemática. Rev Med. 2007;15(1):68-79.

14. SOGC Clinical Practice Guideline. The Society of Obstetricians and gynaecologists of Canada. (SOGC) Abnormal uterine bleeding in pre menopausal women. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2013;35(5):S1-S28.
15. Sowter MC, Lethaby A, Singla AA. Pre-operative endometrial thinning agents before endometrial destruction for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 3. Art. No.: CD001124. DOI: 10.1002/14651858.CD001124. [acceso octubre de 2013]
16. Wheeler LT, Murphy M, Rogers GR, Gala R, Washington B, Bradley L, et al. Clinical practice guideline for abnormal uterine bleeding: Hysterectomy versus alternative therapy. The Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2011. In Press.
17. Wyatt MK, Dimmock WP, Walker JT, Phil M, Shaughn O'Brien MP. Determination of total menstrual blood loss. Fertil Steril 2001;76(1):125-131. COHORTE

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro Social** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS	
Dr. Cecilio Walterio Oest Dávila	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Sinaloa
Dra. Lorena Ferrer Arreola	Jefa de la División de Salud Reproductiva Coordinación de Programas Integrados de Salud México, DF
Dr. Arturo Zárate Treviño	Jefe de Unidad de Investigación en Enfermedades Endócrinas UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI Delegación Sur México, D.F.
Dr. Gilberto Tena Alavez	Director Titular UMAE HGO 3 CMN “La raza” Delegación Norte México, D.F.
Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Socorro Azarell Anzures Gutiérrez	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador