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**

Diagnóstico y tratamiento del sangrado uterino anormal de orígen no anatómico

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-322-10

Índice

1. **Clasificación** 3
2. **Definición y Contexto** 4
3. **Historia Natural del sangrado uterino anormal** 5
4. **Escalas de Clasificación Clínica** 11
5. **Diagramas de Flujo** 14

1. Clasificación

CIE-10: N938 OTRAS HEMORRAGIAS UTERINAS O VAGINALES ANORMALES

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

2. Definición y Contexto

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.

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).

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

El tratamiento médica debe ser indicado entodos los casos, y si no hay respuesta al mismo, se decidira 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. Historia Natural del sangrado uterino anormal

TERMINOLOGIA DE LAS VARIACIONES DEL SANGRADO

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.
Bajo la categoría de Hemorragia uterina anormal (HUA) algunas definiciones más pueden ser establecidas basadas 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.
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).
Se debe interrogar y explorar las caracaterísticas de duración, cantidad y frecuencia en los sangrado menstruales, con fines de identificar, clasificar y estandarizar la terminología de las alateraciones en el sangrado uterino.

DEFINCIÓN DE PATRONES NORMALES

Estudios clínicos sobre historias menstruales determinaron que:
Duración normal del sangrado menstrual Describe una pérdida de sangrado menstrual de 3 a 8 días
Ciclo regular se presenta con una variación normal de ciclo a ciclo de 2 a 20 días.
Cantidad normal es el sangrado menstrual entre 5 a 80 ml por ciclo.
Frecuencia menstrual normal es la presencia de Intervalos de sangrado de 24 a 38 días
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.

CLASIFICACIÓN DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL

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 **P**ólipo, **A**denomiosis, **L**eiomioma, **M**alignidad, 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.

La hemorragia uterina por disfunción anovulatoria o disfuncional se realiza por exclusión de alteraciones anatómicas.

PUNTOS CLAVE EN EL INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN FISICA

La paciente con hemorragia uterina debe contar con historia clínica enfocada a Antecedentes Heredo Familiares(AHF) sobre coagulopatia, 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.
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:

- Síntomas relacionados que puedan orientar a anomalías anatómicas o histológicas
- Impacto en la calidad de vida
- Presencia de enfermedades concomitantes.
- Descartar embarazo.

Interrogar y documentar

- 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.

La exploración física debe incluir:

- 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.

La exploración ginecológica debe incluir:

- 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

En toda paciente con hemorragia uterina anormal se debe determinar la presencia de obesidad, datos de hiperandrogenismo y datos de hipotiroidismo.

La hemorragia uterina por disfunción anovulatoria o disfuncional se realiza por exclusión de alteraciones anatómicas.

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.

METODOS PARA MEDIR LA MAGNITUD DE PÉRDIDA DE SANGRE MENSTRUAL

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.
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.
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)
cuando aplique de acuerdo a la versión del RER

EXÁMENES DE LABORATORIO

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.
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.
Realizar prueba inmunológica de embarazo en toda mujer con sangrado uterin anormal con vida sexual.
Realizar pruebas de función tiroidea; solo que existan hallazgos clínicos sugestivos de enfermedad tiroidea.
Solicitar perfil androgénico (testosterona total, testosterona libre, androstenediona, DHEA Y DHEA-S, en caso de sospecha clínica de tumor androgénico.
Solicitar niveles de FSH,LH, y prolactina en paciente que se sospeche de anovulación crónica como causa desangrado uterino anormal.
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.

ESTUDIOS DE GABINETE

El ultrasonido es la primera elección de métodos diagnósticos, en pacientes con hemorragia uterina para identificar anormalidades estructurales.

Los estudios de imagen e histopatológicos están indicados si hay datos o sospecha de alteraciones anatómicas.
Esta justificado la solicitud del ultrasonido en mujeres con hemorragia uterina anormal cuando:

- Útero palpable abdominal
- En el examen vaginal se detecta masa palpable de origen incierto
- Falla de tratamiento farmacológico

La histeroscopía deberá realizarse cuando los resultados de ultrasonido no son concluyentes.

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

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
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.
Otra indicación de biopsia de endometrio, cuando el espesor es menor de 5 mm.
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.

HISTEROSCOPIA

Esta indicado el uso de la histeroscopía, en los casos en que se sospeche patología intrauterina submucosa como causa de hemorragia uterina anormal.
Las lesiones focales endometriales que requieren biopsia deben ser evaluadas o abordadas a través de histeroscopia.

TRATAMIENTO

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.
El tratamiento estará encaminado a controlar la causa que lo origina,de primera elección es médico.

TRATAMIENTO NO HORMONAL

En la paciente con diagnóstico de hemorragia uterina de origen no estructuraL o anatómico, el tratamiento de primera elección es médico.
El tratamiento estará encaminado a controlar la causa que lo origina,de primera elección es médico, Otorgar el tratamiento para corrección de enfermedades concomitantes, como hipotiroidismo o anemia, antes del manejo con hormonales.
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:
Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) considerado como tratamiento inicial en pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico regular y no abundante.

- 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

Es conveniente la terapia con antiinflamatorios no esteroideos en pacientes para tratarse d 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, y si no hay respuesta en los tres primeros ciclos se deberá pasar a otro tratamiento farmacológico.
Como tratamiento hormonal el uso levonorgestrel en sistema intrauterino en pacientes con alto riesgo de trombosis como son las obesas e insuficiencia venosa periférica que no deseen embarazo o conlleve alto riesgo.

TRATAMIENTO HORMONAL

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.
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.
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.
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.
El Danazol está indicado en caso de fallas a otros tratamientos debido a sus efectos secundarios
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.
Informar a las pacientes que requieran uso de GnRh de los efectos secundarios que presentarán

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Considerar el tratamiento quirúrgico cuando:

1. Falla en el tratamiento médico.
2. Contraindicaciones farmacológicas.
3. Anemia con alteraciones hemodinámicas.
4. Impacto en la calidad de vida.

La ablación endometrial puede ser considerada para mujeres con sangrado uterino anormal con gran impacto en su calidad de vida o en:

- 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)

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.
Considerar e informar a las pacientes y a sus familiares los efectos secundarios de los análogos de GnRH y el danazol
En pacientes con falla a tratamiento farmacológico sin enfermedad órganica, en que este contraindicada la histerectomía, se puede utilizar como alternativa la ablación endometrial principalmente en pacientes con:

- 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.

CRITERIOS DE REFERENCIA

De primer a segundo nivel de atención

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:

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.

De segundo a tercer nivel de atención

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:

- 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 coagulopatia

CRITRIOS DE CONTRA-REFERENCIA

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.

4. Escalas de Clasificación Clínica

Cuando aplique de acuerdo a la versión del RER y al criterio de los autores

Cuadro 1. Definiciones y términos utilizados en Hemorragia Uterina Anormal

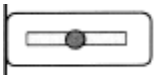
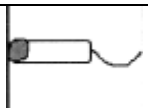
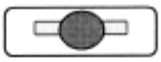
Característica	**Terminología**	**Descripción**
Volumen	Abundante	Sangrado menstrual que interfiere con el estado físico, emocional, social y calidad de vida de la mujer, que puede ocurrir sólo o con síntomas asociados mayor a 80 ml por ciclo
	Normal	Sangrado menstrual entre 5 a 80 ml por ciclo
	Escaso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

Frecuencia Menstrual	Sangrado menstrual normal Sangrado menstrual frecuente	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	Sangrado Intermenstrual Sangrado Postcoital Manchado Premenstrual o postmenstrual (spotting)	Episodio irregular de sangrado que puede ser ligero o corto que ocurre entre ciclo y ciclo menstrual Sangrado que ocurre posterior al coito Sangrado que puede ocurrir regularmente días previos o posteriores al ciclo menstrual.
Sangrado Fuera de edad Reproductiva	Sangrado Postmenopausico Menstruación Precoz	Sangrado que ocurre un año después de la menopausia. Sangrado que ocurre antes de los 9 años
	Aguda	Un episodio de hemorragia en mujeres en edad

Hemorragia Uterina Anormal Aguda o Crónica	Crónica	reproductiva, sin embarazo, de suficiente cantidad para requerir intervenciones inmediatas para prevenir pérdidas sanguíneas mayores. Sangrado que es en duración, volumen y/o frecuencia anormal y que ha estado presente en los últimos 6 meses.

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

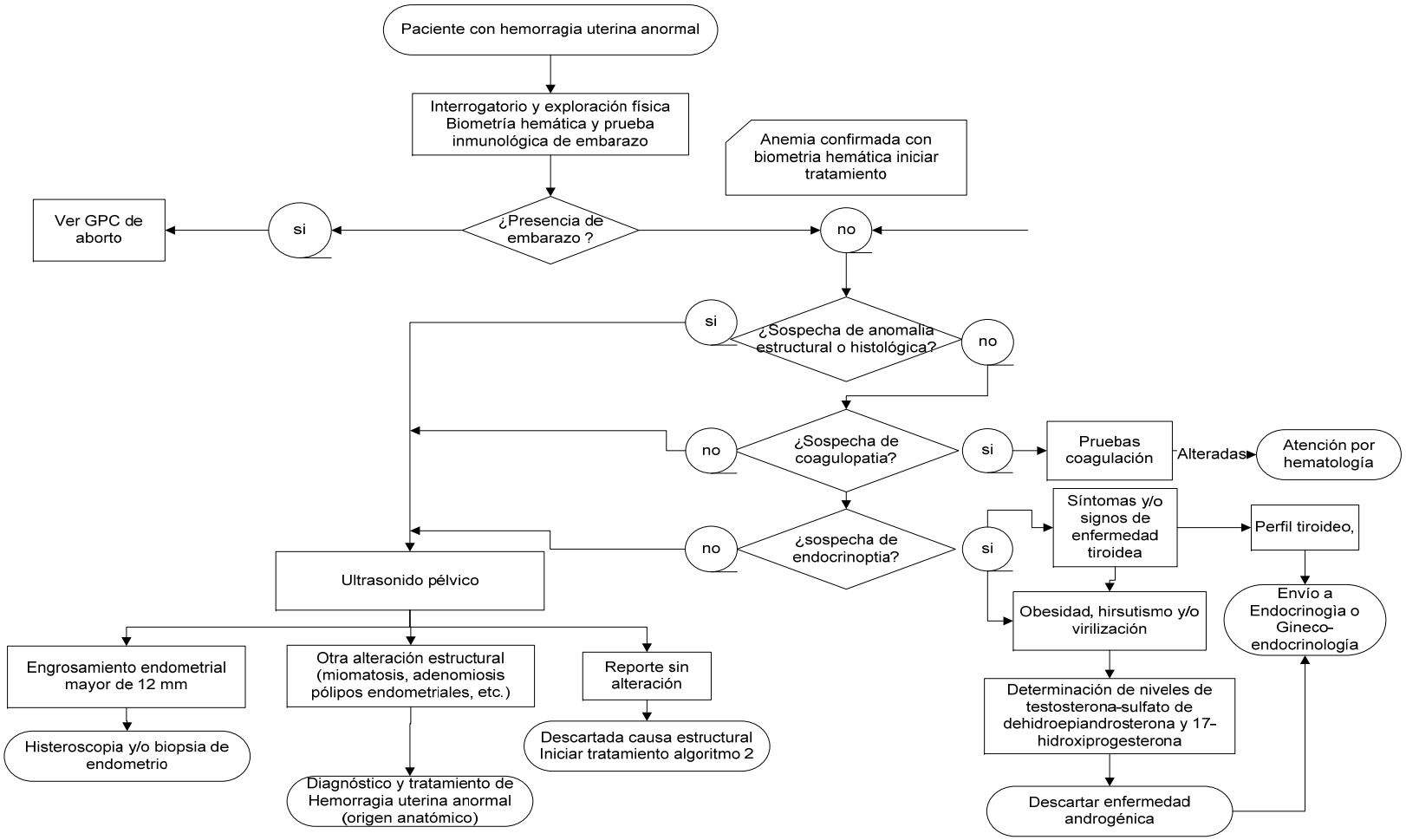
Cuadro 2 Cuantificacion Subjetiva Del Sangrado Uterino Anormal

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
				Super	1.5
	Nocturno	3		Super Plus	2
	Regular	3		Regular	1.5
				Super	3
	Nocturno	6		Super Plus	6
	Regular	4		Regular	4
				Super	8
	Nocturno	10		Super Plus	12
	Regular	5			
	Nocturno	15			

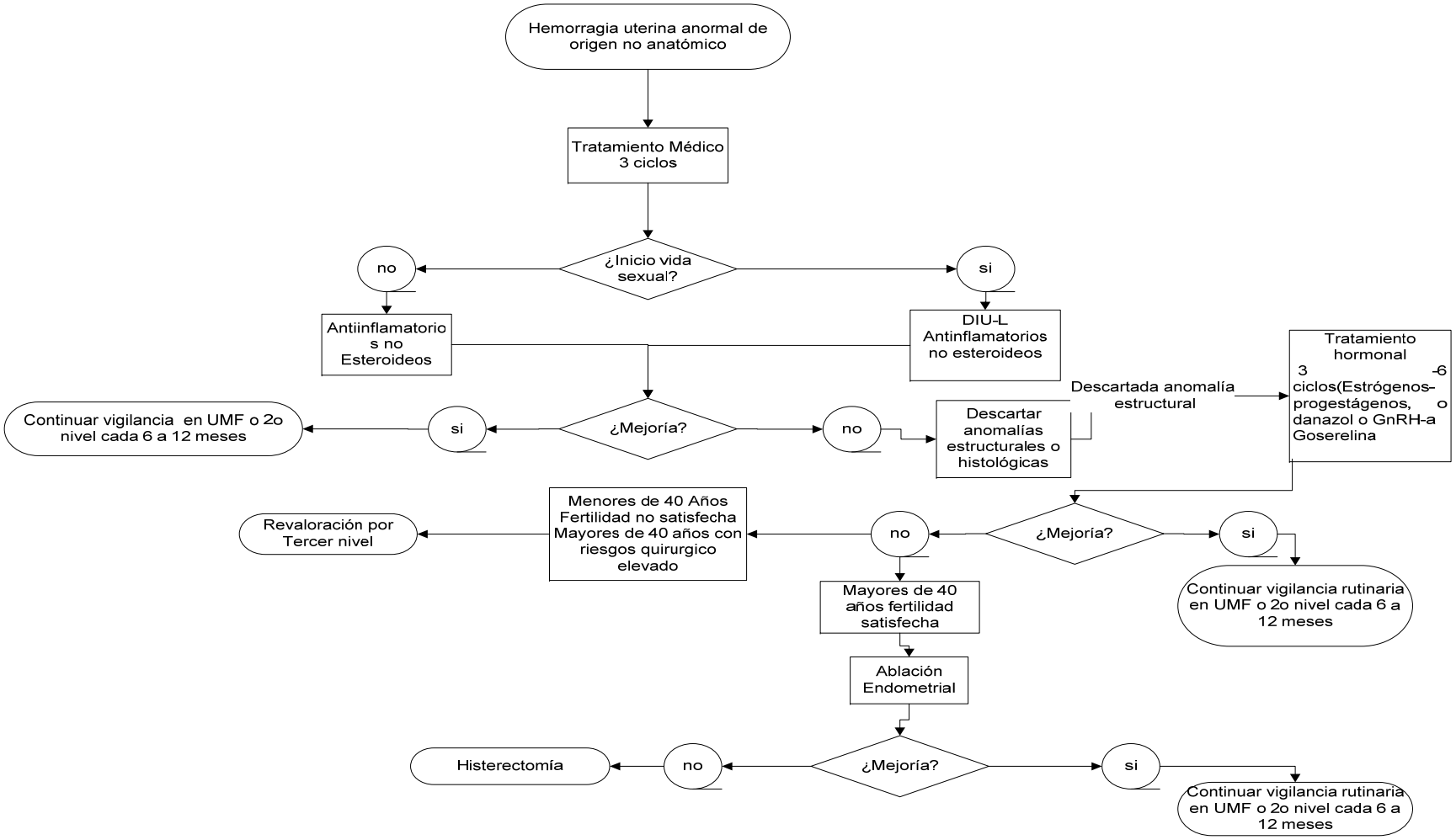
Fuente: Wyatt MK. Fertility and Sterility. 2001.

5. Diagramas de Flujo

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



Algoritmo 2. Manejo de la Sangrado uterino anormal.



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