



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA
TESIS DE GRADO**

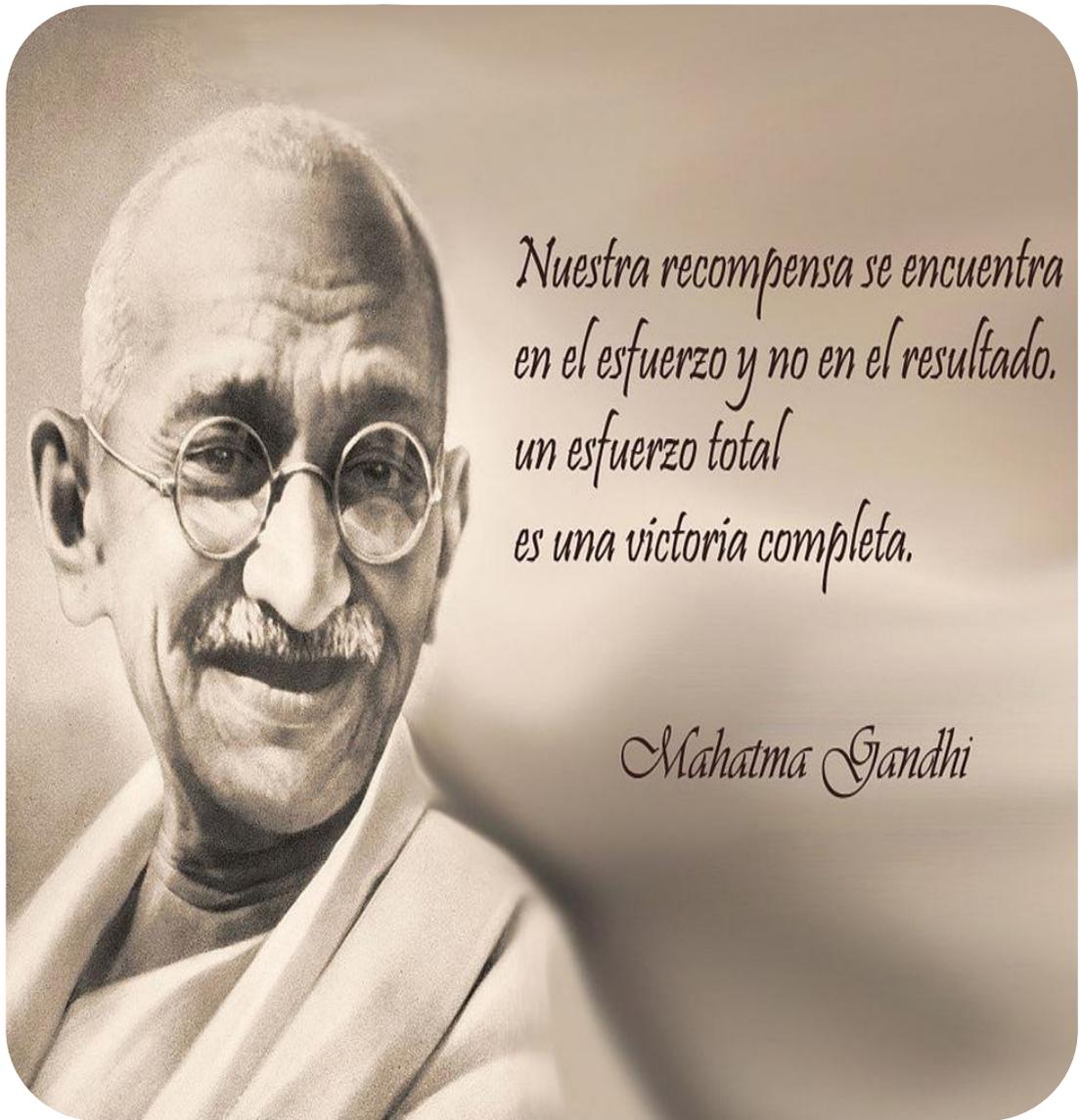
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**CORRELACIÓN CLÍNICA, ECOGRÁFICA E
HISTOPATOLÓGICA DEL SANGRADO
UTERINO ANORMAL, EN USUARIAS MAYORES
DE 40 AÑOS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
DEL IESS LOJA**

AUTOR: Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia

DIRECTOR DE TESIS: Dr. José Miguel Sánchez Castillo Ginecólogo-Obstetra

LOJA-ECUADOR
2014



*Nuestra recompensa se encuentra
en el esfuerzo y no en el resultado.
un esfuerzo total
es una victoria completa.*

Mahatma Gandhi

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

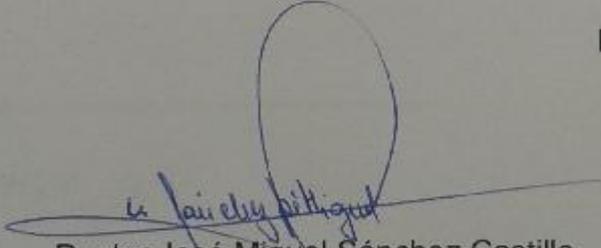
El suscrito Doctor José Miguel Sánchez Castillo, Director de Tesis de Posgrado, del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

CERTIFICA

Que el trabajo de investigación de Tesis de Grado, con el Tema: **“CORRELACIÓN CLÍNICA, ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL, EN USUARIAS MAYORES DE 40 AÑOS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DEL IESS LOJA”**, previo a la obtención del Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia, realizado por la Doctora María de los Ángeles Sánchez Tapia, ha cumplido con los lineamientos metodológicos dados por el Centro de Investigación del ASH-UNL, y está listo para su presentación y sustentación

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado a dar a la presente el uso legal que estime conveniente.

Loja, julio de 2014



Doctor José Miguel Sánchez Castillo.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Yo, **MARÍA DE LOS ÁNGELES SÁNCHEZ TAPIA**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: **Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia**

Firma: _____



Cédula: 110346972-0

Fecha:

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR,
PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y
PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo, **SÁNCHEZ TAPIA MARÍA DE LOS ÁNGELES**, declaro ser autora de la tesis titulada: **“CORRELACIÓN CLÍNICA, ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL, EN USUARIAS MAYORES DE 40 AÑOS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DEL IESS LOJA”**, como requisito para optar al grado de **ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**; autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 27 días del mes de octubre de dos mil catorce, firma el autor.

Firma: 

Autor: Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia

Cédula: 110346972-0

Dirección: Avenida Pío Jaramillo Alvarado y Thomas Alba Edison s/n,
ciudadela La Argelia.

Correo electrónico: marjha123@gmail.com

Teléfono: 593-7-2548390

celular: 0997132380

DATOS COMPLEMENTARIOS.

Director de Tesis: Dr. José Miguel Sánchez Castillo

Tribunal de Grado: Dr. Eduardo Samaniego Cárdenas PRESIDENTE

Dr. Benito Román Hidalgo VOCAL

Dra. Karina Calva Jirón VOCAL

DEDICATORIA

En el transcurso de nuestras vidas, sembramos triunfos y fracasos, enfrentamos obstáculos que los vencemos día a día con sabiduría, y al final del camino nos encontramos con una meta alcanzada, dedico este triunfo.

A DIOS, porque gracias a la ayuda de él y a la fortaleza que me ha dado he podido culminar una etapa en mi vida.

A MIS PADRES por haber fomentado en mí, el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida, porque creyeron en mí, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí. “Gracias”

A MI ESPOSO BYRON EFRÈN que ha estado siempre a mi lado, dándome mucho amor, confianza y apoyo incondicional para seguir adelante, para cumplir otra etapa más mi vida, ya que siempre estuvo impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y por todas las horas compartidas en la realización de mi tesis” TE AMO”

A MIS HIJOS JHAREN Y JOHELL, seres maravillosos e impulsores de mis sueños, que me han acompañado en todos mis esfuerzos e ideales para lograr la meta que me propuse y que hoy se ha hecho realidad.

MA. DE LOS ÁNGELES SÁNCHEZ

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de sus más sinceros agradecimientos a personas e instituciones que brindaron su cooperación para que se realice este trabajo de investigación.

Al Hospital Manuel Ygnacio Montero IESS Loja, Departamentos de Ginecología, Imagenología y Anatomopatología, en representación de ellos al Director Médico Señor Doctor Nelson Samaniego Idrovo.

A la Universidad Nacional De Loja, en el Área de la Salud Humana, Nivel de Posgrado. De manera muy especial al Señor Doctor Benito Román Coordinador de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia, al Señor Doctor José Miguel Sánchez Director de Tesis, y al Señor Doctor Luis Orellana quienes me brindaron su amistad, ayuda en todo lo que estuvo a su alcance, y por sus constantes consejos y motivación durante el transcurso del trabajo.

El Autor

1. TITULO

**CORRELACIÓN CLÍNICA, ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA DEL
SANGRADO UTERINO ANORMAL, EN USUARIAS MAYORES DE 40
AÑOS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DEL IESS LOJA.**

2. RESUMEN

Se realizó un estudio de campo, documental de acción y correlación, con el ánimo de establecer la Correlación entre los diagnósticos Clínico, Ecográfico e Histopatológico en 67 pacientes con Sangrado Uterino Anormal, que acudieron al servicio de Consulta externa del Hospital IESS Loja, entre enero a junio 2014. En la comprobación diagnóstica se realizó ecosonografía y el estudio histopatológico respectivo, encontrándose una media de correlación porcentual del 41,5% al diagnóstico de hiperplasia endometrial, el 66,7% correspondió al pólipo endometrial. La validación de este estudio la delimitamos con el Recuento % (porcentual) del diagnóstico clínico con el 93,7% y, del diagnóstico histopatológico, con el 100%. Entre los diagnósticos clínico y ecográfico la correlación arroja sensibilidad del 93,7% y una especificidad de 0%, con un valor P+ del 93,7% y en la correlación de los diagnósticos clínicos e histopatológicos, la sensibilidad diagnóstica es del 94,0% con un valor P+ del 100%. El diagnóstico clínico fue de Sangrado Uterino Anormal en el 50%, y 24,3% como metrorragias; el 9% requirió hospitalización y no se evidenció trastornos hemodinámicos; se asoció a comorbilidades, con 31,3% al alcoholismo. La edad promedio de ellas fue de 52.2 años, el 71,6% casadas, con instrucción superior el 58,2%, procedentes del área urbana en el 92,5%; los tratamientos recibidos por la pacientes fueron el 59,7% con manejo clínico a base de AINES y terapia hormonal, el 40,3% requirió manejo quirúrgico. Esperando que la presente investigación sirva de base para futuros trabajos ponemos a consideración el algoritmo de manejo para establecer protocolos de la entidad clínica en estudio en nuestra ciudad.

PALABRAS CLAVE.- Sangrado Uterino anormal, clínica, ecografía, histopatología, correlación

ABSTRACT

A field survey, documenting both action and correlation with the aim of establishing the connection between clinical, ultrasound and histopathology diagnostics, was carried out on 67 patients with Abnormal Uterine Bleeding, who visited the Outpatient's department in Loja's IESS Hospital between January and June 2014. In the diagnostic test, the respective ultrasound and histopathological studies were performed; these showed that an average correlation percentage of 41.5% were diagnosed as endometrial hyperplasia, while 66.7% were endometrial polyps. The validation of this study was determined by the % (percentage) recount of the clinical diagnosis with 93.7% and the histopathological diagnosis with 100%. Among the clinical and ultrasound diagnostics the correlation shows sensitivity at 93.7% and specificity at 0%, with a P+ value of 93.7%. In regards to the correlation in the clinical and histopathological analysis, the diagnostic sensitivity was 94.0 % with a P+ a value of 100%. The clinical diagnosis was Abnormal Uterine Bleeding in 50% of the cases, and metrorrhagia in 24.3%; 9% required hospitalization and no hemodynamic disturbances were evident; co-morbidities were associated with 31.3% alcoholism. The average age of the patients was 52.2 years old, 71.6% were married, 58.2% had received higher education, and 92.5% were from urban areas; 59.7% of the patients were treatable with clinical management based NSAIDs(nonsteroidal anti-inflammatory drugs) and hormonal therapy, while 40.3% required surgical treatment. Hoping that this research can be used as a basis for future work we submitted the management algorithm to establish protocols for the clinical entity under study in our city.

KEY WORDS.- Abnormal Uterine Bleeding, clinical, ultrasound, histopathology, correlation

3. INTRODUCCION

El Sangrado Uterino Anormal (SUA) se produce cuando existe un cambio entre el endometrio y los factores que lo regulan. Las modificaciones microscópicas del endometrio reflejan la concentración de estrógenos y progesterona, con variaciones de acuerdo a la fase de transición menopáusica. Inicialmente los ciclos son ovulatorios, posteriormente existe anovulación, con efectos estrogénicos sobre el endometrio, con cambios proliferativos y desordenados en el examen patológico de las biopsias endometriales ⁽¹⁾.

Clínicamente, esta entidad puede presentarse como polimenorrea, oligomenorrea, hipermenorrea, metrorragia, menometrorragia o sangrado intermenstrual. En la etapa reproductiva de la mujer, siempre debe descartarse la posibilidad de embarazo. En la perimenopausia y menopausia, el sangrado uterino anormal es un motivo frecuente de consulta médica, debido a las fluctuaciones en las concentraciones hormonales; es necesario descartar la presencia de neoplasia. En mujeres posmenopáusicas, se presupone etiología neoplásica de la hemorragia uterina anormal hasta que no se demuestre lo contrario en el estudio histológico endometrial ⁽²⁾. La ecografía ha sido por mucho tiempo un método de imagen útil para descartar trastornos benignos como leiomiomas, pólipos, gestación intrauterina y ectópica; en procesos malignos, la ecografía se ha empleado especialmente para la medición del grosor endometrial. La sonohisterografía es un método no invasivo considerado de mayor sensibilidad para el diagnóstico de pólipos endometriales y miomas submucosos; su sensibilidad es similar a la de la histeroscopia ⁽²⁾.

El estudio histológico está indicado en mujeres entre 40 y > 65 años con factores de riesgo para carcinoma de endometrio. La biopsia ambulatoria de

consultorio es un método sencillo y seguro, cuyas complicaciones son extremadamente raras. El legrado uterino ha sido considerado un procedimiento sencillo, aunque costoso debido a la necesidad de contar con un quirófano y con el riesgo potencial de la anestesia ^(2, 8,15).

Tomando en consideración lo expuesto, se ha llevado a cabo este estudio en nuestra ciudad, considerando como reconocida institución de Salud al Hospital Manuel Ygnacio Montero del IESS Loja, la que tiene una importante cobertura a las usuarias aseguradas y que acuden a la consulta externa en el área de ginecología y en particular, en el manejo de pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA), trabajo que nos ha permitido comprobar que si existe correlación en los diagnósticos, clínico, ecosonográfico e histopatológico de esta nosología, como se demuestra más adelante.

4. REVISION DE LITERATURA

El sangrado uterino anormal (SUA), conceptualmente abarca todos los sangrados uterinos que no siguen un patrón menstrual típico, es entonces aquella patología en donde se presentan pérdidas hemáticas de origen intrauterino y que no están relacionados con la existencia de una patología orgánica uterina o embarazo. El SUA es uno de los motivos más frecuente de consulta en atención primaria; que se presenta con alteraciones de la menstruación o puede ser una manifestación de la función endocrina, trauma, infección droga o malignidad, la probabilidad de diversas etiologías depende de la edad de la paciente y el patrón del sangrado; puede causar alteración hemodinámica en los casos agudos y anemia por deficiencia de hierro en los crónicos.

La edad de la paciente puede ser usada para estratificar la frecuencia de las causas, la evaluación del laboratorio y el tratamiento del sangrado Uterino anormal

La hemorragia del endometrio sin relación con lesiones anatómicas del mismo se denomina sangrado uterino anormal (SUA).

La etiología más diversa de SUA se relaciona con las pacientes en edad reproductiva, con mayor probabilidad de una variedad de patología endometrial. El diagnóstico específico depende de si la paciente es fértil, perimenopáusica o postmenopáusica. Las etapas cronológicas son la etapa fértil, la cual va de los 10 a los 45 años, la etapa perimenopausia de los 40 años hasta la menopausia y la postmenopáusica posterior a la menopausia.

El Sangrado Uterino Anormal (SUA), puede ocurrir a cualquier edad. Se presenta en un 25% en adolescentes y en un 50% en mujeres mayores de 40 años, llegando al 25% de las cirugías ginecológicas^{12,13,42}.

En las adolescentes el 90% del sangrado uterino anormal es de etiología anovulatoria por inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario. Las anomalías hematológicas, enfermedades e infecciones constituyen el 10% de los casos. Debe descartarse la presencia de embarazos a estas edades.

En las mujeres premenopáusicas, se presenta mayor variedad de causas de Sangrado uterino anormal aunque la anovulación aguda es la principal. Los cambios súbitos de peso, desórdenes de la alimentación, estrés, enfermedades crónicas o endocrinas, uso de medicamentos o ejercicio excesivo pueden causar anovulación hipotalámica. La anovulación crónica en estas mujeres es atribuible más probablemente a un desorden endógeno como es el síndrome del ovario poliquístico usualmente asociado a la obesidad, incremento de andrógenos circulantes y resistencia a la insulina. Las pacientes con anovulación típicamente se quejan de menstruaciones abundantes, infrecuentes e impredecibles o manchado intermitente.

Un significativo número de mujeres que se quejaban de sangrado anormal del tracto genital tenían problemas anatómicos con el útero. Esto fue ilustrado en un estudio de 370 mujeres de 22 a 82 años que tenían sangrado uterino disfuncional que no respondían a terapia de progestina, menometrorragia severa, o sangrado postmenopáusico. La cavidad uterina fue normal con histeroscopia en un 33%. (12)

Fueron encontrados pólipos en 22%, mioma submucoso en 11%, hiperplasia endometrial en 23%, atrofia endometrial en 2%, sinequias en 6% y adenocarcinoma en 1%

4.1 FISIOPATOLOGÍA

CICLO MENSTRUAL NORMAL DE 28 DÍAS

Días 1 a 3 Menstruación y re-epitelización. Mecanismo de la menstruación: la caída de los niveles de estrógenos

determina disminución del contenido de agua, colapso y contracción de arteriolas con isquemia consecutiva. La caída de los niveles de progesterona determina liberación de relaxina de granulocitos endometriales, lo que lleva a disolución del retículo endometrial y descamación.

Día 1: hemorragias en el estroma de la superficie, aún focos de secreción en glándulas colapsadas.

Día 2: material hemático, leucocitos y restos de glándulas y estroma.

Día 3: regeneración. La re-epitelización se realiza desde los fondos glandulares y desde el istmo y cuernos uterinos.

Días 4 a 14 Endometrio de la fase estrogénica (proliferativo).

Estrógeno (de folículos en desarrollo) estimula la proliferación glandular.

Fase proliferativa **temprana** (4-7 días): endometrio bajo, corresponde a la basal re-epitelizada, Escasas glándulas, rectas, de lumen estrecho. Epitelio bajo, núcleos ovalados, estroma laxo

Fase proliferativa **media** (8-10 días): endometrio más alto, glándulas más largas (mayor que el grosor del endometrio: leve tortuosidad), células glandulares cilíndricas más altas, mitosis en glándulas y estroma, edema del estroma, células del estroma más grandes.

Fase proliferativa **tardía** (11-14 días): mayor tortuosidad de glándulas, células epiteliales más altas, con pseudo-estratificación de núcleos. Núcleos alargados (en cigarro), hipercromáticos. Estroma sin edema, densamente celular.

Día 14 o 15 Ovulación

Días 16 a 28 Endometrio de la fase progestativa (secretor). Los cambios

secretores se producen por la acción de la progesterona (del cuerpo lúteo).

Ellos permiten estimar morfológicamente el día del ciclo en esta fase.

Alteraciones de la Fase Proliferativa

- ❖ **Por déficit de estimulación estrogénica:** atrofia (por ej.: atrofia de la mujer postmenopáusica).
- ❖ **Por exceso de estimulación estrogénica:** hiperplasia difusa o extensa.

Alteraciones de la Fase Secretora

- ❖ **Ausencia de secreción** (ciclo anovulatorio): endometrio proliferativo o hiperplásico.
- ❖ **Endometrio mixto** (en partes proliferativo, en partes secretor): áreas que no responden a la progesterona.
- ❖ **Endometrio secretor desfasado, sincrónico:** con secreción retardada (retardo de más de 2 días) en forma homogénea en todo el endometrio. Generalmente se debe a ciclo bifásico (ovulatorio) con ovulación tardía.
- ❖ **Endometrio secretor desfasado, asincrónico:** con diferencias correspondientes a más de 2 días entre distintas zonas del endometrio. Se debe a insuficiencia del cuerpo lúteo o diferente respuesta de áreas del endometrio.
- ❖ **Endometrio secretor con descamación irregular y prolongada** (menorragia). La descamación, en vez de completarse en 48-72 horas, dura más. Islotes de endometrio en disolución alternan con otros íntegros secretores. Se

produce por retraso en la involución del cuerpo lúteo (quiste del cuerpo lúteo) o por factores locales (leiomiomas, pólipos, y otros).

- ❖ **Endometrio disociado:** glándulas atróficas y reacción pre-decidual extensa. Se produce en la administración prolongada de anticonceptivos orales combinados.

No se conoce con precisión el mecanismo mediante el cual se produce el sangrado uterino anormal (SUA), para algunos tumores específicos como los miomas las explicaciones más frecuentes se basan en las teorías de Sampson (1912), quien sugiere alteraciones locales sobre la vascularidad uterina. (7, 8,9,10,36)

Recientemente se han demostrado alteraciones en: factor de crecimiento de fibroblastos, factor de crecimiento endotelial vascular, factor de crecimiento epidérmico ligado a la heparina, factor de crecimiento derivado de plaquetas, factor de crecimiento beta-transformador proteína relacionada con la hormona paratiroidea y la prolactina, en este último, la deficiente maduración y formación del cuerpo lúteo y a consecuencia de esto una menor producción de progesterona.

4.2 CLASIFICACIÓN

1. Hemorragia uterina anormal o Sangrado Uterino Anormal (SUA) sin ovulación

Centrales.

Alteración funcional y orgánica.

Poliquistosis ovárica.

Inmadurez del eje hipotálamo – hipófisis

Factores psicógenos. Estrés, ansiedad, traumas emocionales.

Factores neurógenos.

Fármacos psicotrópicos y farmacodependencia.

Administración de esteroides exógenos

Intermedias.

Enfermedades crónicas.

Enfermedades metabólicas, endocrinas.

Alteraciones nutricionales

Del órgano blanco o periféricas.

Ováricas.

Quistes funcionales, Tumores funcionales

2. Fisiológicas. De acuerdo a la edad en que se presenta.

Puberal.

Reproductiva.

Menopáusica.

CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL		
SISTÉMICAS	Trastornos hematológicos	Déficit de hierro Enf de Willebrand PTT Leucemias
	Trastornos del lecho vascular	Colagenosis Arteriosclerosis hipertensión
	Trastornos metabólicos	Cirrosis Hepática Neuropatías Cardiopatías Obesidad- síndrome metabólico
		Anticoagulantes

	IATROGÉNICAS	Corticoides Tamoxifeno Anticonceptivos hormonales combinados Estrógenos-progestágenos Inyectables DIU de LNG o cobre
ORGÁNICA ANATÓMICA	Endometrial	Pólipo endometrial Endometitis aguda o crónica Hiperplasia endometrial Atrofia endometrial adenocarcinoma
	Miometrial	Miomatosis Adenomiosis sarcoma
ENDOCRINAS (HUD)	Primarias (ovulatorias o anovulatorias)	Por supresión de estrógenos o progesterona
	Secundarias (ovulatorias o anovulatorias)	Por disrupción de estrógenos o progesterona

4.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El Sangrado Uterino Anormal o Hemorragia Uterina Anormal (HUA), incluye alteraciones en el patrón de sangrado uterino que se presenta en cada ciclo menstrual normal, además del impacto en la vida de la paciente, por ejemplo: fatiga, anemia, impedimento para realizar las actividades cotidianas. Los patrones de sangrado se ven fuertemente afectados por la edad de la paciente y el método de planificación familiar y si padece alguna enfermedad sistémica.

Sangrado de las niñas: si se produce antes de los 9 años debe considerarse anormal.

De ahí es importante manejar adecuadamente la terminología para el manejo de las anormalidades en el sangrado uterino:

OLIGOMENORREA.- sangrado que ocurre a intervalos mayores de 35 días, generalmente causados por una fase folicular prolongada.

POLIMENORREA.- sangrado de duración y cantidad excesiva con mayor frecuencia de lo normal (menos de 21 días). Puede estar causada por una fase lútea alterada.

MENORRAGIA O HIPERMENORREA.- sangrado excesivo (mayor a 80 ml o mayor a 7 días) que ocurre con intervalos normales. La valoración del sangrado es subjetiva; es útil preguntar por el número de toallas o tampones empleados.

MENOMETRORRAGIA.- sangrado en cantidad variable que ocurre con intervalos irregulares no cíclicos y con sangrado excesivo (mayor 80cc o mayor de 7 días)

AMENORREA.- ausencia de sangrado en periodo mayor de 6 meses en mujeres en edad fértil.

METRORRAGÍA O SANGRADO INTERMENSTRUAL.- sangrado irregular que ocurre entre ciclos ovulatorios; entre las causas más frecuentes, destaca la enfermedad cervical, endometriosis, pólipos, miomas submucosos, hiperplasia endometrial, DIU, cáncer.

SPOTTING.-sangrado justo antes de la ovulación, se produce entre dos períodos normales. Puede ocurrir luego de la ovulación durante un ciclo normal debido a la caída post-ovulatoria que normalmente sufren los estrógenos, durante la toma de anticonceptivos orales (por dosis estrogénica insuficiente) o bien a causa de una cervicitis por Chlamydia.

SANGRADO POSTMENOPÁUSICO.- sangrado que ocurre en mujeres postmenopáusicas, después de al menos 12 meses de amenorrea.

ETIOLOGIA PROBABLE DE LA HERMORRAGIA UTERINA- ATENDIENDO EL CICLO VITAL DE LA MUJER				
Prepuberes	Adolescentes	Reproductiva	Perimenopáus ica	Postmenopá usica
Vulvovaginitis E2 exógenos Pubertad precoz Cuerpo extraño Abuso sexual Liquen escleroso Tumores vaginales Tumores ováricos	Anovulación Hemoglobino patía Embarazo E2 exógenos Infecciosas (EPI) Alteraciones del conducto de Muller Hipertiroidism o	Embarazo Anovulación E2 exógeno Miomias Pólipos Infecciosa Ca de Cérvix Hiper o hipotiroidismo	Anovulación Miomias Pólipos Hipotiroidismo Hiperplasia endometrial Ca de cérvix Tumores de ovario	E2 exógeno Atrofia endometrial Hiperplasia endometrial Ca endometrial Ca de ovario

Las nosologías más frecuentes de sangrado uterino anormal son dependientes del (9)

Cérvix:

Ectopia.- 15-85% es la extensión del epitelio glandular cilíndrico del endocervix a la porción visible del ectocervix, el sangrado aparece por efecto de infección o trauma incluso el coito; con frecuencia ocurre en el período peripuberal

Pólipo.-patología frecuente, del 1-5%, sobre todo en las multíparas y mayores de 45 años, el sangrado suele ser continuo y procede de la ulceración del pólipo.

Neoplasias.- con su síntoma frecuente y precoz el sangrado acíclico e irregular

Corporales:

Pólipo endometrial.-(hiperplasia focal) frecuente entre los 40 y 50 años, se caracteriza por sangrado intermenstrual o por menstruación excesiva. Estos representan el 23% de las metrorragias postmenopáusicas y el 6% de las metrorragias de mujeres de entre 20 y 40 años de edad. Los pólipos endometriales son frecuentes; generalmente, sésiles. En el 20% de los casos son múltiples.^{24,26,31} Por lo común son asintomáticos, pero pueden sangrar. Se desarrollan por estimulación estrogénica prolongada en áreas de endometrio refractarias a la progesterona. De regla el resto del endometrio es proliferativo.

Hiperplasia endometrial

Corresponde a un aumento de volumen del endometrio por aumento tanto del componente glandular como del estroma. Las glándulas son de tipo proliferativo, pero con mayor estratificación nuclear y más mitosis. El endometrio puede ser normal macroscópicamente o estar engrosado y ser irregular. Se presenta generalmente alrededor de la menopausia y se produce por niveles prolongadamente altos de estrógenos con ausencia o disminución de la actividad progestativa. Da origen a metrorragia. Básicamente existen dos formas de hiperplasia del endometrio: la normotípica y la atípica.

- ❖ **Hiperplasia normotípica:** puede interpretarse como la respuesta normal del endometrio a la estimulación estrogénica elevada y mantenida. Esta forma puede ser simple o quística, esta última tiene dilataciones glandulares a veces tan acentuadas que dan aspecto de queso suizo.

- ❖ **Hiperplasia atípica:** puede interpretarse como una respuesta anormal del endometrio a la estimulación estrogénica elevada y mantenida. Las glándulas son irregulares; el estroma, escaso. La atipia nuclear está dada por núcleos redondeados, grandes, con cromatina clara y nucléolos prominentes, a diferencia del endometrio proliferativo, que tiene núcleos, hiper cromáticos, alargados, en cigarrillo. La hiperplasia atípica es una lesión precancerosa. El riesgo de que se desarrolle un carcinoma es mayor en las hiperplasias con atipias nucleares.

Es frecuente el hallazgo de metaplasia en la hiperplasia del endometrio: escamosa en el 25% de los casos, tubaria en el 100% de los casos; otras son la mucinosa, la de células claras, y la de células eosinófilas. Todas ellas parecen ser secundarias a hiper- estimulación estrogénica.

Adenomiosis.- la presencia de glándulas endometriales y estroma en el miometrio e hipertrofia compensadora de este último, el sangrado es cíclico, prolongado y moderado, existe dismenorrea y se palpa un útero agrandado y sensible a la palpación. En la adenomiosis uterina el endometrio se extiende más allá de 2,5 mm en la profundidad del miometrio.

Neoplasias:

Benignas.- miomas, hipertrofia del tejido muscular y conectivo, el sangrado guarda relación con la localización de la masa, los más frecuentes son los submucosos e intersticiales.

Malignas.- el Carcinoma es excepcional en menores de 40 años, el 20% se diagnóstica premenopáusicamente. Los sarcomas constituyen el 2-4%, se originan en el tejido conectivo

La evaluación de las pacientes con sangrado uterino ovulatorio, depende del patrón de hemorragia, puede presentarse como menorragia o hemorragia intermenstrual (12,22)

Cuadro: Factores de riesgo independiente para el desarrollo de hiperplasia y cáncer de endometrio en la mujeres con sangrado uterino anormal

Factor	Prevalencia	Odds Ratio y IC 95%	Valor p
Todos los pacientes	4,9%	-	-
Peso > 90 Kg	12,7%	5,5 (2,9-10,6)	<0,0001
Edad > 45 años	7,9%	3,1 (1,5-6,1)	<0,0016
Peso > 90 Kg y edad > 45 años	22,2%	-	-
Peso > 90 Kg y edad < 45 años	2,3%	-	-
Historia familiar de cáncer de colon	-	5,0 (1,3-19,1)	<0,0182
Infertilidad	-	3,6 (1,3-9,9)	<0,0127
Nuliparidad	-	2,8 (1,1-7,2)	<0,0267
Historia familiar de cáncer de endometrio	-	5,8 (1,1-28,6)	<0,0392

Fuente: SOGC Clinical Practice Guidelines. Guidelines for the Management of anormal uterine Bleeding. JOCG. August 2001

4.4 DIAGNÓSTICO

La hemorragia uterina anormal se produce cuando existe un cambio entre el endometrio y los factores que lo regulan. Las modificaciones microscópicas del endometrio reflejan la concentración de estrógenos y progesterona, con variaciones de acuerdo a la fase de transición menopáusica. Inicialmente los ciclos son ovulatorios, posteriormente existe anovulación, con efectos estrogénicos sobre el endometrio, con cambios proliferativos y desordenados en el examen patológico de las biopsias endometriales.

Clínicamente, esta entidad puede presentarse como polimenorrea, oligomenorrea, hipermenorrea, metrorragia, menometrorragia o sangrado intermenstrual. En la etapa reproductiva de la mujer, siempre debe descartarse la posibilidad de embarazo. En la perimenopausia y menopausia, el sangrado uterino anormal es un motivo frecuente de consulta médica, debido a las fluctuaciones en las concentraciones hormonales; es necesario descartar la presencia de neoplasia. En mujeres posmenopáusicas, se presupone etiología neoplásica de la hemorragia uterina anormal hasta que no se demuestre lo contrario en el estudio histológico endometrial

La mayoría de las mujeres que presentan sintomatología sospechosa de patología endometrial, como el sangrado uterino anormal (SUA), son estudiadas con diferentes métodos complementarios que estiman el diagnóstico en un porcentaje variable. Los más usados actualmente son la ecografía transvaginal y el legrado uterino fraccionado. En aquellas mujeres en las cuales el diagnóstico es todavía incierto, la histeroscopia con biopsia dirigida es el Gold estándar, ya que detecta lesiones endometriales focales (pólipos, miomas submucosos) con mayor certeza, permitiendo obtener tejido para analizar. Tiene una sensibilidad del 96% para el diagnóstico de hiperplasia endometrial y del 92% para el diagnóstico de pólipos. Algunos investigadores consideran que la histeroscopia tendría poco valor en la detección de lesiones difusas, tales como cáncer o hiperplasia endometrial, con una sensibilidad del 22,2% para el diagnóstico de esta última (^{19.20}). La sonohisterografía es una técnica mediante la cual se inyecta un líquido dentro del útero, a través del cuello uterino, y se usa la ecografía (o ultrasonido) para proyectar imágenes de la cavidad uterina. El líquido revela con más detalle el interior del útero que cuando se usa la ecografía solamente. Este procedimiento se puede hacer en el consultorio de un proveedor de atención médica, en un hospital o en una clínica. Generalmente dura unos 15 minutos. Tiene una sensibilidad y especificidad del 94,1% y 84,5% en el diagnóstico de lesiones focales como pólipos y

miomas, pero una sensibilidad del 33,3% para identificar lesiones difusas como cáncer e hiperplasia endometrial.

LEGRADO INSTRUMENTAL

El legrado uterino es un método empleado habitualmente, para diagnosticar y tratar el sangrado uterino anormal, mediante el estudio histológico del endometrio. Sin embargo, se lo considera un método a ciegas, y en el tiempo actual está perdiendo vigencia por la morbilidad y costos innecesarios que implica

El estudio histológico está indicado en mujeres entre 40 años y >65 años con factores de riesgo para carcinoma de endometrio. En mujeres premenopáusicas mayores de 40 años debe realizarse un estudio endometrial en presencia de hemorragia uterina anormal. La biopsia ambulatoria de consultorio es un método sencillo y seguro, cuyas complicaciones son extremadamente raras.⁽³⁸⁾ El legrado uterino ha sido considerado un procedimiento sencillo, aunque costoso debido a la necesidad de contar con un quirófano y con el riesgo potencial de la anestesia.

El uso del legrado uterino está ampliamente extendido y es utilizado como primera alternativa frente al manejo de la hemorragia uterina anormal, con fines diagnósticos, cuando se tiene una biopsia endometrial inconclusa y persisten los síntomas o se sospecha otra patología.

Biopsia endometrial

La biopsia endometrial se realiza mediante cánulas de aspiración (Cornier, Novak, Pipell), que consiguen obtener muestra suficiente para el estudio histológico y permiten un diagnóstico tan seguro como el legrado uterino. Se realizará siempre después de la ecografía ya que la manipulación intracavitaria puede modificar la imagen ecográfica.

Las cánulas de aspiración tienen un diámetro comprendido entre 2-3 mm y tienen una estructura flexible, el procedimiento a seguir es sencillo, no precisa dilatación cervical y suele ser indoloro. La inserción debe intentarse primero sin el uso de la pinza de Pozzi. Una vez se aplica la aspiración, la cavidad endometrial debe legrarse de manera exhaustiva en todas direcciones, al igual que se haría con una legra cortante durante el legrado. Si la cánula se llena de material, se aplica una segunda, e incluso una tercera hasta que deje de salir tejido. La aplicación de aspiración en algunas pacientes puede estimular la aparición de calambres que habitualmente desaparecen en el plazo de 5-10 minutos. Tiene una sensibilidad del 60-90% y una especificidad del 98%. Es un procedimiento bastante efectivo para el diagnóstico de HE o de carcinoma pero poco para el diagnóstico de pólipos endometriales.

Indicaciones:

- Mujeres > 40 años, con HUA.
- Mujeres < 40 años con HUA con factores de riesgo para la HE.
- Sangrados por disrupción en tratamientos estrogénicos.
- Metrorragias resistentes a tratamiento hormonal.
- Presencia de células glandulares atípicas en citología cérvico-vaginal.
- Presencia de células endometriales en mujeres > 40 años en citologíacérvico-vaginal.
- Ecografía que sugiera patología endometrial > 12 mm

ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL

La Ecografía transvaginal, es uno de los métodos más utilizados para evaluar el endometrio, su espesor, homogeneidad y lesiones focales. Es una técnica económica, bien tolerada por las pacientes, sin complicaciones y reproducible.

El espesor endometrial varía con el ciclo menstrual y la edad. Debido a que las lesiones difusas pueden incrementar el espesor endometrial, muchos estudios han establecido una relación entre el grosor de este tejido y el riesgo de cáncer endometrial o hiperplasia endometrial. Los puntos de corte para considerar un espesor patológico del endometrio por ecografía son 16 mm en edad reproductiva, 5 mm en la postmenopausia y 8mm en la postmenopausia con terapia de reemplazo hormonal (TRH).

Se ha estimado que si el espesor endometrial es mayor de 5 mm, el riesgo de cáncer endometrial es de 7,3% con una sensibilidad de 92% y una especificidad de 81% para identificar cáncer endometrial; mientras que si el espesor endometrial es de 10 mm, la sensibilidad disminuye a 66% y la especificidad a 79%. En la práctica clínica, un grosor de 4 mm es capaz de excluir patología significativa con un valor predictivo positivo (VPP) de 87,3% y un 90% de sensibilidad.^(19,20,21,22) Es de destacar, que el valor de la medición ecográfica del espesor endometrial parece ser un mejor predictor en la postmenopausia que en la premenopáusicas respecto a cáncer de endometrio (2).

Sin embargo, la ecografía transvaginal tiene sus limitaciones, ya que sería incapaz de detectar lesiones menores de 5mm, y algunos cánceres endometriales podrían ocurrir en pacientes con ecografías consideradas normales.

El Doppler color es otro procedimiento a utilizar durante el estudio ya que demuestra el tipo y grado de vascularización de estas lesiones.

La Ecografía doppler color en la hiperplasia o el cáncer endometrial, la resistencia al flujo sanguíneo de los vasos endometriales disminuye en pacientes con lesiones difusas. La contribución de la evaluación doppler no

4.5 CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA.-

En realidad, la función más importante del estudio anatomopatológico, es la confirmación histológica de la patología, con este resultado se puede realizar correlación clínico patológica, para evaluar su concordancia y estudiar, con fines científicos, las variaciones encontradas.

Aunque la biopsia endometrial es sensible y relativamente de bajo costo, para identificar hiperplasia adenomatosa atípica y carcinoma, es un método pobre para el diagnóstico de anormalidades endometriales benignas, tales como: atrofia, pólipos y fibromas submucosos, los cuales son las causas más comunes de sangrado.

Para estudiar el endometrio lo dividiremos en dos capas:

Capa basal: es la capa en donde existen las células que van a generar la capa funcional o mucosa, en esta capa es el lugar donde se encuentra la mayor cantidad de elementos vasculares, esta capa basal no responde a la progesterona y no se descama.

Capa funcional: esta capa da hacia el lumen del útero. Corresponde a la capa que se recambia cíclicamente en cada ciclo, responde a la progesterona y se descama en la menstruación. La mitad superior funcional forma la capa compacta en la fase secretora y la inferior, la capa esponjosa.

En ciclo menstrual existen dos fases:

La fase proliferativa del ciclo antes de la ovulación está bajo la influencia de los estrógenos, mientras que la progesterona es principalmente responsable del mantenimiento del endometrio en la fase secretora que sigue a la ovulación. Durante la fase proliferativa el endometrio, alcanza un grosor de 4 a 8mm, en la fase secretora el endometrio mide 7 a 14mm de grosor. Tras la menopausia el endometrio se hace atrófico, pues ya no está bajo control

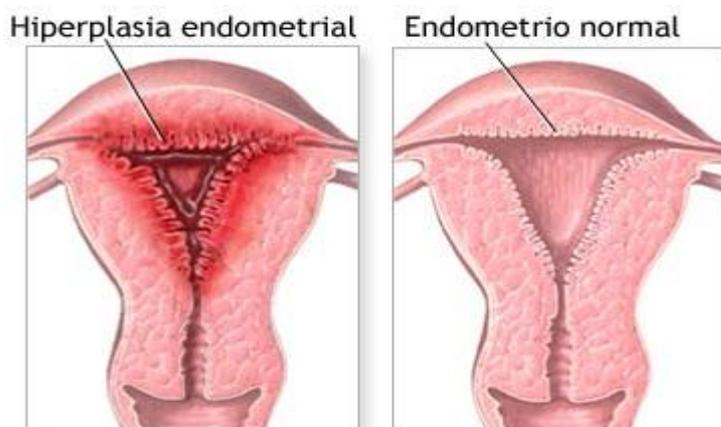
hormonal se visualiza como una fina línea ecogénica que no mide más 5 mm.

Durante el ciclo menstrual, si la mujer no se ha quedado embarazada, los cambios hormonales hacen que el endometrio se desprenda y se expulse todos los meses (menstruación).

El ciclo menstrual, es la pérdida hemática transvaginal espontánea y periódica resultado de la descamación endometrial posterior a la ovulación, puede ser a intervalos de 24 a 32 días, con duración de 3 a 7 días y con pérdida sanguínea de 33 a 88 ml.

El sangrado uterino anormal puede darse por múltiples factores dentro de los cuales los más frecuentes se encuentran:

La hiperplasia endometrial (HE)



Es un diagnóstico frecuente dentro de la ginecología general. Se caracteriza por la proliferación de las glándulas y del estroma endometrial secundario al estímulo estrogénico permanente lo que produce un aumento del grosor endometrial. Se ha visto que el endometrio hiperplásico puede regresar a la normalidad en forma espontánea o con tratamiento, persistir como tal o evolucionar a carcinoma.

El engrosamiento endometrial, el sangrado uterino anormal y los factores de riesgo para CE (cáncer endometrial), obligan a realizar biopsia de endometrio

La Hiperplasia Endometrial (histológicamente) se clasifica en:

a. simple y compleja sin atipia

b. simple y compleja con atipia. Las atipias celulares pueden ser leves, moderadas y severas, siendo estas últimas las que más preocupan por su relación con el cáncer endometrial.

Existen diferentes clasificaciones, la de la International Society of Gynecological Pathologist la clasifica en función de:

Citología:

- Sin atípia
- Con atípia (células con aumento de tamaño, redondeamiento y pleomorfismo, aneuploidía).

Estructura:

- Simple. Hiperplasia endometrial propiamente dicha Hiperplasia glándulo quística
- Compleja. Hiperplasia adenomatosa

La clasificación propuesta por **Kurman** (en la actualidad la más aceptada) divide la hiperplasia endometrial en:

- Hiperplasia simple.
- Hiperplasia compleja (adenomatosa).
- Hiperplasia atípica simple.
- Hiperplasia atípica compleja (adenomatosa con atipia).

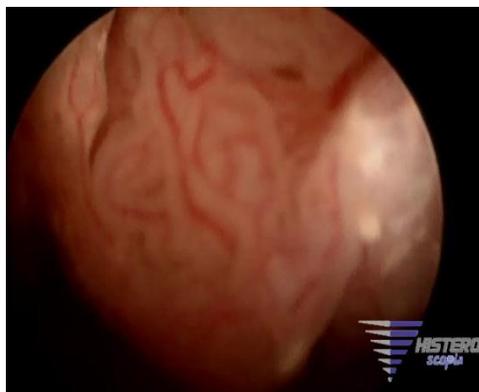
1- **Hiperplasia simple**: se evidencia dilatación glandular y aumento de las glándulas y el estroma

2- **Hiperplasia compleja**: gran crecimiento de las glándulas endometriales sin apenas estroma. El patrón de distribución glandular aparece claramente desordenado

3- **Hiperplasia simple con atipias**: Existen células atípicas tapizando las glándulas

4- **Hiperplasia compleja con atipias**: patrón de hiperplasia compleja con células atípicas tapizando las glándulas.

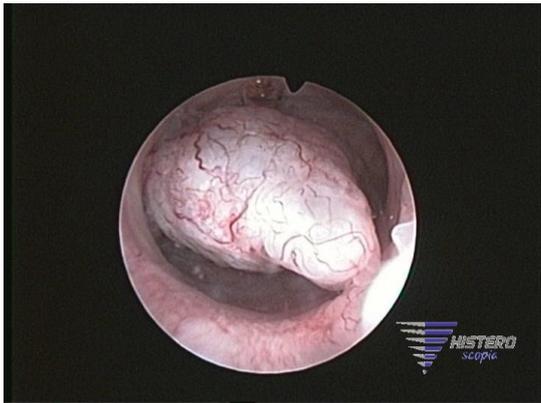
Relación Hiperplasia-Carcinoma Endometrio



Podemos considerar la hiperplasia endometrial como una lesión precancerosa, siendo el factor pronóstico más importante la presencia o ausencia de **atipias epiteliales**. Uno de los estudios publicados más importantes referente a la evolución de la hiperplasia es el de Kurman en el que observó que se malignizaban el 1,07% de las **hiperplasias simples**, el 3,4% de las **complejas** y el 23% de las **atípicas**. Existe otro estudio de Horn de reciente publicación que habla de cifras de evolución de una **hiperplasia atípica a carcinoma** de un 52%.

El tiempo medio de evolución de una hiperplasia sin atipias a carcinoma se ha establecido en unos 10 años, mientras que si existen atipias se estima que la progresión se produce en unos 4 años. **La presencia de atipias es la clave para la progresión a carcinoma.**

Pólipos endometriales.



Son zonas de crecimiento del tejido endometrial en la cavidad uterina, están compuestos por estroma, glándulas y vasos sanguíneos y se hallan recubiertos de endometrio.

Normalmente son procesos benignos, aunque en un 20% de los pólipos sintomáticos se aprecian áreas de hiperplasia y entre un 0,5% al 1% son malignos.

Podemos dividir los pólipos en :

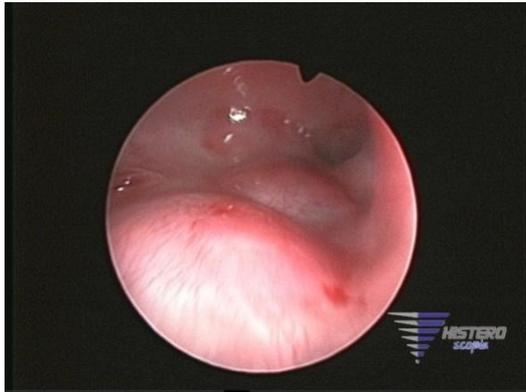
1-**Funcionales o Típicos** (20%): con aspecto similar al endometrio normal y con cambios proliferativos o secretores, a su vez se subdividen en glandulares y en fibrosos, dependiendo de si predomina en ellos el componente glandular o el estromal.

2-**Hiperplásicos** (35%): con cambios similares a los que encontramos en la hiperplasia endometrial

3-**Atróficos** (44%): con cambios regresivos o atróficos, son los pólipos que solemos encontrar en las pacientes menopaúsicas.

4-**Malignos** (1%): con células cancerosas en el pólipo.

Miomas Uterinos.



Los **miomas submucosos**, que son los que deforman la cavidad uterina, suponen el 10% del total, estos suelen causar menorragias, es decir, aumento considerable en la cantidad de menstruación.

Existen dos clasificaciones ampliamente utilizadas, la de **Wamsteker** y la de **Labastida**.

- ❖ Labastida nos parece más completa y divide a los miomas submucosos en 5 tipos:

1-Tipo I: pediculados

2-Tipo II: miomas sésiles

3-Tipo III: miomas con 1/3 de volumen intramural

4-Tipo IV: miomas con 50% de volumen intramural

5-Tipo V: miomas con al menos 2/3 de volumen intramural

- ❖ La de Wamsteker divide a los miomas en 3 tipos y es la más utilizada:

1-Tipo 0: el tumor está situado en su totalidad en el interior de la cavidad uterina, bien sea sésil o pediculado

2-Tipo I: el mioma tienen una extensión intramural menor del 50%

3-Tipo II: la extensión intramural es mayor del 50%

Del análisis de algunas de las distintas series, se observa que los diagnósticos clínicos erróneos, oscilan en alrededor del 40% o más. Estas diferencias podrían ser resultado de las metodologías realizadas, que los

diagnósticos sean errados o que superficialmente se tomaron datos incluyendo resultados de necropsias (tabla1)

4.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Patología vulvar, traumatismo, condilomas, várices, atrofia, etc.

Problemas y alteraciones de los tractos urinario y gastrointestinal

4.7 TRATAMIENTO

Los primeros pasos del manejo de una paciente con sangrado ginecológico anormal se refieren a evaluar su estabilidad hemodinámica y a determinar si está o no embarazada (^{16,18}).

Manejo no quirúrgico:

a) Antiinflamatorios no esteroideos: actúan sobre las prostaglandinas, disminuyendo la cantidad de sangrado.

- Ácido mefenámico 500mg cada 8 horas

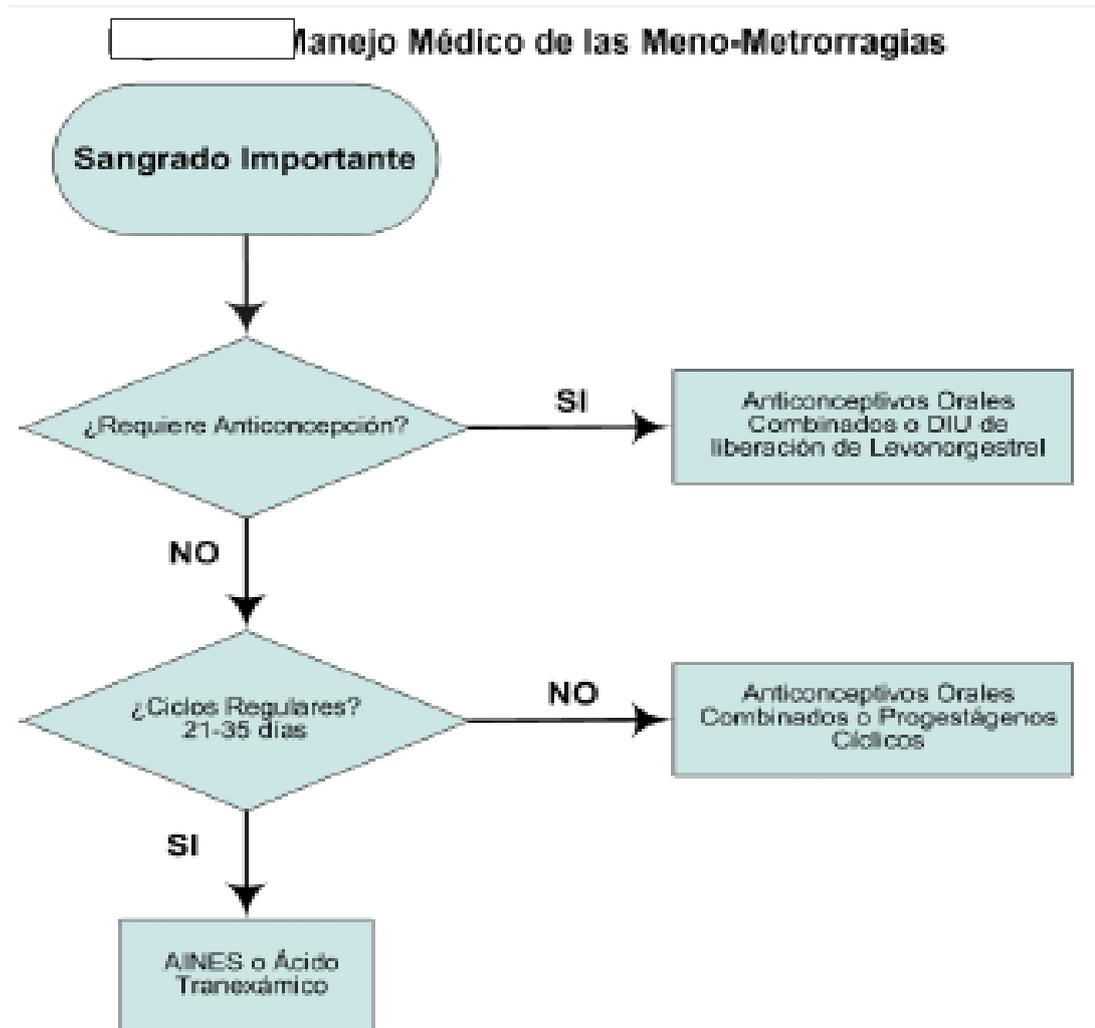
- Ibuprofeno 200mg cada 8 horas.

b) Si la paciente desea anticoncepción: ACO (anticonceptivos orales) por seis meses a un año.

c) Láser NdYAG: costo muy elevado y no se tiene al alcance fácilmente.

d) Si la paciente no desea anticoncepción, medroxiprogesterona 10mg/día durante los últimos diez a doce días del ciclo (ej. del día 15 al 25) repetir el tratamiento todos los meses. Si la paciente tiene anemia, se debe indicar terapia con hierro (^{17,19})

e) Resección de la patología endometrial por vía histeroscópica ya sea miomectomía o polipectomía (resultados satisfactorios hasta en un 84% de las pacientes).



4.7.1 CRITERIOS DE TRANSFERENCIA

Manejo quirúrgico:

a) La histerectomía constituye el tratamiento clásico en pacientes con paridad satisfecha

Según patología subyacente encontrada:

Transferir a ginecología para control y tratamiento quirúrgico.

b) Agonistas antagonistas de la GnRH.: generan una disminución de la esteroidogénesis ovárica (estado de menopausia reversible, con una atrofia endometrial reversible así como la disminución del tamaño de los leiomiomas también reversible y disminución de sangrado) por períodos no mayores de 6 meses.

Transferir al Endocrinólogo en caso de microadenoma hipofisiario con agentes dopaminérgicos.

Transferir al Neurocirujano en el caso de presentar prolactinoma con compresión del quiasma óptico.

4.8 REVISIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y ALGORITMOS PARA EL MANEJO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL, SU APLICACIÓN EN LA PÁCTICA CLÍNICA, BASADA EN LA EVIDENCIA

La Medicina Basada en la Evidencia, consiste en la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica queda inmediatamente caduca. En esencia pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible –la evidencia- , para aplicarla a la práctica clínica.

El Nivel de Evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una investigación en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación.

NIVELES DE EVIDENCIA

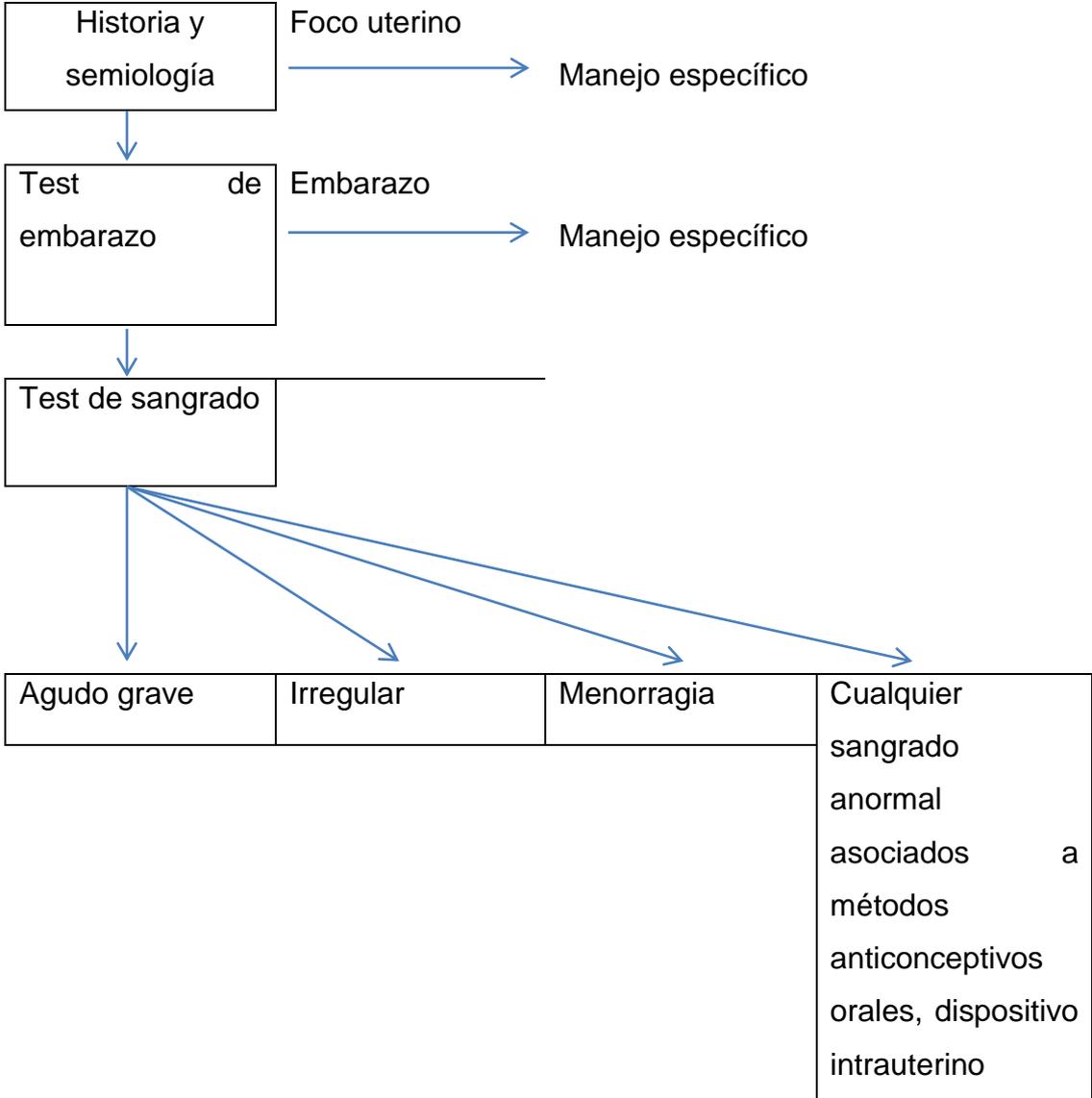
Grado de recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohorte
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos
	3a	Revisión sistemática de estudios caso-control, con homogeneidad
	3b	Estudios de caso-control individuales
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita

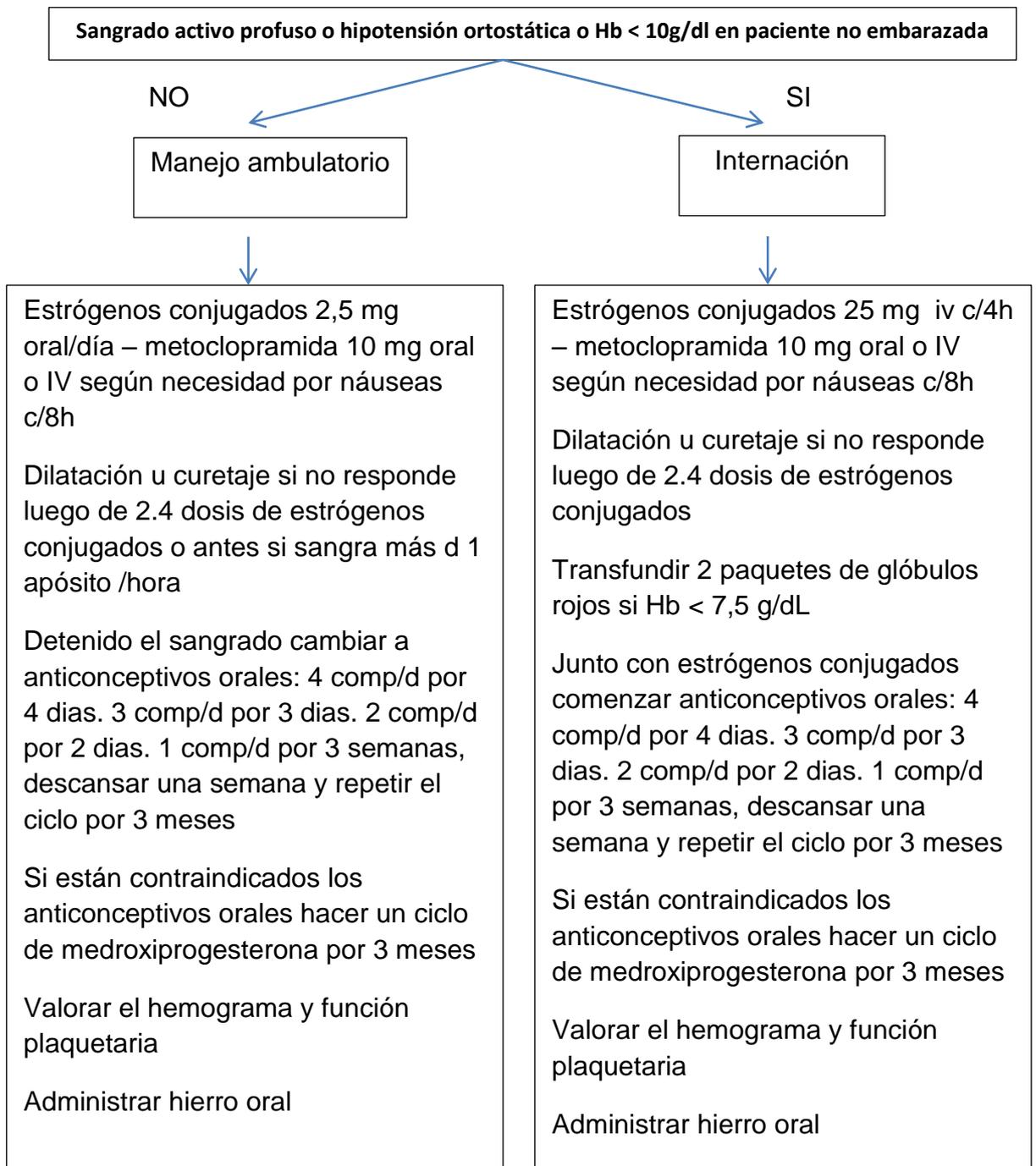
Los Grados de Recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el Nivel de Evidencia; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto de las condiciones locales.

Para la elaboración de este documento se consultaron las mejores evidencias científicas sobre el tema, como son las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencia y las revisiones sistémicas de alta calidad; con el fin de sustentar la implementación o la descalificación de las intervenciones. **No** se pretende describir un protocolo de atención donde todos los puntos deben estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y de elevada

flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente, como deberíamos aspirar a la atención en el Seguro Social de nuestro país con el reconocimiento y aplicación de una guía ya establecida.

Sangrado uterino anormal entre la menarca y la menopausia





SANGRADO IRREGULAR EN MUJERES NO EMBARAZADAS

Hacer TSH. Si hay oligo o hipomenorrea: hacer prolactina y Pap, especialmente en mujeres con sangrado pos coito

>35 años o alto riesgo

SI

Biopsia endometrio ETV

NO

Buscar causas sistémicas

¿Desea embarazarse?

SI

Clomifeno o continuar la

NO

AO

NO

SI

Ciclo de AO, ≥ 3

Progesterona (10 $\mu\text{g}/\text{día}$, 14 días. Descansar 14 días; repetir 3 Meses

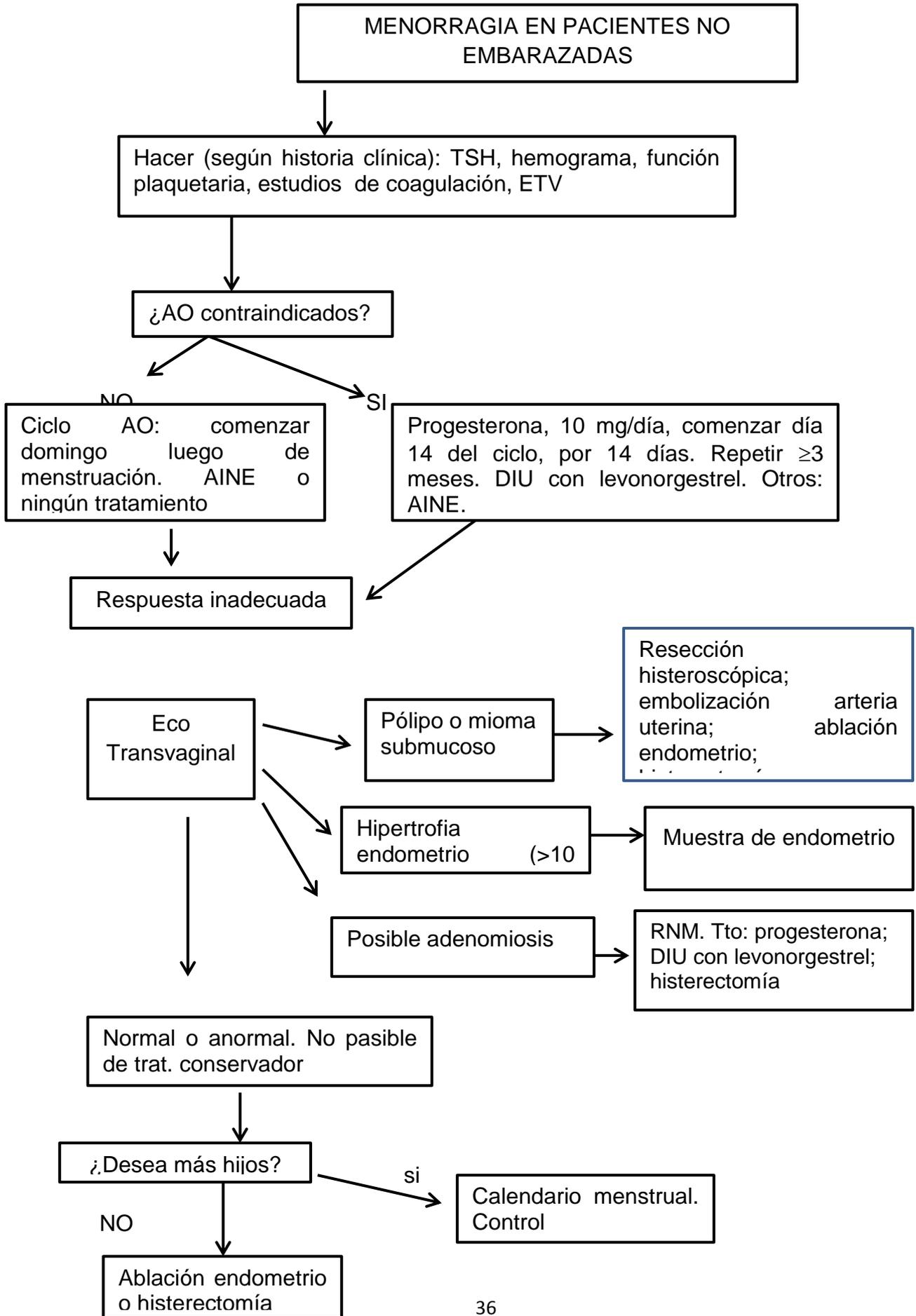
¿Resolución del sangrado anormal?

SI

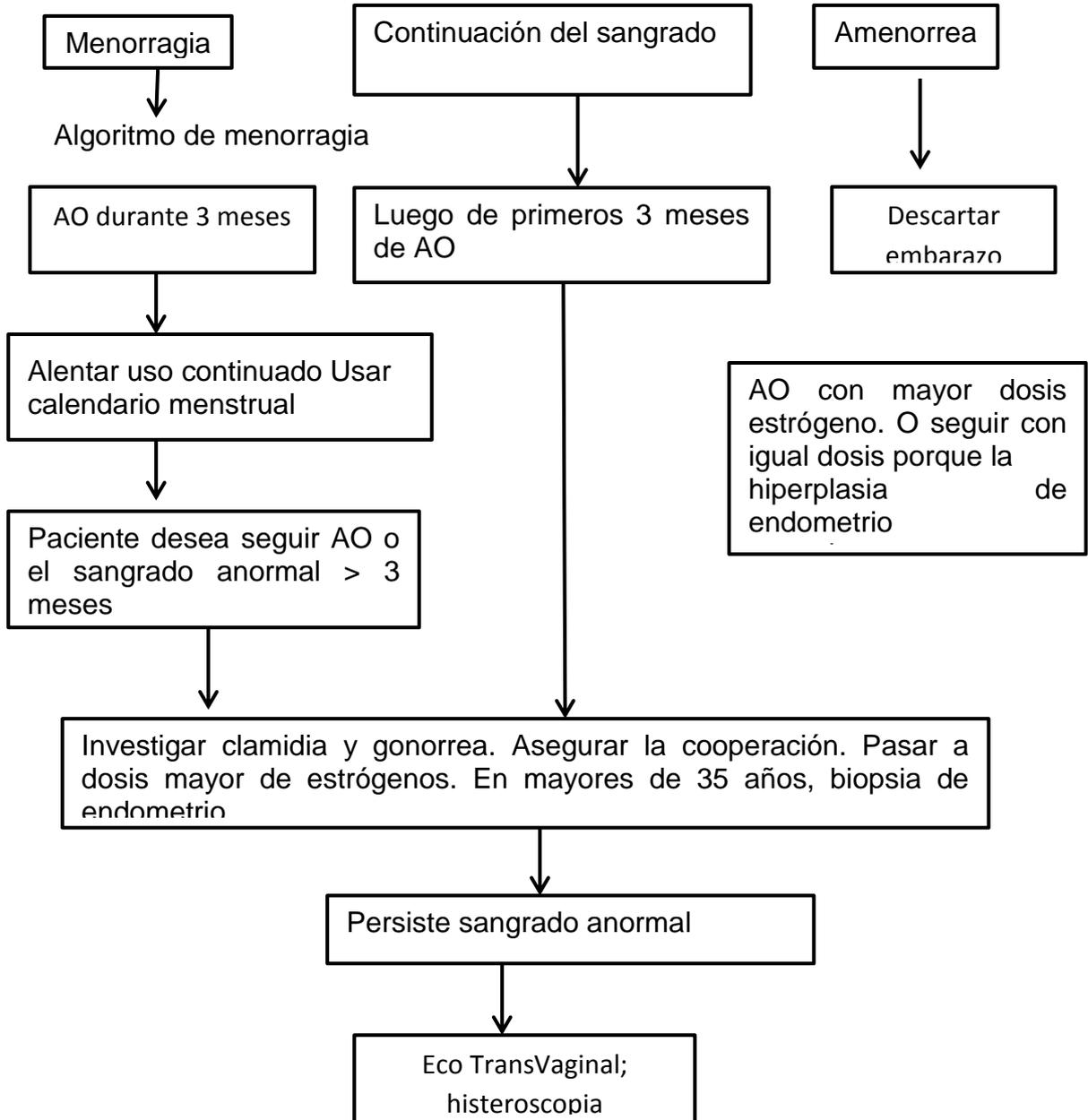
Continuar o detener tratamiento hormonal, a elección del paciente

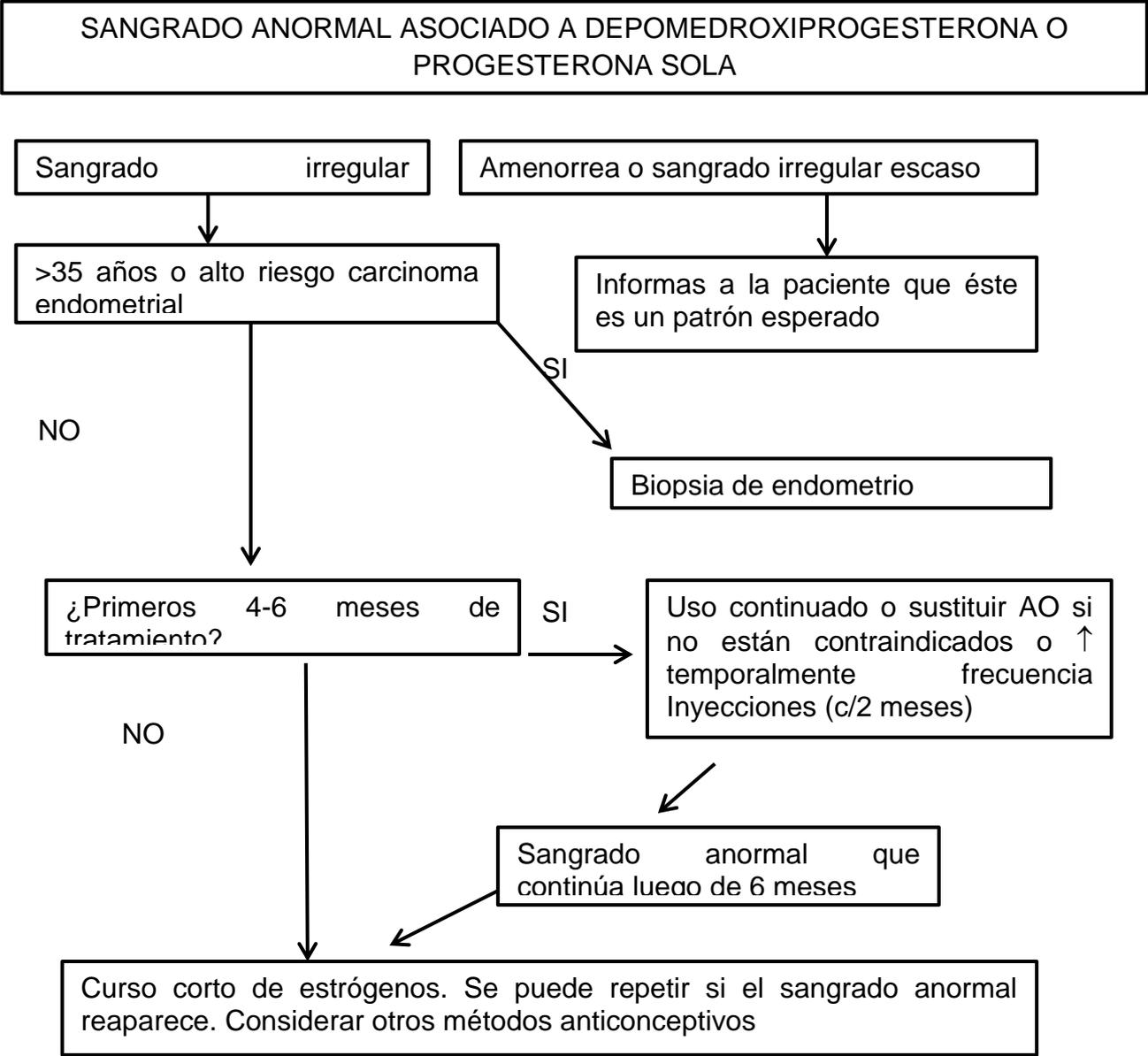
NO

↑dosis AO o de progesterona. Considerar ETV para descartar mioma o pólipo uterino. Considerar biopsia de endometrio para descartar atipía o carcinoma. Si falla el tratamiento médico, considerar la ablación endometrial, la resección histeroscópica o la histerectomía

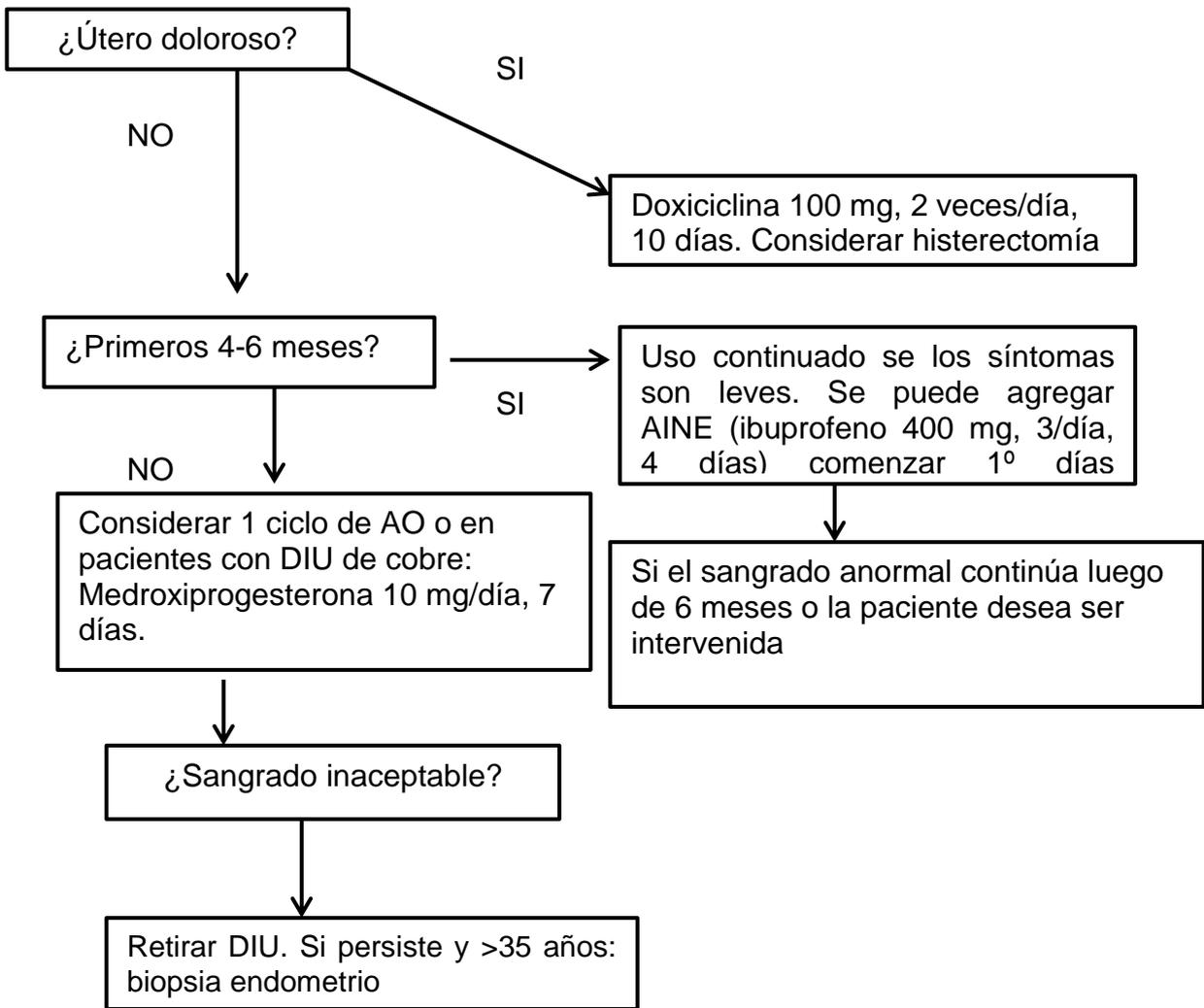


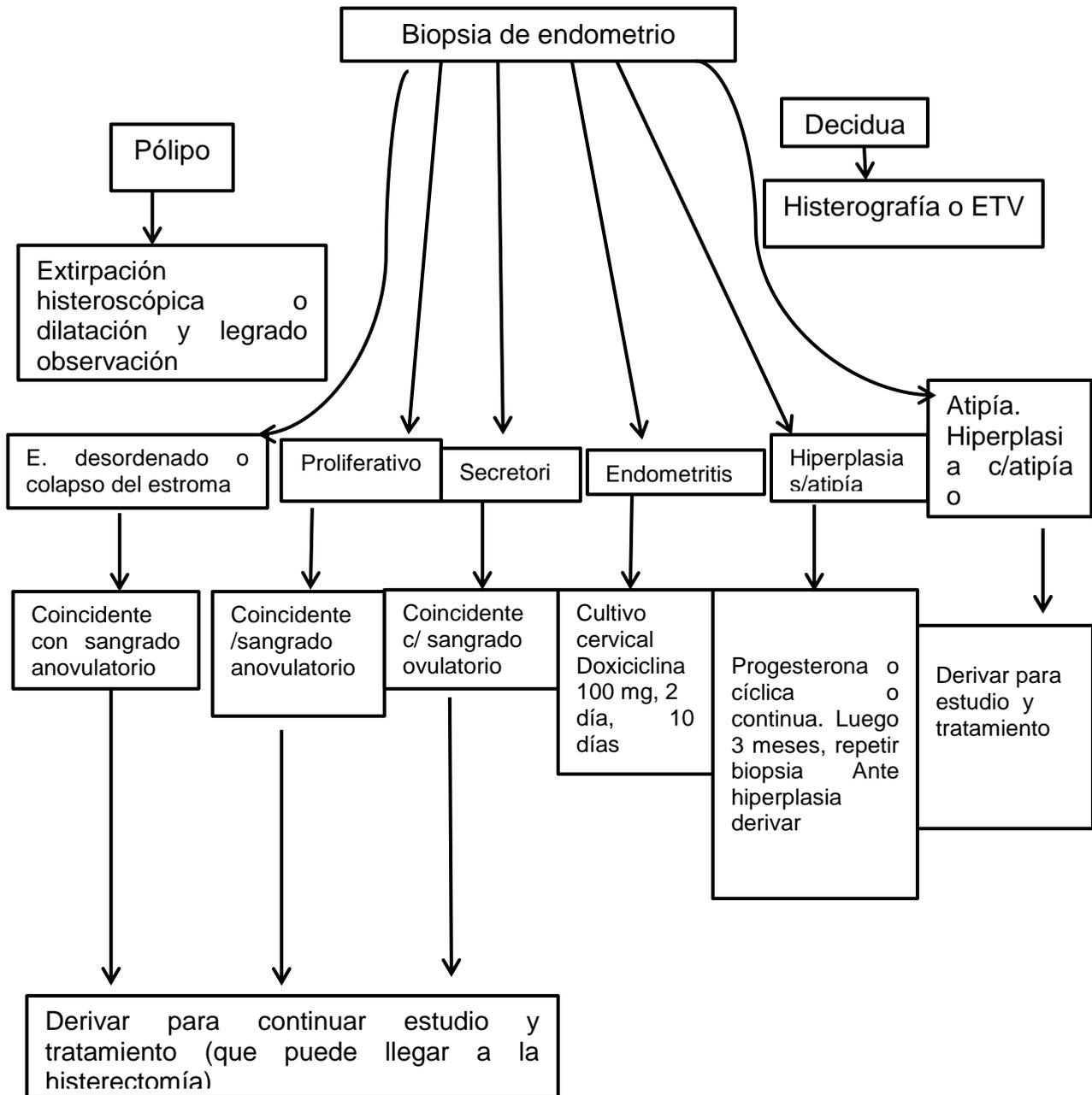
SANGRADO POR ANTICONCEPTIVOS





SANGRADO ANORMAL ASOCIADO CON DIU





5. MATERIALES Y METODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, de campo, documental, correlacional y de acción en el Hospital Manuel Ygnacio Montero IESS Loja.

5.2 ÁREA DE ESTUDIO:

Se realizó en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Manuel Ygnacio Montero, del IESS en la ciudad de Loja, con la colaboración del personal Médico de los servicios Ginecología y Obstetricia, Imagen y Patología de esta casa de Salud, en el Período comprendido entre enero - junio 2014; en donde se captó a la paciente, se realizó los estudios de imagen y la revisión del diagnóstico respectivo del estudio patológico.

5.3 UNIVERSO:

Todas las pacientes con Sangrado Uterino Anormal, que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Manuel Ygnacio Montero del IESS Loja; en el período enero - junio 2014

5.4 MUESTRA:

Estuvo integrado por 67 pacientes, mujeres mayores de 40 años que presentan Sangrado uterino anormal

5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todas aquellas pacientes con sangrado Uterino anormal a las cuales se les realizó procedimientos clínicos, ecosonográficos (abdominal) y toma de

muestras de tejido para estudio anatomopatológico, que acudieron al Hospital Manuel Ygnacio Montero, y que fueron valorados por los Médicos: Ginecólogo-Obstetra Tratante de la Institución, doctor Luis Orellana; Imagenólogo y Anatomopatólogo.

5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todas aquellas pacientes en las cuales se haya realizado histeroscopia, para colocación o extracción de dispositivo intrauterino.

Mujeres embarazadas o con sospecha de ese estado.

Mujeres con infecciones pélvicas.

Pacientes con diagnóstico de neoplasias ginecológicas y que estén con tratamiento coadyuvante.

Pacientes que estén recibiendo tratamiento hormonal

Pacientes que no completan el screening diagnóstico (clínico, ecográfico e histopatológico).

Pacientes son SUA < de 40 años de edad.

5.5 ANÁLISIS:

Se analizó la edad, paridad, sintomatología, intervenciones previas, métodos diagnósticos complementarios, diagnóstico pre y postoperatorio, anatomía patológica, complicaciones y morbilidad del procedimiento.

Se realiza un análisis de los hallazgos sonográficos y se los comparó con los informes del análisis histopatológico del material obtenido.

Se revisó historias clínicas y analizó los datos en una planilla de recolección, y de cálculos previamente confeccionada por el Autor, para

correlacionar la clínica, la sonografía y el resultado de patología del diagnóstico de Sangrado Uterino Anormal.

En este estudio se realizó el análisis de los datos de interés de forma prospectiva, a partir de la sospecha clínica sangrado uterino anormal(SUA), misma que se realizó en todos los casos por un único operador (Imagenólogo Especialista) de la Institución. Y se revisarán los resultados anatomopatológicos.

5.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se realizó con el apoyo de una ficha elaborada por el investigador y que contiene las variables en estudio, el expediente clínico, los resultados de la sonografía, y del estudio histopatológico.

Se han omitido los nombres de las pacientes y, la identificación de la ficha corresponderá al de la secuencia de presentación de las pacientes

La fuente de información fue directa con la paciente y los Médicos que apoyaron la realización del presente estudio.

Se aplicó un documento para consentimiento informado para la realización de los procedimientos y la toma de muestras

5.7 ANÁLISIS

Los resultados estadísticos se han levantado en una base de datos y se analizaron en el programa Excel 2010 y SPSS STADISTICS VERSION 18 y los resultados se han incluido en tablas donde se muestran las variables del estudio con cuadros de frecuencia y grafico a través del análisis estadístico descriptivo que analizamos cualitativa y cuantitativamente, de los resultados,

se han analizado los datos obtenidos utilizando tablas para cálculo de sensibilidad y especificidad que correlacionarán los datos del estudio.

Estos resultados los plasmamos a la formula para medir:

$$\text{Sensibilidad} = \frac{\text{diferencia de verdaderos positivos}}{\text{total casos positivos}} \times 100$$

$$\frac{a}{a+c} \times 100 = \frac{VP}{VP+FN} \times 100\%$$

$$\text{Especificidad} = \frac{\text{diferencia de falsos negativos}}{\text{total casos negativos}} \times 100 =$$

$$\frac{b}{b+d} \times 100 = \frac{VN}{VN+FP} \times 100\%$$

$$\text{Valor Predictivo Positivo} = \frac{\text{verdaderos positivos}}{\text{verdaderos positivos} + \text{falsos positivos}} \times 100$$

$$\text{Valor Predictivo Negativo} = \frac{\text{verdaderos negativos}}{\text{verdaderos negativos} + \text{falsos negativos}} \times 100$$

5.8 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

5.8.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó previa autorización del señor doctor Nelson Samaniego Director Médico del HMYM IESS Loja y de los Líderes de los Departamentos de Ginecología y Obstetricia, Imagenología y Anatomopatología de la entidad de salud.

Los pasos a seguir fueron los siguientes:

Revisión de la Historia Clínica de las pacientes con SUA

Se constataron los criterios de inclusión y exclusión del trabajo investigativo

Se informó a la usuaria sobre el trabajo a realizarse y se obtuvo su autorización para la recolección de sus datos por medio del uso de un formato de consentimiento informado.

La ejecución recolección y análisis del trabajo, se llevara de la siguiente manera.

1.- Se llenaron los datos de filiación de la paciente en un formulario previamente diseñado para el efecto, en el mismo constan los datos de antecedentes Ginecológicos y Obstétricos, de co-morbilidades; características del SUA con datos que revelan su cronología, cantidad del sangrado y manejo recibido.

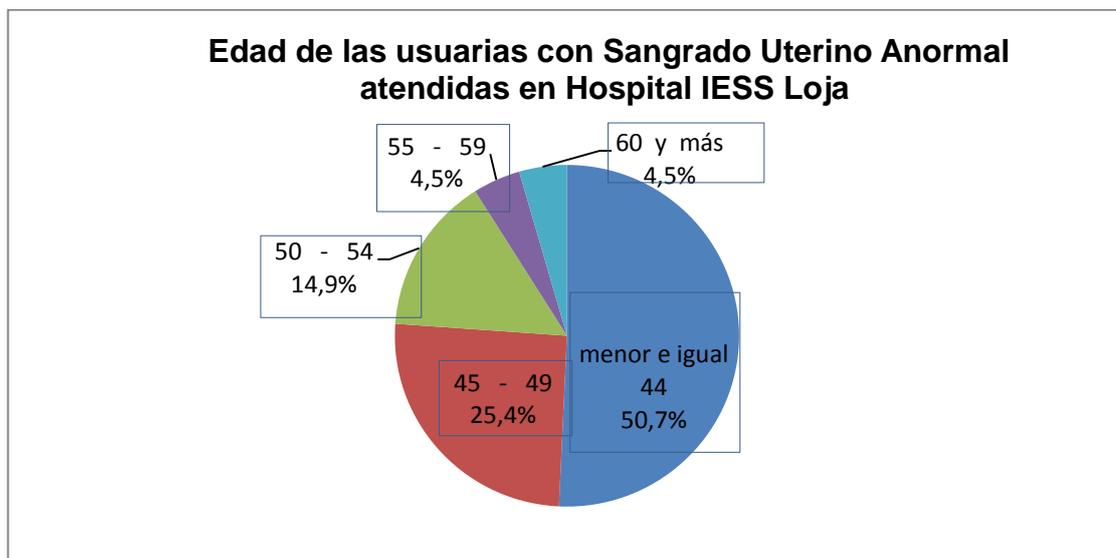
2.- Se tomaron los datos del diagnóstico clínico, que fueron obtenidos en conjunto con el apoyo del Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, del Hospital IESS Loja. Los datos del resultado ecosonográficos fueron considerados al determinar el procedimiento y fueron apoyados por el Médico Imagenólogo del Hospital; se esperó quince días el resultado de la muestra del estudio histopatológico, los datos se obtuvieron con el apoyo del jefe del Servicio de Patología de la Institución.

6. RESULTADOS

TABLA No. 1 Edad de las usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en el Hospital del IESS-Loja

Grupos de Edad	Frecuencia	Porcentaje
40 - 44	34	50,7
45 - 49	17	25,4
50 - 54	10	14,9
55 - 59	3	4,5
60 y más	3	4,5
Total	67	100,0

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



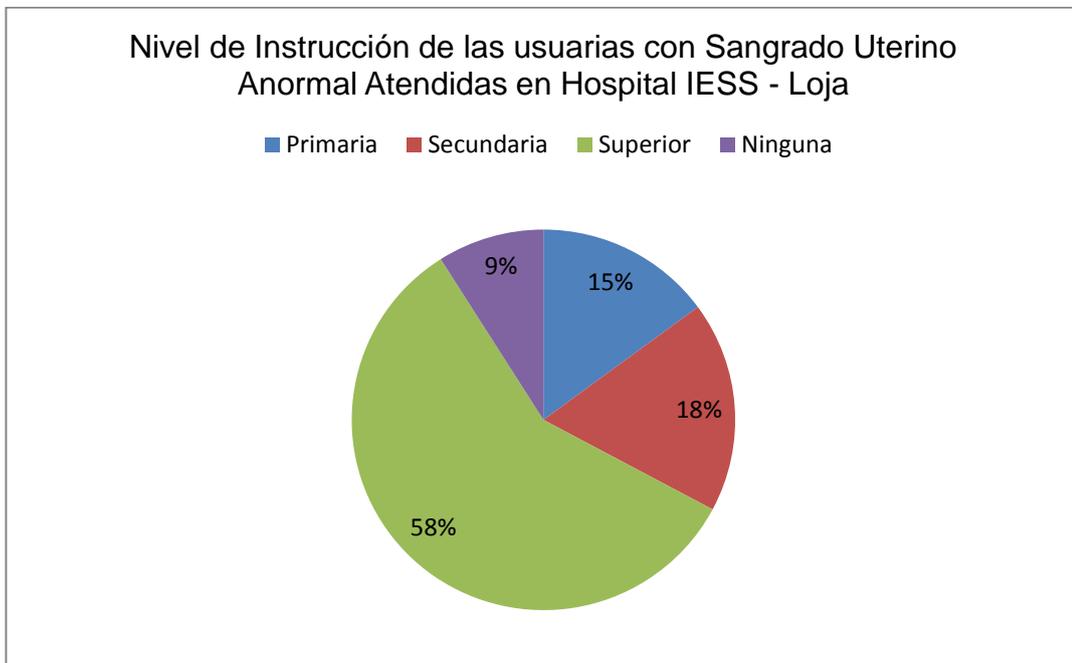
ANÁLISIS

Que la edad es 50,7 % entre los 40 y 44 años de edad y de, 25,4 % entre los 45 y 49 años de edad.

TABLA No. 2 Nivel de Instrucción de las usuarias con Sangrado Uterino Anormal Atendidas en Hospital IESS - Loja

Nivel de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	10	14,9
Secundaria	12	17,9
Superior	39	58,2
Ninguna	6	9,0
Total	67	100,0

FUENTE: HISTORIA CLINICA, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
 ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ TAPIA



ANÁLISIS

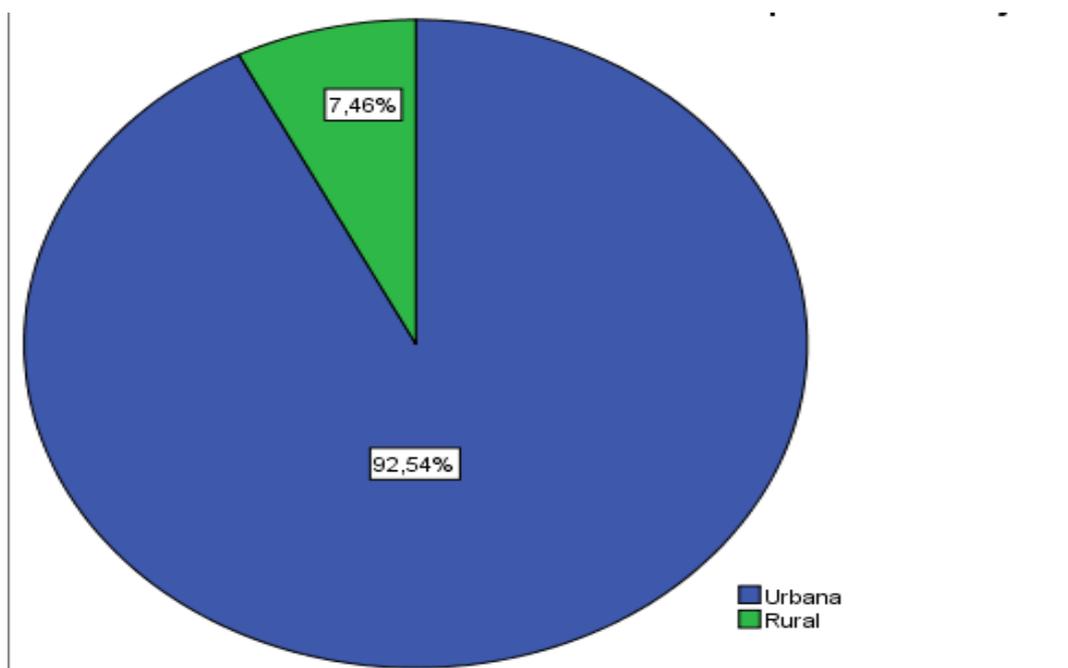
El 58,2% tienen nivel de Instrucción superior, el 17,9% instrucción secundaria, y un 9% no tienen instrucción

TABLA No. 3 Procedencia de las usuarias con sangrado Uterino Anormal atendidas en el Hospital IESS - Loja

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	62	92,5
Rural	5	7,5
Total	67	100,0

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA

Procedencia de las usuarias con sangrado Uterino Anormal atendidas en el Hospital IESS - Loja



ANÁLISIS

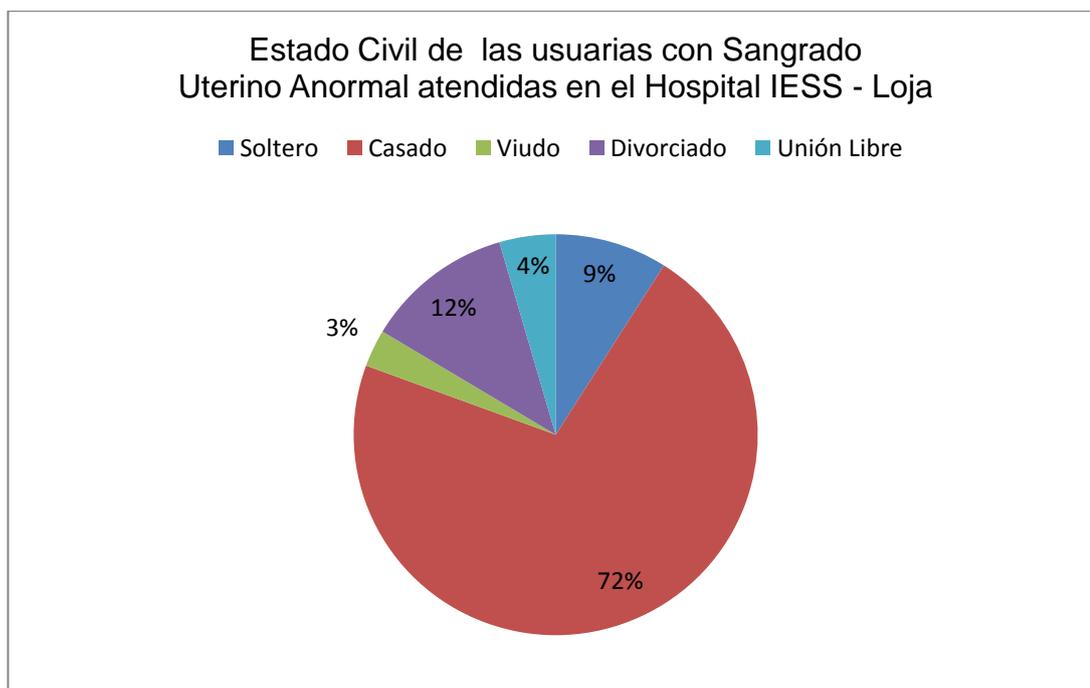
El 92,54% son procedentes del área urbana y un 7,46% de la zona rural.

TABLA No. 4 Estado Civil de las usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en el Hospital IESS - Loja

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	6	9,0
Casado	48	71,6
Viudo	2	3,0
Divorciado	8	11,9
Unión Libre	3	4,5
Total	67	100,0

FUENTE: HOJA DE RECOECCION DE DATOS

ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



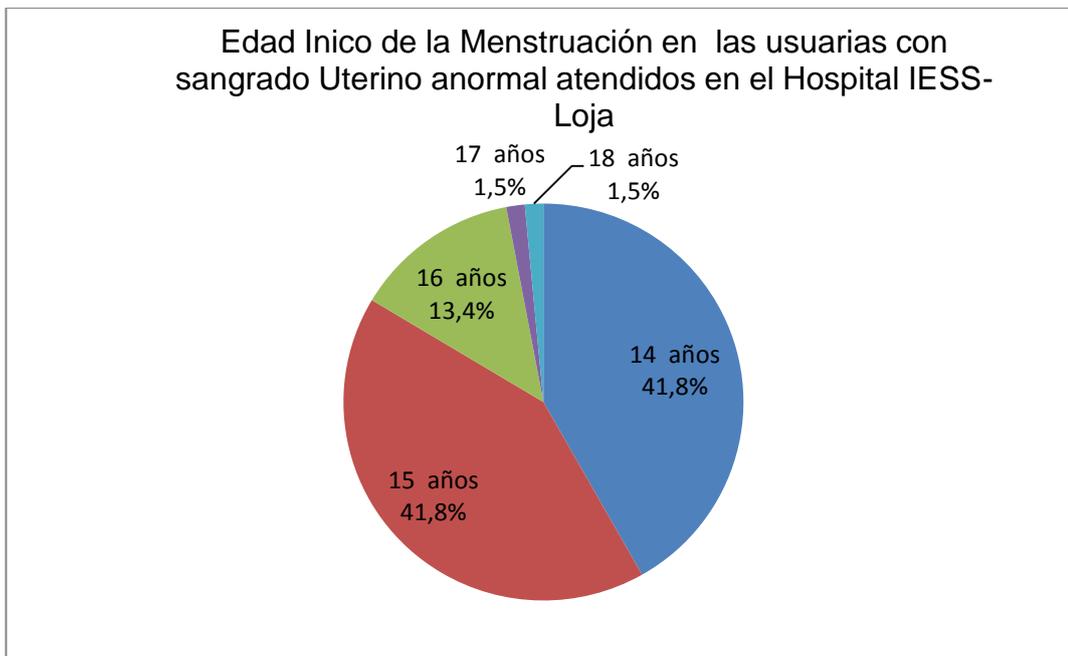
ANÁLISIS

El 71,4% estado civil casada, en 11,94%, divorciadas y en el 8,96% solteras

TABLA No. 5 Edad Inicio de la Menstruación de las usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en el Hospital IESS – Loja

Edad inicio Menarquia (años)	Frecuencia	Porcentaje
14 años	28	41,8
15 años	28	41,8
16 años	9	13,4
17 años	1	1,5
18 años	1	1,5
Total	67	100,0

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



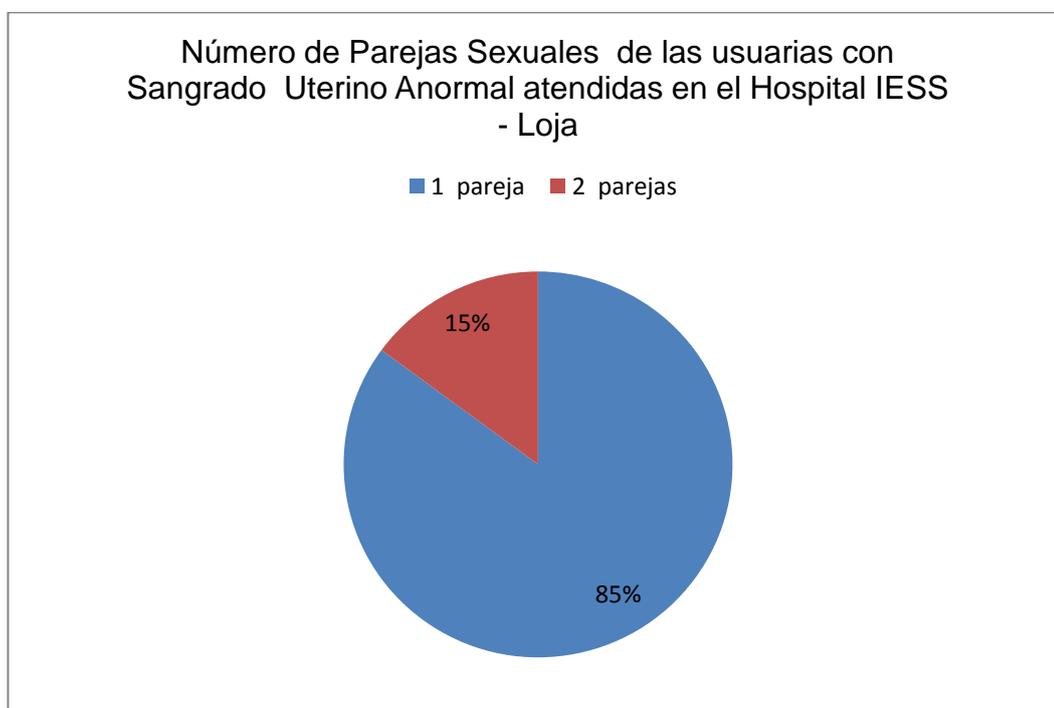
ANÁLISIS

La edad de presentación de la menarquia es entre los 14 y 15 años, que representan 83,6%, y a los 16 años se presentó en el 13,4%

TABLA No. 6 Número de Parejas Sexuales de las usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en el Hospital IESS - Loja

Nro. parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
1 pareja	57	85,1
2 parejas	10	14,9
Total	67	100,0

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



ANÁLISIS

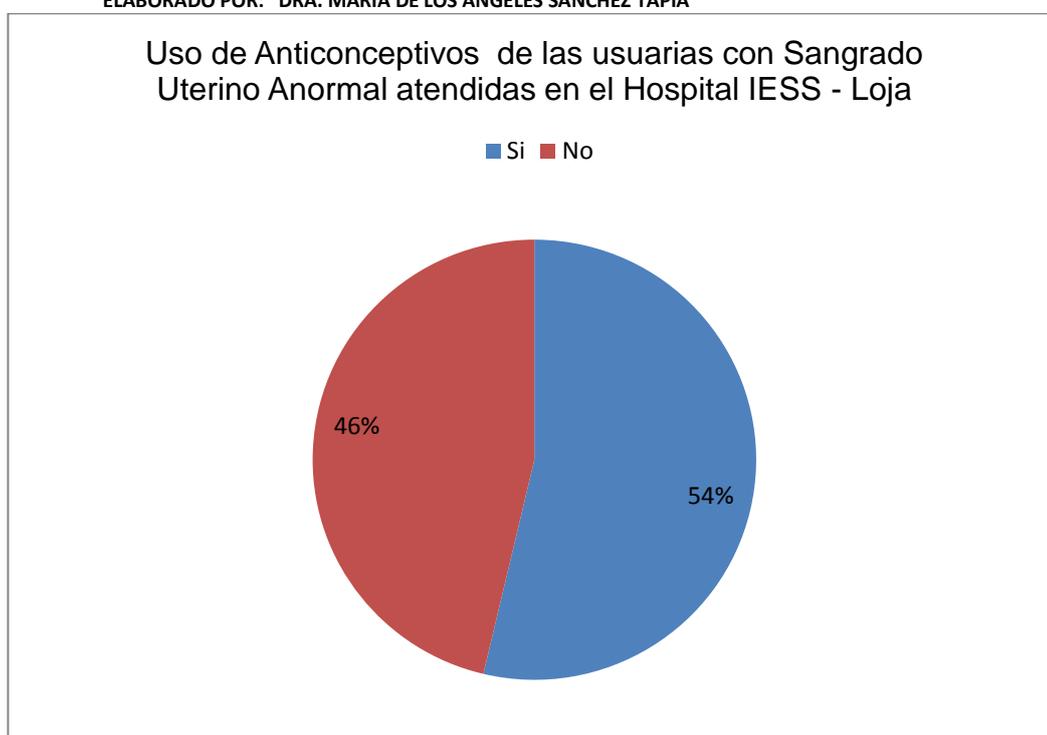
El 85,1% ha tenido una pareja sexual y el 14,9% dos parejas sexuales

TABLA No. 7 Uso de Anticonceptivos de las usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en el Hospital IESS - Loja

Usaron anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	53,7
No	31	46,3
Total	67	100,0

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



ANÁLISIS

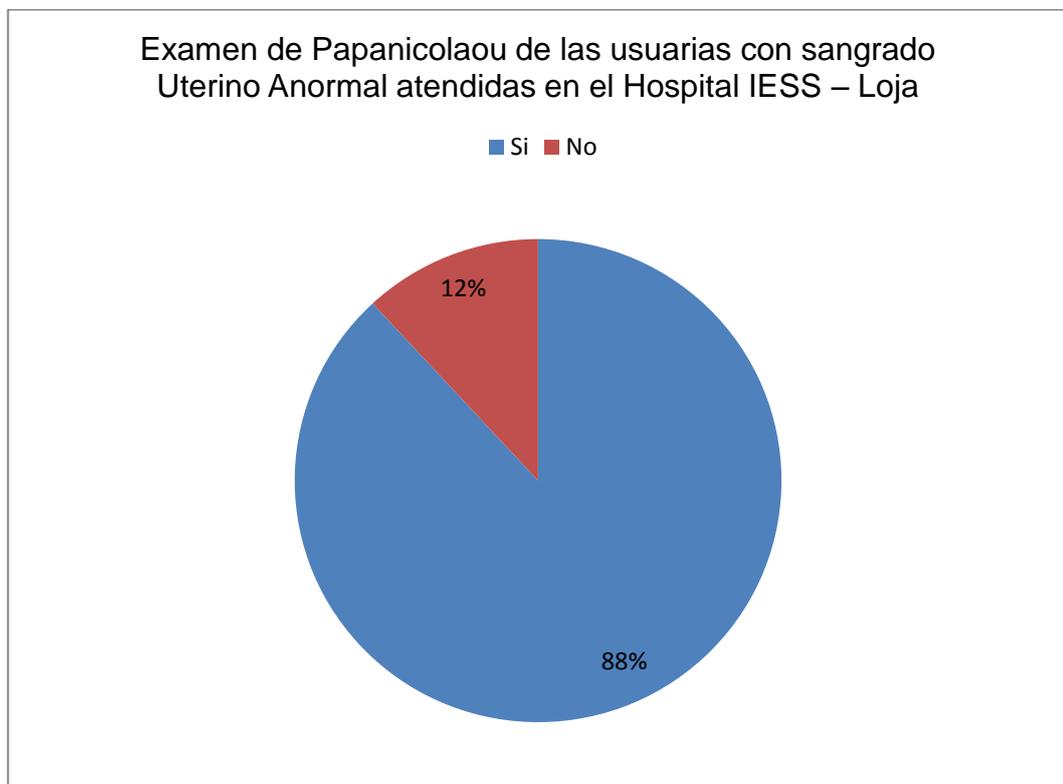
El 53,7% usaron anticonceptivos y el 46,3 % no usaron.

TABLA No. 8 Examen de Papanicolaou de las usuarias con sangrado Uterino Anormal atendidas en el Hospital IESS – Loja

Examen de Papanicolaou	Frecuencia	Porcentaje
Si	59	88,1
No	8	11,9
Total	67	100,0

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ TAPIA



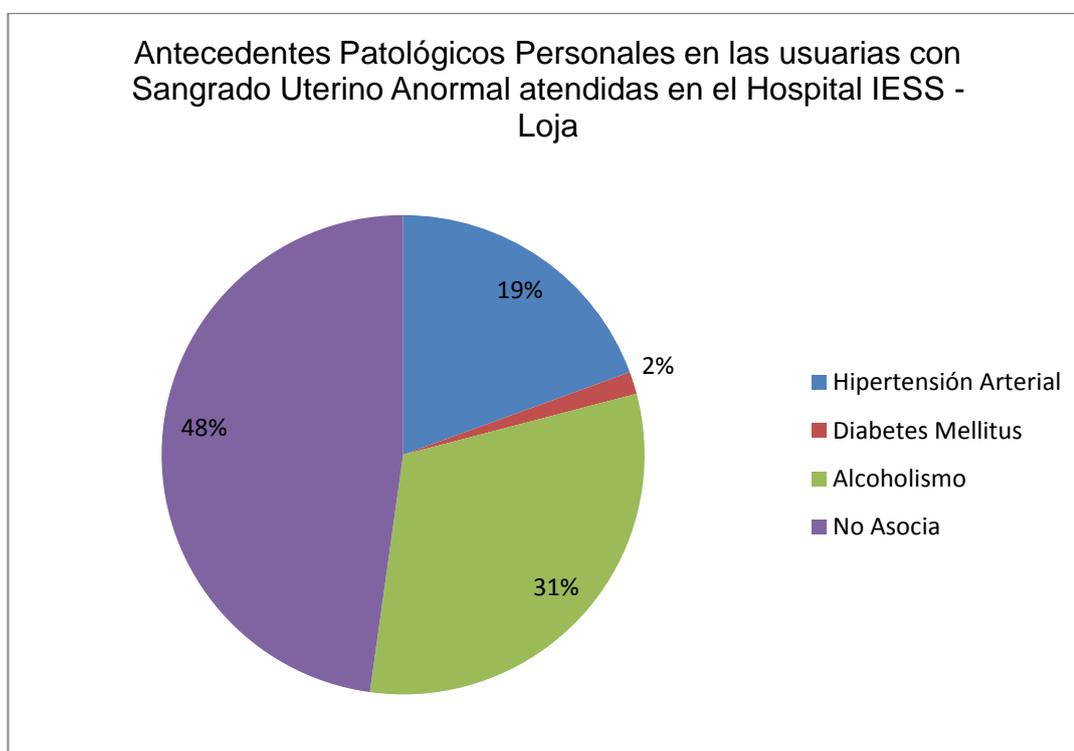
ANÁLISIS

El 88,1 % se ha realizado examen de Papanicolaou y el 11,9% no se ha realizado el examen.

TABLA No. 9 Antecedentes Patológicos Personales en las usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en el Hospital IESS - Loja

Antecedentes patológicos	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial	13	19,4
Diabetes Mellitus	1	1,5
Alcoholismo	21	31,3
No Asocia	32	47,8
Total	67	100,0

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



ANÁLISIS

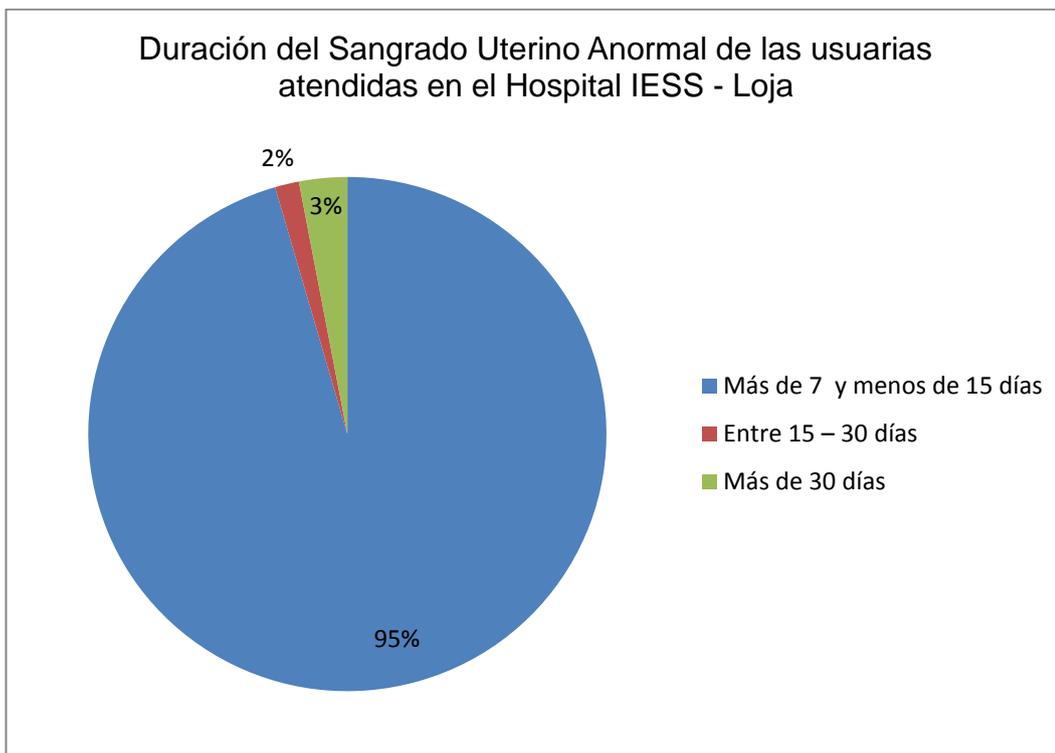
Los antecedentes patológicos de las usuarias son: alcoholismo el 31,3%, hipertensión arterial el 19,4%. No asocia el 47,8%

TABLA No 10 Duración del Sangrado Uterino Anormal de las usuarias atendidas en el Hospital IESS - Loja

Características clínicas del Sangrado	Frecuencia	Porcentaje
Más de 7 y menos de 15 días	64	95,5
Entre 15 – 30 días	1	1,5
Más de 30 días	2	3,0
Total	67	100,0

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



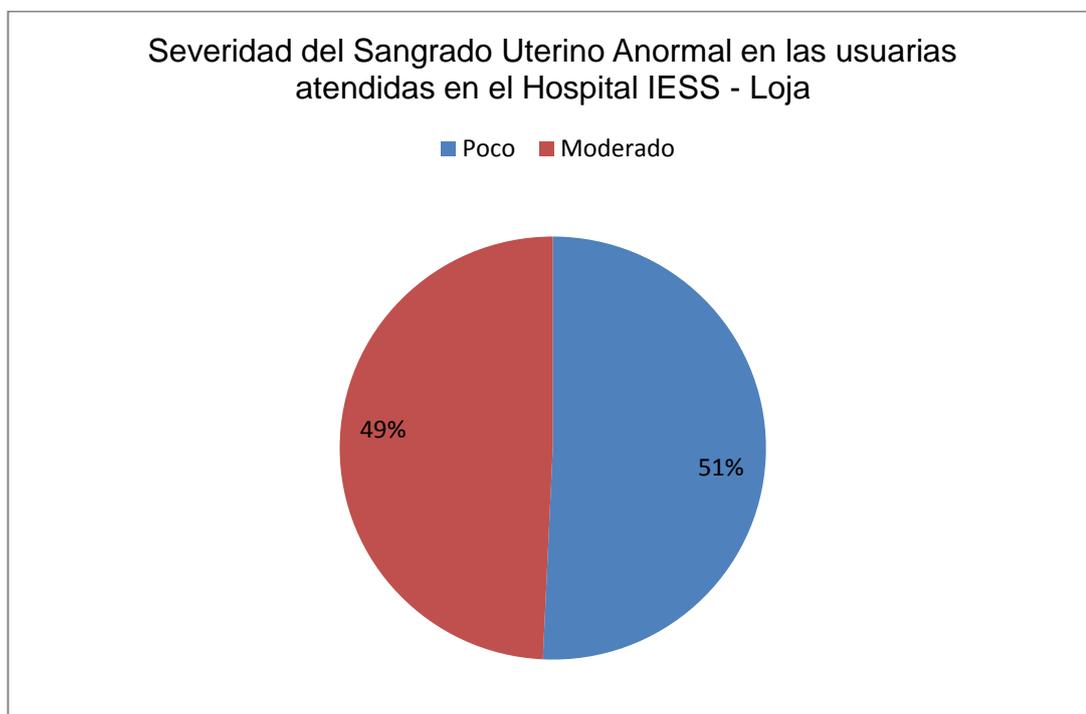
ANÁLISIS

El 95,5% presentaron sangrado entre 7 y 15 días. En el 3% más de 30 días.

TABLA No. 11 Severidad del Sangrado Uterino Anormal en las usuarias atendidas en el Hospital IESS - Loja

Severidad del Sangrado Uterino Anormal	Frecuencia	Porcentaje
Poco*	34	50,7
Moderado*	33	49,3
Total	67	100,0

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



* Considerando que poco representa sangrado inferior a 150cc y moderado entre 150 y 300 cc.

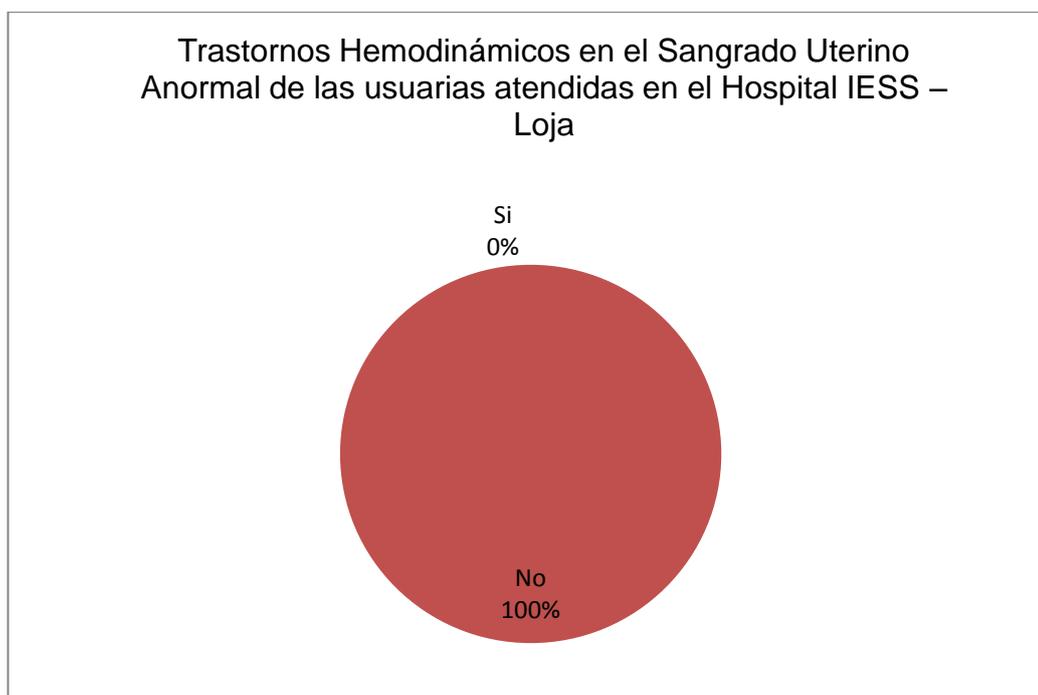
ANÁLISIS

El sangrado como causa de consulta representa en cuanto a severidad poco 50,7% y moderado 49,3%.

TABLA No. 12 Trastornos Hemodinámicos en el Sangrado Uterino Anormal de las usuarias atendidas en el Hospital IESS – Loja

Trastornos hemodinámicos	Frecuencia	Porcentaje
Si*	0	0,0
No*	67	100,0
Total	67	100,0

FUENTE: HISTORIA CLINICA, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



*para que exista trastorno hemodinámico debe existir una pérdida mayor al 16% del volumen sanguíneo circulante (1000 cc)

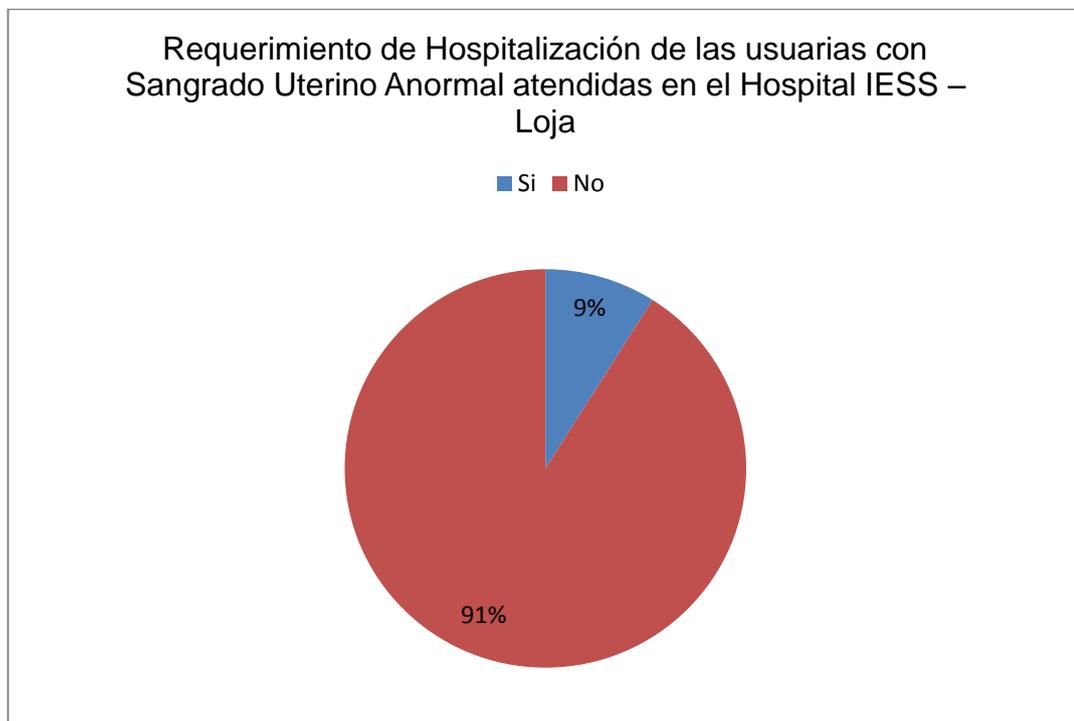
ANÁLISIS

El sangrado no desarrolló trastornos hemodinámicos en el 100%.

TABLA No. 13 Requerimiento de Hospitalización de las usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en el Hospital IESS – Loja

Requirió hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	9,0
No	61	91,0
Total	67	100,0

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



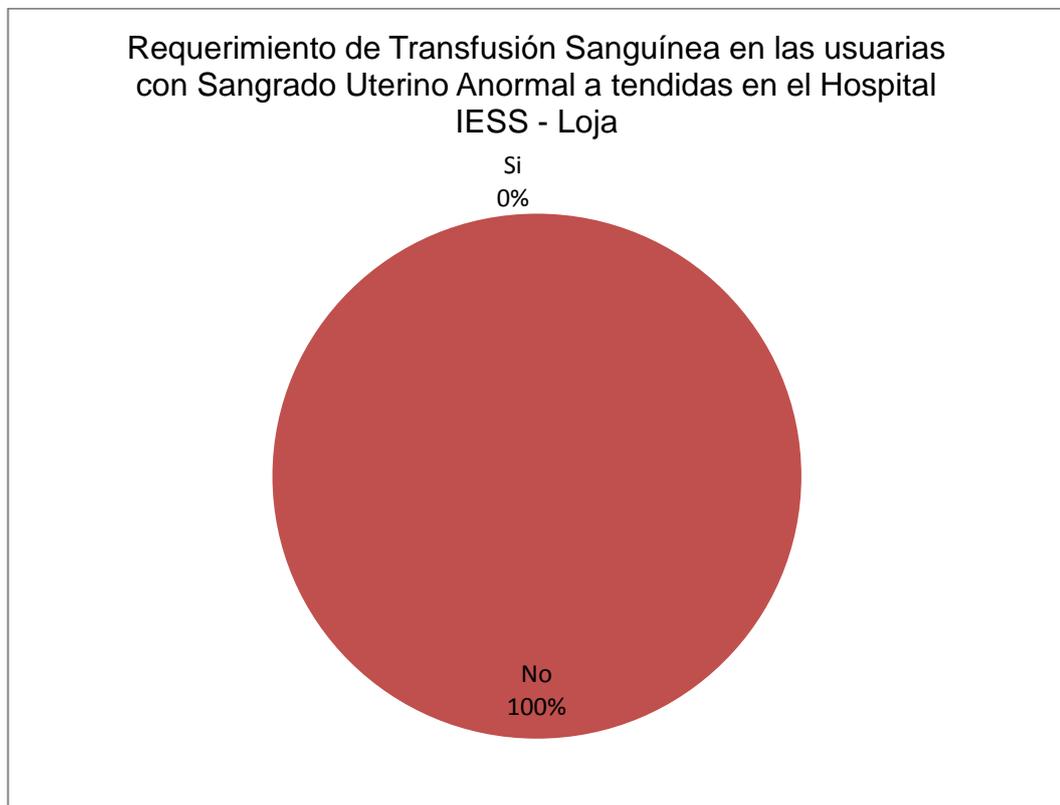
ANÁLISIS

El 9% requirieron hospitalización y el 91% no requirieron.

TABLA No. 14 Requerimiento de Transfusión Sanguínea en las usuarias con Sangrado Uterino Anormal a tendidas en el Hospital IESS - Loja

Requirió transfusión sanguínea	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0,0
No	67	100,0
Total	67	100,0

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
 ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



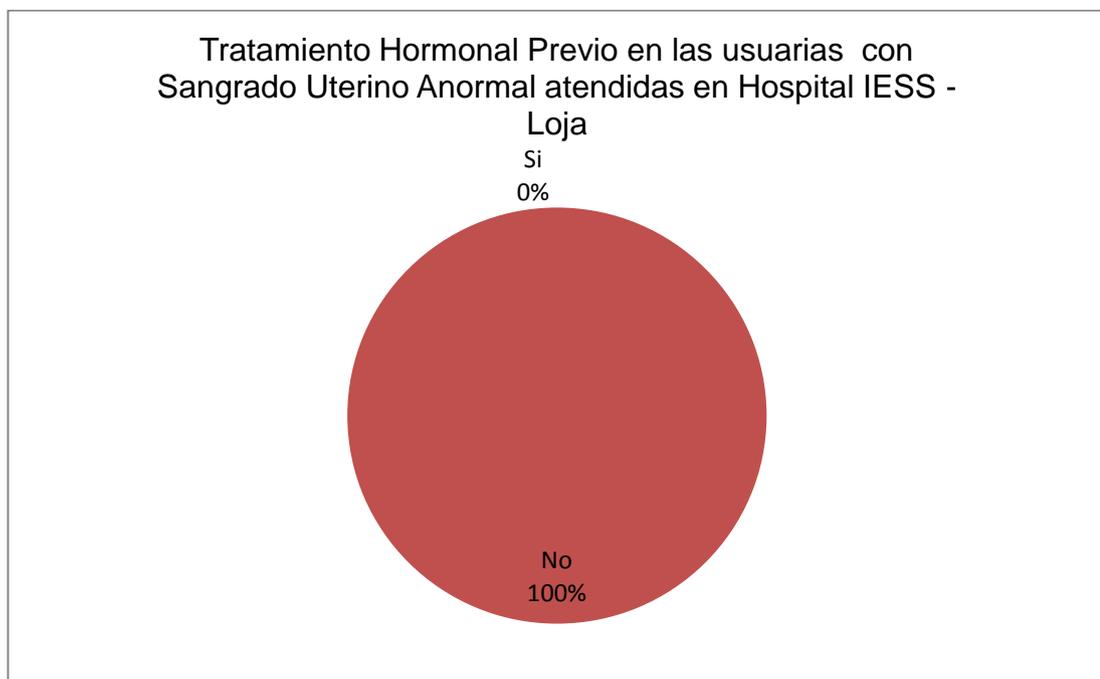
ANÁLISIS

El 100% NO necesitaron de transfusión sanguínea.

TABLA No. 15 Tratamiento Hormonal Previo en las usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en Hospital IESS - Loja

Tratamiento hormonal previo	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0,0
No	67	100,0
Total	67	100,0

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
 ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



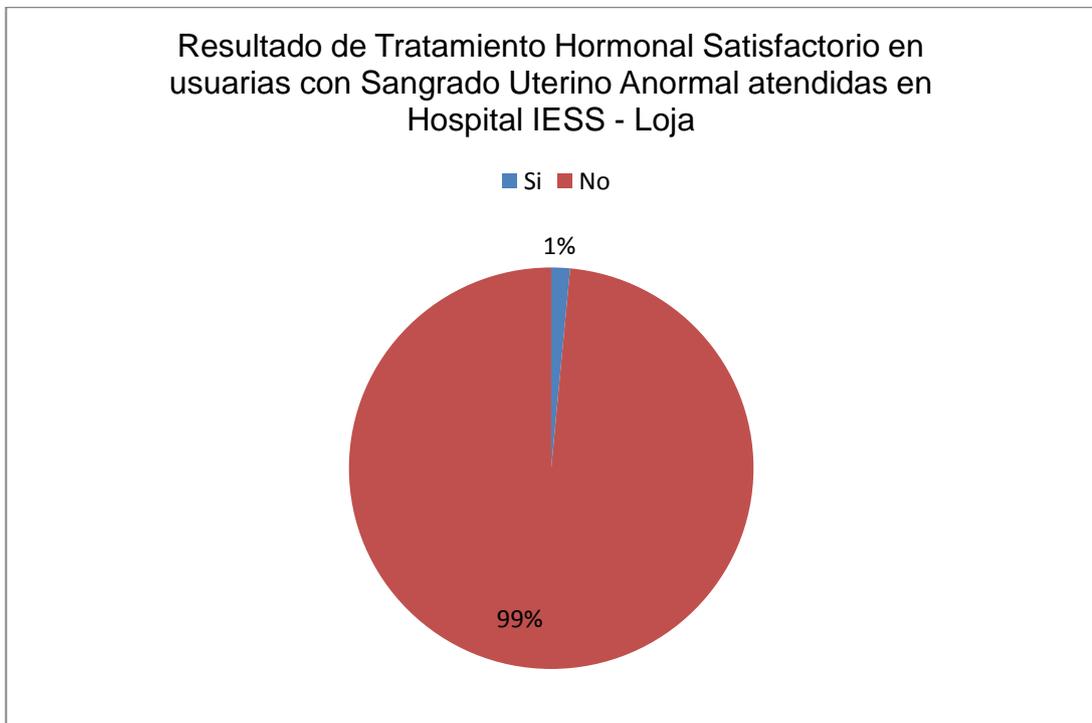
ANÁLISIS

El 100 % no requirió tratamiento hormonal previo.

TABLA No. 16 Resultado de Tratamiento Hormonal Satisfactorio en usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en Hospital IESS - Loja

Resultado de tratamiento hormonal	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	1,5
No	66	98,5
Total	67	100,0

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA
ELABORADO POR: INVESTIGADOR



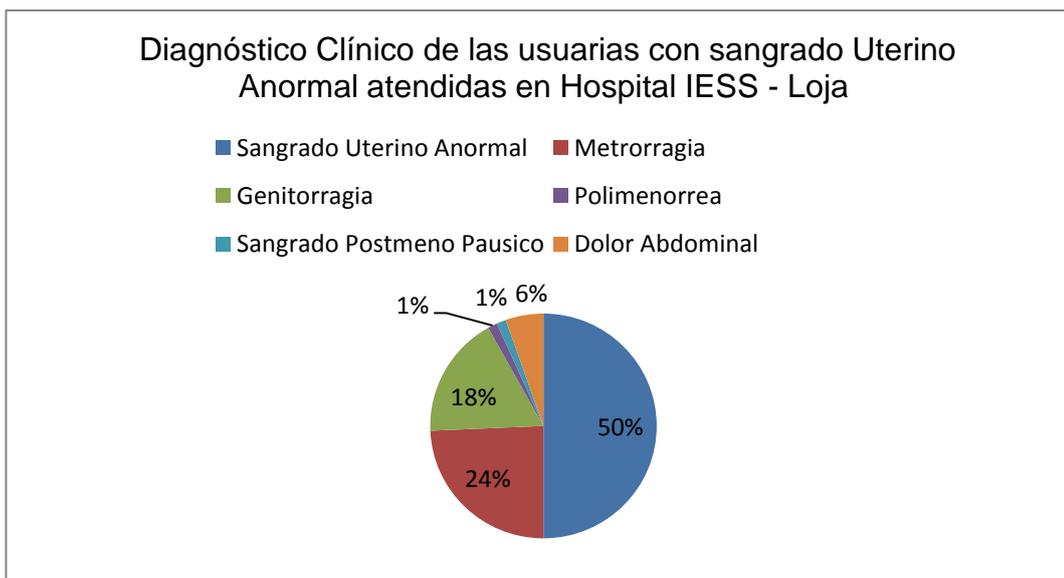
ANÁLISIS

El 1,5% de las usuarias indicó satisfacción por el tratamiento (estrógenos conjugados), el 98,5% no recibió tratamiento hormonal

TABLA No.17 Diagnóstico Clínico de las usuarias con sangrado Uterino Anormal atendidas en Hospital IESS - Loja

Diagnóstico Clínico		
	Nº	Porcentaje
Sangrado Uterino Anormal	37	50,0%
Metrorragia	18	24,3%
Genitorragia	13	17,6%
Polimenorrea	1	1,4%
Sangrado Postmenopaúsico	1	1,4%
Dolor Abdominal	4	5,4%
Total	74	100,0%

FUENTE: REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



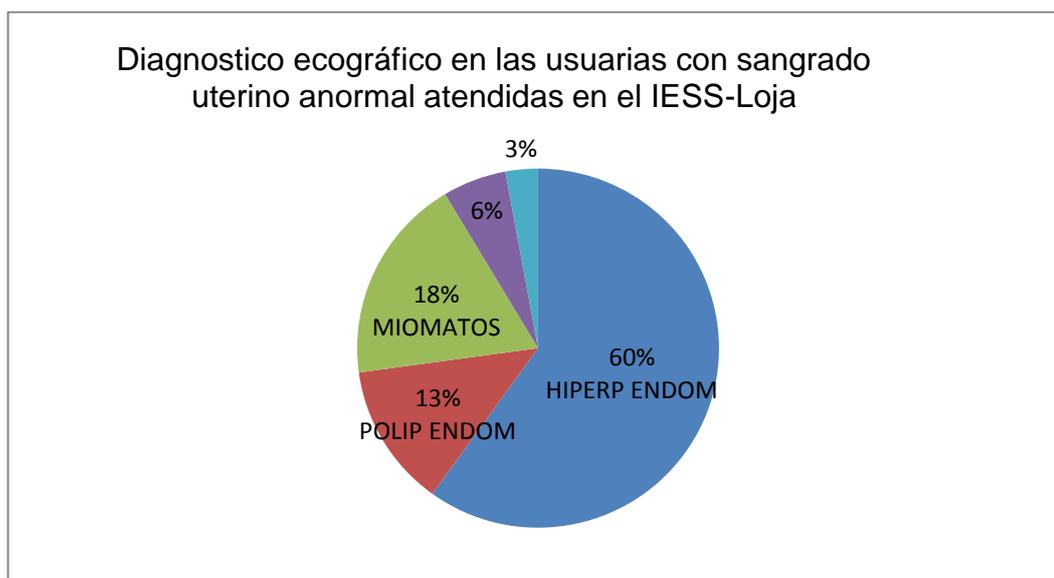
ANÁLISIS

El 50% corresponden a Sangrado Uterino Anormal, metrorragia el 24,3%; genitorragia 17,6% y polimenorrea 1,4%.

TABLA No. 18 Diagnóstico Ecográfico de usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en Hospital IESS - Loja

Diagnóstico Ecográfico		
	Nº	Porcentaje
Hiperplasia Endometrial	42	60,0%
Pólipo Endometrial	9	12,9%
Miomatosis Uterina	13	18,6%
Normal	4	5,7%
No hay datos	2	2,9%
Total	70	100,0%

FUENTE: REGISTRO ECOSONOGRAFICO, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



ANÁLISIS

La hiperplasia endometrial predominó con el 60%, pólipo endometrial 12,9%, miomatosis uterina con 18,6%. En un 2,9% no se registran datos.

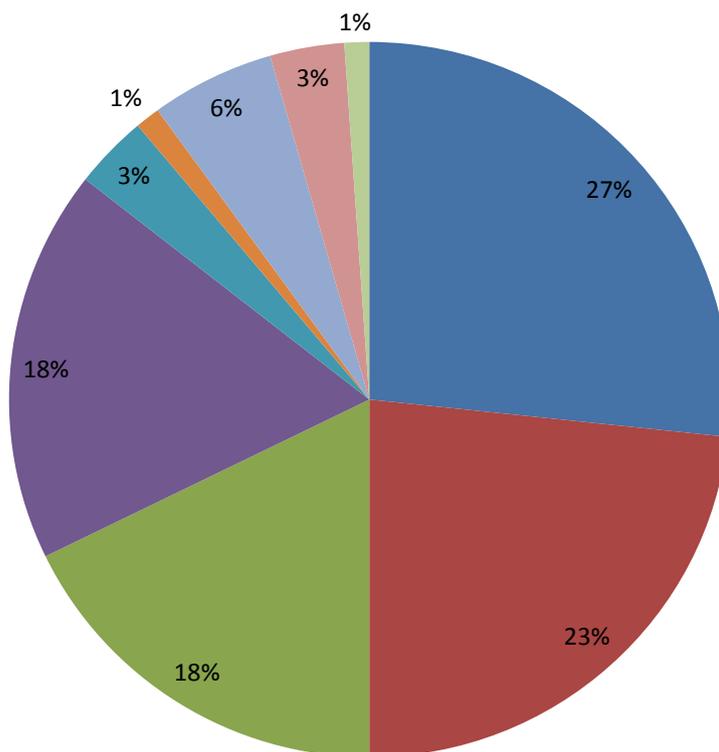
TABLA No. 19 Resultado Histopatológico en usuarias atendidas con Sangrado Uterino Anormal en el Hospital IESS – Loja

Resultado Histopatológico		
	Nº	Porcentaje
Hiperplasia Endometrial	24	26,7%
Pólipo Endometrial	21	23,3%
Leiomiomatosis Uterina	16	17,8%
Endometrio Secretor	16	17,8%
Muestra insuficiente	3	3,3%
Restos Ovulares	1	1,1%
Miometrio fibroso	5	5,6%
Cervicitis	3	3,3%
Adenomiosis	1	1,1%
Total	90	100,0%

FUENTE: REGISTRO DE LOS RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA

Resultado Histopatológico en usuarias atendidas con Sangrado Uterino Anormal en el Hospital IESS – Loja

- Hiperplasia Endometrial
- Polipo Endometrial
- Leiomiomatosis Uterina
- Endometrio Secretor
- Muestra insuficiente
- Restos Ovulares
- Miometrio fibroso
- Cervicitis
- Adenomiosis



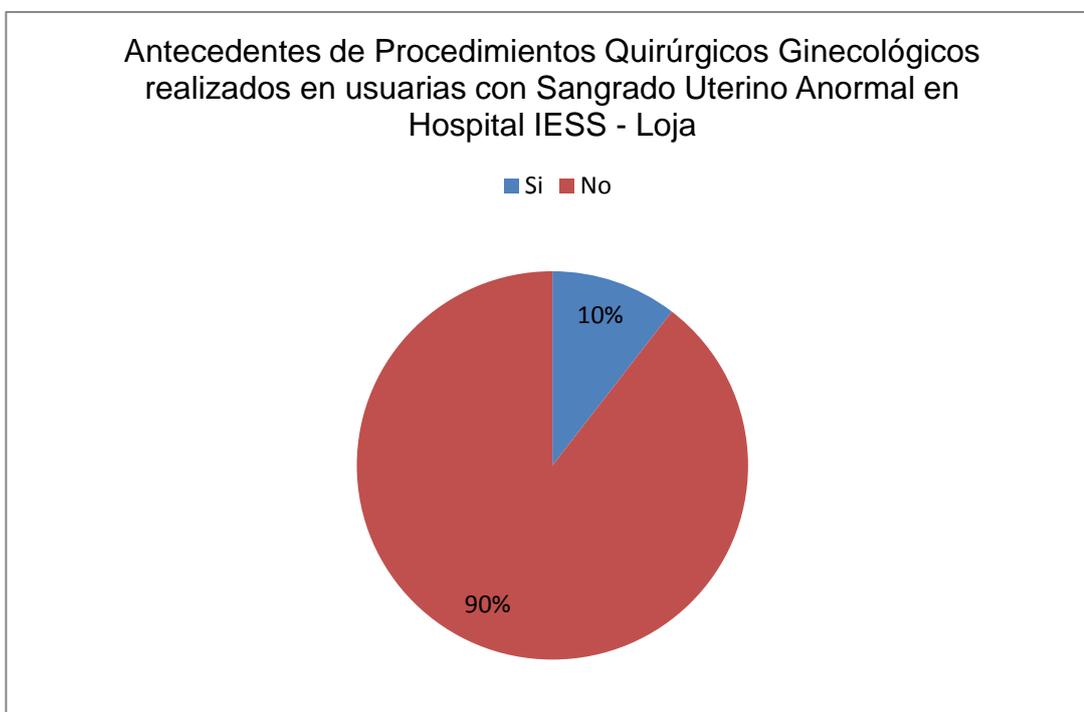
ANÁLISIS

La hiperplasia endometrial se presenta en el 26,7%; pólipo endometrial 23,3% y leiomiomatosis uterina 17,8%.

TABLA No. 20 Antecedentes de Procedimientos Quirúrgicos Ginecológicos realizados en usuarias con Sangrado Uterino Anormal en Hospital IESS - Loja

Procedimientos Quirúrgicos	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	10,4
No	60	89,6
Total	67	100,0

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
 ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ TAPIA



ANÁLISIS

El 10,4% fue sometida a procedimientos quirúrgicos y el 89,6 % no.

TABLA No. 21 Patologías Ginecológicas asociadas en las usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en Hospital IESS – Loja

Patologías Ginecológicas	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0,0
No	67	100,0
Total	67	100,0

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



ANÁLISIS

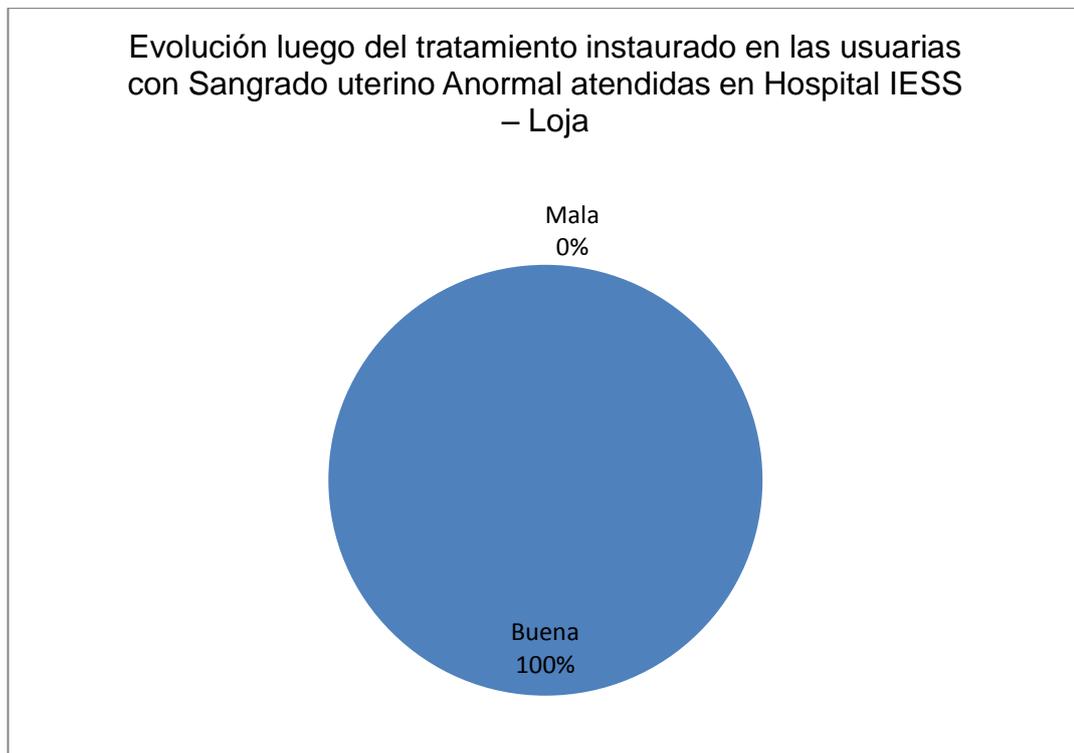
El 100%, NO presentó patología ginecológica asociada

TABLA No. 22 Evolución luego del tratamiento instaurado en las usuarias con Sangrado uterino Anormal atendidas en Hospital IESS – Loja

Evolución Paciente	Frecuencia	Porcentaje
Buena	67	100,0
Mala	0	0,0
Total	67	100,0

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA

ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



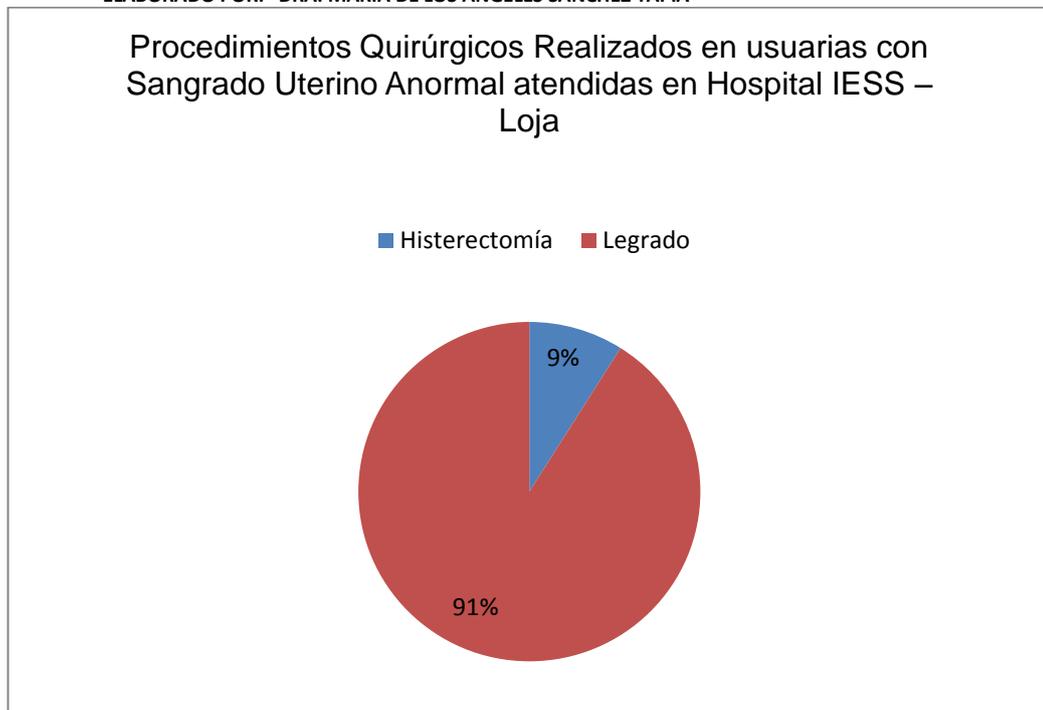
ANÁLISIS

La evolución de las pacientes luego de haber recibido los tratamientos clínico y/o quirúrgico fue buena en el 100%

TABLA No. 23 Procedimientos Quirúrgicos Realizados en usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en Hospital IESS – Loja

Procedimientos Quirúrgicos	Frecuencia	Porcentaje
Histerectomía	6	9,0
Legrado	61	91,0
Total	67	100,0

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



ANÁLISIS

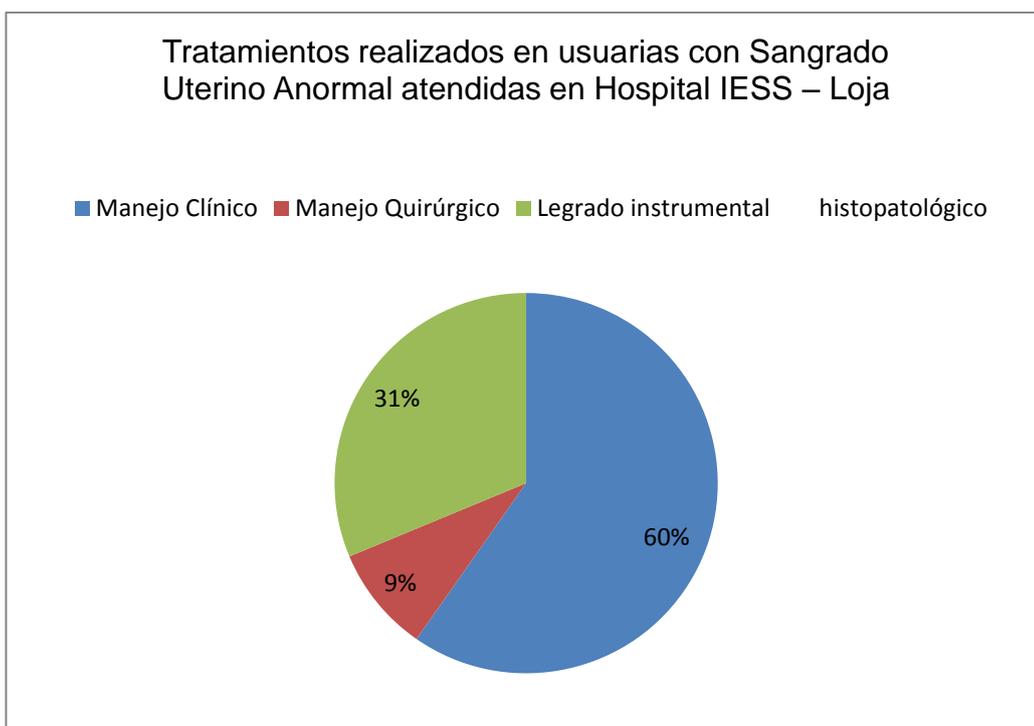
En el 9% de las usuarias, se realizó histerectomía y en el 91% legrado como manejo diagnóstico y terapéutico

TABLA No. 24 Tratamientos realizados en usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en Hospital IESS – Loja

Tratamientos realizados	Frecuencia	Porcentaje
Manejo Clínico	40	59,7
Manejo Quirúrgico	6	9,0
Legrado instrumental - histopatológico	21	31,3
Total	67	100,0

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA

ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA



ANÁLISIS

EL tratamiento clínico fue el 59,7%, el 9,0% quirúrgico y 31,3% legrado instrumental con resultado histopatológico.

Tabla No. 25 Correlación de los Diagnóstico Clínico y Ecográfico en las usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en el Hospital IESS-Loja

Resultados de Ecografía		Diagnóstico		Total
		Enfermo	Sano	
Positivo	Recuento	59	4	63
	% dentro de Diagnóstico Clínico	93,7%	6,3%	100,0%
Negativo	Recuento	4	0	4
	% dentro de Diagnóstico Clínico	100,0%	,0%	100,0%
Total	Recuento	63	4	67
	% dentro de Diagnóstico Clínico	94,0%	6,0%	100,0%

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA

$$\text{Sensibilidad} = \frac{59}{59+4} * 100 = 93.7\%$$

$$\text{Especificidad} = \frac{0}{0+4} * 100 = 0.0\%$$

$$\text{ValorP+} = \frac{59}{59+4} * 100 = 93.7\%$$

$$\text{ValorP-} = \frac{0}{4+0} * 100 = 0.0\%$$

ANÁLISIS

La correlación entre los diagnósticos clínico y ecográfico, tiene sensibilidad del estudio ecosonográfico corresponde al 93,7% con un valor predictivo positivo y sensibilidad del 93,7%, con especificidad del 0,0%.

Tabla No. 26 Correlación de los Diagnóstico Clínico e Histopatológico en las usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en el Hospital IESS-Loja

Resultados Histopatológicos		Diagnóstico		Total
		Enfermo	Sano	
Positivo	Recuento	63	0	63
	% dentro de Diagnóstico Clínico	100,0%	,0%	100,0%
Negativo	Recuento	4	0	4
	% dentro de Diagnóstico Clínico	100,0%	,0%	100,0%
Total	Recuento	67	0	67
	% dentro de Diagnóstico Clínico	100,0%	,0%	100,0%

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA

$$Sensibilidad = \frac{63}{63+4} * 100 = 94.0\%$$

$$Especificidad = \frac{0}{0+0} * 100 = \text{Error}$$

$$ValorP+ = \frac{63}{63+0} * 100 = 100.0\%$$

$$ValorP- = \frac{0}{4+0} * 100 = 0.0\%$$

ANÁLISIS

La correlación entre los diagnósticos clínico e histopatológico, determina que la sensibilidad corresponde al 94%, con un valor predictivo positivo del 100, y especificidad del 0.0 %.

TABLA No. 27 Cruce de Diagnóstico Ecográfico e Histopatológico de usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en Hospital IESS - Loja

Diagnóstico Ecográfico		Diagnóstico Histopatológico									Total
		Hiperplasia Endometrial	Pólipo Endometrial	Leiomiomatosis Uterina	Endometrio Secretor	Muestra insuficiente	Restos Ovulares	Miometrio fibroso	Cervicitis	Adenomiosis	
Hiperplasia Endometrial	Recuento	22	10	5	10	1	1	3	1	0	53
	% dentro de Diag. Ecográfico	41,5%	18,9%	9,4%	18,9%	1,9%	1,9%	5,7%	1,9%	,0%	
Pólipo Endometrial	Recuento	0	6	1	2	0	0	0	0	0	9
	% dentro de Diag. Ecográfico	,0%	66,7%	11,1%	22,2%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	
Miomatosis Uterina	Recuento	1	3	10	3	0	0	2	1	0	20
	% dentro de Diag. Ecográfico	5,0%	15,0%	50,0%	15,0%	,0%	,0%	10,0%	5,0%	,0%	
Normal	Recuento	0	1	0	2	1	0	0	0	0	4
	% dentro de Diag. Ecográfico	,0%	25,0%	,0%	50,0%	25,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	
No hay datos	Recuento	0	1	0	1	1	0	0	1	1	5
	% dentro de Diag. Ecográfico	,0%	20,0%	,0%	20,0%	20,0%	,0%	,0%	20,0%	20,0%	
Total		23	21	16	18	3	1	5	3	1	91

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA, HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

ELABORADO POR: DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES SANCHEZ TAPIA

ANÁLISIS

Al realizar el cruce de los diagnósticos ecográfico e histopatológico se obtiene correlación en: 50% a miomatosis uterina, 66,7% a pólipo endometrial y 41,5% a hiperplasia endometrial.

7. DISCUSIÓN

El Sangrado Uterino Anormal (SUA) patología de estudio, correlaciona el valor de los diagnósticos clínico, ecográfico e histopatológico, basándose en estudios internacionales, es uno de los motivos más frecuentes de consulta, ocurre a cualquier edad pero sobrepasa el 50% en mujeres mayores de 40 años, siendo este el responsable del 25% del tratamiento quirúrgico. En el presente estudio, 67 pacientes fueron incluidas. La edad promedio es de 52.2 años, casadas, con instrucción académica superior, procedentes del área urbana que iniciaron vida sexual a los 23.2 años; datos que se pueden comparar con los enunciados en el artículo original publicado en Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción 2008;1(2):61-692; en nuestro estudio presentaron su menarquía a los 15,5 años, y con una sola pareja sexual, previamente la mitad de las pacientes del estudio había usado anticonceptivos hormonales como método, en un promedio de 13,2 meses en tiempo; se habría realizado papanicolaou más de un tercio de las pacientes de la muestra y con una co-morbilidad asociada en este grupo al alcoholismo e hipertensión arterial como las principales.

Datos que en la etiopatogenia del Sangrado Uterino Anormal son importantes tomarlos en cuenta y que se evidencia como causa del mismo en la literatura mundial, es así que los patrones del sangrado se ven fuertemente afectados por la edad de la paciente, uso de métodos anticonceptivos y presencia de co-morbilidades; desde el punto de vista de la fisiopatología no se conoce con precisión el mecanismo por el que se produce ésta, para algunas nosologías Sampson (1912) en sus teorías explica que se produce por alteraciones locales en la vascularidad uterina, relacionado esto a los miomas; mismos que están íntimamente relacionados con la presentación del sangrado uterino en este grupo etéreo.

Del diagnóstico clínico, el Sangrado Uterino Anormal incluye alteraciones en el patrón del sangrado menstrual normal, además del impacto en la vida de la paciente asociado o no a signos y síntomas de modificación hemodinámica; de la información recopilada y comparada con los resultados obtenidos encontramos que: en el 95,5% la característica de presentación del sangrado uterino oscila entre los 7 y 15 días de duración, con un 49,3% que en cantidad la consideraron como moderada y sin trastornos hemodinámicos. De las cuales sólo el 9% requirieron hospitalización pero no recibieron transfusión, como tampoco tenían tratamiento hormonal previo. Y en un 10,4% se reportó antecedentes de procedimientos quirúrgicos ginecológicos correspondiente a legrado y biopsia previos. En nuestro trabajo, los diagnósticos clínicos predominantes, correspondieron a sangrado uterino anormal en 37 pacientes, metrorragia en 18, y genitorragia en 13 entre las tres principales causas de atención en la unidad de salud, dato que confirma que existe variabilidad en la nomenclatura para catalogar a la causa de atención de las pacientes.

El diagnóstico ecográfico, depende del grosor del endometrio, superior a 5 mm, es así que la sensibilidad de la ecografía para el diagnóstico es del 92%, con una especificidad del 81%, dato que se limita por ser un método operador dependiente, pudiendo aparecer entonces resultados en

parámetros normales, en nuestras usuarias se realizó ecografía abdominal, encontrándose 60,0% hiperplasia endometrial, 18,6% miomatosis uterina y 12,9% con pólipo endometrial como causa del sangrado uterino anormal.

El diagnóstico histopatológico, tienen sensibilidad diagnóstica de entre el 75-86%, los pólipos endometriales representan el 23% de la causa de Sangrado Uterino Anormal de las mujeres entre los 40 y 50 años; la hiperplasia endometrial es la responsable de 25% de las causas de sangrado en la mujer posmenopáusica y la leiomiomatosis uterina de alrededor del 20%; en nuestro estudio, hemos encontrado que los miomas son los responsables del Sangrado Uterino Anormal en: 17,8%, el pólipo endometrial del 23,3% y la hiperplasia endometrial del 26,7%.

De la correlación del diagnóstico clínico, ecográfico e histopatológico, se determina que el ecográfico tiene sensibilidad del 93,7% con igual valor predictivo positivo; y el histopatológico del 94%, valor predictivo positivo de 100%, datos similares a estudios bibliográficos revisados.

8. CONCLUSIONES

Producto de la evaluación cuantitativa del tema investigado, del subsecuente trabajo de campo, de la revisión bibliográfica realizada, de las conclusiones extraídas al revisar las apreciaciones cuantitativas que sintetizan el análisis de registro, y de los resultados generales recogidos durante el desarrollo global de esta investigación, creemos haber recopilado una rica información que permite levantar conclusiones sobre la temática estudiada:

1.- Se encontró relación significativa y directa entre el diagnóstico clínico del Sangrado uterino anormal y el resultado de la ecosonografía e histopatología, con resultados de 50% leiomiomatosis uterina, 66,7% pólipo endometrial, 41,5% hiperplasia endometrial como causas del sangrado uterino, en usuarias atendidas en el hospital IESS Loja, el valor obtenido, confirma que la correlación es aceptable entre el diagnóstico clínico presuntivo y el diagnóstico sonográfico e histopatológico del Sangrado Uterino Anormal mismas que tienen sensibilidad 93.7 % -94 % respectivamente y especificidad 0.0%.

2.- Se encontró que la patología más frecuente por la que ingresan las pacientes a la valoración ginecológica es el Sangrado uterino anormal, que corresponde al 50% y que los diagnósticos como genitorragia, metrorragia con un equivalente al 41,9% como forma de presentación del Sangrado Uterino Anormal.

3.- En nuestro estudio se encontró que, el 47,8% no se asocia a comorbilidades como causante del Sangrado Uterino Anormal y se detectó que el 31,3% tiene como factor de comorbilidad el alcoholismo, dato que en la literatura internacional lo toman en bajo porcentaje por las alteraciones vasculares y hepáticas, que en frecuencia afectarían los factores de coagulación desencadenando sangrado.

4.- Se ha determinado que el grupo etáreo, en quien más frecuentemente se ha presentado el Sangrado Uterino Anormal, es entre 40-45 años de edad que representan el 50,7%; grupo en quienes tras detectar sintomatología de Sangrado Uterino Anormal, se inició el screening diagnóstico lo que permitió detectar las causas y disminuir el riesgo de complicaciones.

5.- Se determinó que el tratamiento que recibieron las pacientes con Sangrado Uterino Anormal fue el 91% en quienes se le realizó legrado biopsico, por hiperplasia endometrial y endometrio secretor, el 59.7% recibió tratamiento clínico a base de AINES y anticonceptivos orales, y solo en un 9% se realizó cirugía (histerectomía) por miomatosis uterina intramural, que fue el diagnóstico ecográfico e histopatológico detectado, dato similar a ensayos con evidencia I-a.

9. RECOMENDACIONES:

1. Que los estudios para el diagnóstico del Sangrado Uterino Anormal en esta Unidad de Salud deberían complementarse con la sonohisterografía como método de tamizaje diagnóstico, ya que con su implementación se podrían efectuar nuevos estudios de correlación que arrojarían datos adicionales aportando de esta manera conocimiento a todos los profesionales médicos de nuestro medio.
2. Se propone introducir en el estudio del Sangrado Uterino anormal en las usuarias atendidas en el hospital IESS Loja, Biopsia por cánulas de aspiración, un valioso procedimiento que permite identificar cáncer o hiperplasia endometrial, económico, fácil y reproducible procedimiento, el cual es llevado a cabo en la consulta, no necesitando mayor infraestructura, tiene una sensibilidad y una especificidad de 95,3% y 81% respectivamente.
3. Debido a que no existen estudios comparativos, prospectivos y rdbdomizados, que evalúen las diferentes vías de diagnóstico y manejo en pacientes con sangrado uterino anormal, pretendemos buscar la posibilidad de que el presente trabajo sea considerado como una base de inicio para futuros trabajos.
4. Consideramos que la propuesta en el algoritmo de manejo que presentamos sobre el sangrado uterino anormal, sea revisado, socializado, consensuado e implementado como apoyo en los protocolos de manejo que posee el Departamento de Ginecología del Hospital IESS Loja.

5. De los resultados obtenidos en el presente trabajo, proponemos socializar a las usuarias que acuden a consulta externa de Ginecología en el HMYM IESS Loja, con el ánimo de vincular y dar a conocer la importancia de la nosología, que diariamente los profesionales enfrentan en su quehacer médico.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Dreyer, C, Disciaciatti, V, Sangrados ginecológicos normales, Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria Mayo-Junio 2004; 4(3).
2. Fuentes JA, Aragón HJP, Sangrado Uterino Anormal (y el endocrinólogo), *EndocrinolNutr* 2005; 13(1): 39-46.
3. Albers JR, Hull SK Wesley MA. Abnormal uterine Bleeding. *Am FamPhys* 2004; 69:1915-26
4. Rogers PA, Lederman F, Kooy J, Taylor NH, Healy DL. Endometrial vascular smooth muscle estrogen and progesterone receptor distribution in women with and without menorrhagia. *Human Reprod*; 11: 2003-2008
5. Rauramo I, Elo I, Istre O. Long-term treatment of menorrhagia with levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *ObstetGynecol* 2004; 104 (6): 1314-21
6. Lethaby A, Farquhar C, Cooke I Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding (Cochrane Review).
7. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
8. Lethaby A, Irvine G, Cameron I Cyclical progestogens for heavy menstrual bleeding (CochraneReview). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
9. Beaumont H, Augood C, Duckitt K, Lethaby A Danazol for heavy menstrual bleeding (CochraneReview). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
10. Lethaby A, Hickey M Endometrial destruction techniques for heavy menstrual bleeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- 11.. Lethaby A, Shepperd S, Cooke I, Farquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding

- (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
12. Lethaby A, Augood C, Duckitt K Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 13. Iyer V, Farquhar C, Jepson R Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 14. Sowter MC, Lethaby A, Singla AA Pre-operative endometrial thinning agents before endometrial destruction for heavy menstrual bleeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 - 15.9. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 16. Hickey M, Higham J, Fraser IS Progestogens versus oestrogens and progestogens for irregular uterine bleeding associated with anovulation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 17. Tscherne G. Menstrual irregularities. Evidence based clinical practice. *EndocrDev* 2004; 7: 129-39
 18. Randolph JR, Ying YK, Maier DB, et al. Comparison of real-time ultrasonography, hysterosalpingography, and laparoscopy/hysteroscopy in evaluation of uterine abnormalities and tubal patency. *FertilSteril* 2006; 46: 828-832.
 19. Symonds I. Ultrasound, hysteroscopy and endometrial biopsy in the investigation of endometrial cancer. *Best Pract Res ClinObstetGynaecol* 2004;15(3):381-91.
 20. Garg R, del Carmen M. Endometrial hyperplasia: diagnosis and management. *Postgraduate ObstetGynecol* 2005;25(1):1-5.

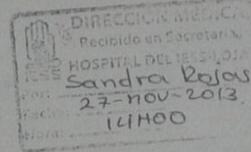
21. Saveli Luca, De Laco Pierandrea, SantiniDonatella, RosatiFederica. Histopathologic features and risk factors for benignity, hiperplasia, and cancer in endometrial polyps. *Am J ObstetGynecol* 2003; 188: 927-32.
22. Hatasaka H. The evaluation of abnormal uterine bleeding. *ClinObstetGynecol* 2005;48(2):258-73.
23. Al-Kamil R. Clinical effectiveness of hysteroscopy in abnormal uterine bleeding. *J ObstetGynaecol* 2001;21(6):614-6.
24. Van Dongen H, de Kroon C, Jacobi C, Trimbos J, Jansena F. Diagnostic hysteroscopy in abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Br J ObstetGynaecol* 2007;114:664-75.
25. Lalchandani S, Phillips K. Evaluation of endometrial cavity— investigation options. *Rev GynaecolPract* 2003;3:165-70.
26. Gupta J, Chien P, Voit D, Clark J, Khan K. Ultrasonographic endometrial thickness for diagnosing endometrial pathology in women with postmenopausal bleeding: a meta-analysis. *ActaObstetGynecolScand* 2004;81:799-816.
- 27.5. Saha T, Amer S, Biss J, Thakare H, Williams S, Farrell T, Calvert J. The validity of transvaginal ultrasound measurement of endometrial thickness: a comparison of ultrasound measurement with direct anatomical measurement. *Br J ObstetGynaecol* 2004;111:1419-4
28. RAMEET H. SINGH, MD, MPH AND PAUL BLUMENTHAL, MD, MPH. Hormonal Management of Abnormal Uterine Bleeding. *Clinical Obstetrics and Gynecology* Volume 48, Number 2, 337–52. 2005, Lippincott Williams & Wilkins.
29. Zambrano, J. Histeroscopia Diagnóstica y Quirúrgica. *Vitalud.com* 2005; noviembre consuklta 24.
30. Woolcock JG, Critchley HO, Munro MG, Broder MS, Fraser IS. Review of the confusion in current and historical terminology and definitions for disturbances of menstrual bleeding. *FertilSteril* 2008;90:2269-2280.
31. Fraser IS, Critchley HO, Munro MG. Abnormal uterine bleeding: getting our terminology straight. *CurrOpinObstetGynecol* 2007;19:591-595.

32. Munro MG, Mainor N, Basu R, Brisinger M, Barreda L. Oralmedroxyprogesterone acetate and combination oral contraceptives for acute uterine bleeding: a randomized controlled trial. *ObstetGynecol* 2006;108:924-929.
33. Weiss G, Maseelall P, Schott LL, Brockwell SE, et al. Adenomyosis a variant, not a disease? Evidence from hysterectomized menopausal women in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *FertilSteril* 2009;91:201-206.
34. Dueholm M. Transvaginal ultrasound for diagnosis of adenomyosis: a review. *Best Pract Res Clin ObstetGynaecol* 2006;20:569-582.
35. Gordts S, Brosens JJ, Fusi L, Benagiano G, Brosens I. Uterine adenomyosis: a need for uniform terminology and consensus classification. *Reprod Biomed Online* 2008;17:244-248.
36. Munro MG. Abnormal uterine bleeding. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2010.
37. Hale GE, Hughes CL, Burger HG, Robertson DM, Fraser IS. Atypical estradiol secretion and ovulation patterns caused by luteal out-of-phase (LOOP) events underlying irregular ovulatory menstrual cycles in the menopausal transition. *Menopause* 2009;16:50-59.
38. Kouides PA, Conard J, Peyvandi F, Lukes A, Kadir R. Hemostasis and menstruation: appropriate investigation for underlying disorders of hemostasis in women with excessive menstrual bleeding. *FertilSteril* 2005;84:1345-1351.
39. Mendoza Eskola G., Vega C, Mejía Jorge. Histeroscopia diagnóstica versus legrado uterino en hemorragia uterina anormal en los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso Cuenca – Ecuador 2011 (Tesis Doctoral).
40. Ibarra V, Lira Plascencia J. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional. *Guías de Práctica Clínica* 2008. *GinecolObstetMex* [Seriada en línea]. 2009;77(9). Págs. S231-S251.

41. Shorge J, Schaffer J. Hemorragia uterina anormal. Ginecología de Williams. 1era ed. México, D.F. McGraw-Hill Interamericana Editores. 2009. Págs. 174-190, 896, 897, 950-953
42. Goodman, A. Abnormal genital tract bleeding. Clin Cornerstone [Seriada en línea]. 2000;3. Págs. 25-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11061065> Consultado Marzo 17, 2011
43. Wajeeha A, Parveen S, Ali M. Abnormal uterine bleeding; hysteroscopic findings in patients. Professional Med J [Seriada en línea]. 2007;14(3). Págs. 435-440.
44. Kilbourn CL, Consideraciones diagnósticas y terapéuticas de la hemorragia uterina anormal. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. Primera edición virtual, Julio, 2001.
45. Critchley HOD, Warner P, Lee AJ, Brechin S, Guise J, Graham B. Evaluation of abnormal uterine bleeding: comparison of three outpatient procedures within cohorts defined by age and menopausal status. Health Technol Assess. [Seriada en línea]. 2004;8(34). Págs. 1-139.
46. Heavy menstrual bleeding. NICE clinical guideline 44 (2007).
47. Ely J, Kennedy C, Clark E, Bowdler N. Abnormal uterine bleeding: a management algorithm. Evidence-Based clinical medicine. J Am Board Fam Med 2006;19:590-602.
48. Abiad G.K., Areyán S. J. Correlación ecográfica- histeroscópica - anatomopatológica en pacientes con alteraciones endometriales y sangrado uterino anormal. "centro médico profesional maturín", ESTADO MONAGAS. ABRIL 2007- MARZO 2008. Barcelona, Octubre de 2008. (Tesis doctoral)
49. Coronel, Carlos A. Correlación clínico patológico de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el Servicio de Ginecología del

Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima, 1 enero-31 diciembre
2009Lima-Perú2010 (Tesis Doctoral).

11. ANEXOS



Loja, noviembre de 2013.

Señor Doctor

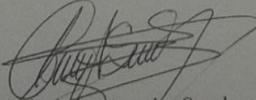
Nelson Samaniego Idrovo
DIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTERO IESS LOJA.

En su despacho.-

Por la presente expreso un cordial saludo, a la aprovecho vez la oportunidad para solicitar por su intermedio a quien corresponda, se me autorice el Ingreso a la Unidad de Salud que muy acertadamente dirige, con la finalidad de realizar la recolección de datos en los departamentos correspondientes, con el fin de desarrollar el tema de Investigación para la realización de mi Tesis de grado, cuyo tema es: **"CORRELACION CLINICA, ECOGRAFICA E HISTOPATOLOGICA DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL, EN USUARIAS MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DEL IESS LOJA**, que ha sido aprobado por la Coordinación de la Especialización de Ginecología y Obstetricia del ASH de la UNL. Adjunto copia de oficio de aceptación de Tema de investigación.

Por la atención favorable a la presente, antelo mis sinceros agradecimientos, reiterando sentimientos de consideración y estima personales.

Atentamente,


Dra. María de los Angeles Sanchez Tapia
EGRESADA DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE LA UNL

*Jr. P. Asimela
Suarez, Ausuburo*

(3)
[Handwritten initials]

[Handwritten signature]
28-11-13
09h2

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CORRELACIÓN CLÍNICA, ECOGRAFICA E HISTOPATOLÓGICA DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL, EN USUARIAS MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IESS LOJA.

PACIENTE Nro.

NÚMERO DE HISTORIA CLINICA:.....

EDAD:.....

ESTADO CIVIL:.....

EDAD DE VIDA SEXUAL:.....

MENARQUIA.....

NUMERO DE PAREJAS:.....

ANTICIONCEPTIVOS:.....

PAPANICOLAO.....

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: HTA... DM.... TABACO.... LICOR....

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SUA:

MAS DE 7D Y MENSR DE 15D..... 15-30D..... MÁS DE 30D

SEVERIDAD DEL SANGRADO: POCO..... MODERADO.....
ABUNDANTE....

TRANSTORNOS HEMODINAMICOS: SI..... NO.....

REQUIRIO HOSPITALIZACION SI..... NO.....

REQUIRIO TRANSFUSION SANGUINEA: SI..... (CUANTOS.....)
NO.....

TRATAMIENTO HORMONAL PREVIO.....
TIPO.....

EXISTIÓ RESULTADO SATISFACTORIO SI..... NO.....
TIEMPO.....

PROCEDIMIENTOS QX GINECOLÓGICOS:.....

PATOLOGIAS GINECOLOGICAS.....

.....
.....

RESULTADO ECO ENTRANSVAGINAL:
.....

RESULTADO ECO
TRANSABDOMINAL:.....

.....

RESULTADO
HISTOPATOLÓGICO.....

.....

EVOLUCIÓN DE LA
PACIENTE:.....

.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO, PARA USUARIAS DEL HOSPITAL
MANUEL YGNACION MONTERO IESS LOJA. CON SANGRADO
UTERINO ANORMAL.**

Loja, _____ Nro. _____

Yo, _____,
con CI: _____

En mi calidad de usuaria y paciente del servicio de ginecología y Obstetricia, consiento y autorizo a la Dr. (a). _____, para que se realice la recolección de los datos de mi historia Clínica, con el fin de que se realice el estudio acerca del Sangrado Uterino Anormal.

He sido informada por el médico, quién me ha explicado el tipo de estudio, el por qué y para qué se están recolectando los datos de las usuarias de esta casa de salud que hemos consultado por sangrado uterino Anormal.

He tenido la oportunidad de preguntar al médico y aclarar mis dudas en relación a mi enfermedad y lo importante que sería mi aporte como usuaria del hospital; también se me ha informado que mi participación en este estudio es libre y voluntaria y, que si me niego a participar no seré perjudicada en el tratamiento que requiera.

Declaro que el presente documento, representa lo que el médico me ha explicado con lenguaje sencillo, científico y ético en su totalidad.

El médico suscrito declara haber explicado e informado al paciente y/o su representante lo referente al estudio y su importancia para nuestro medio.

Nombre y firma del médico que obtuvo el consentimiento

Algoritmos para el manejo del sangrado uterino anormal

Algoritmos para el manejo del sangrado uterino anormal

Su aplicación en la práctica clínica, basada en la evidencia

Título original: Abnormal Uterine Bleeding: A Management Algorithm. Evidenced-Based Clinical Medicine

El algoritmo diseñado en este artículo está destinado a ayudar a los médicos de atención primaria en el manejo del sangrado uterino anormal.

Fuente: Department of Family Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Iowa Carver College of Medicine, Iowa City, IA.

Cita: John W. Ely, Colleen M. Kennedy, Elizabeth C. Clark, Noelle C. Bowdler. A Management Algorithm. Evidenced-Based Clinical Medicine. J Am Board Fam Med 2006;19:590-602

URL: <http://www.jabfm.org/cgi/content/full/19/6/590>

Traducción y resumen objetivo: Dra. Marta Papponetti. Esp. Medicina Interna. Docente Aut. UBA. Editora Responsable Med. Interna de Intramed.

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

El sangrado uterino anormal incluye el sangrado uterino disfuncional y el sangrado por otras causas estructurales. El sangrado disfuncional puede ser anovulatorio, el cual se caracteriza por un sangrado irregular, impredecible, o el sangrado ovulatorio, el cual tiene la característica de ser profuso y en períodos regulares (menorragia). Las causas estructurales incluyen los fibroleiomiomas, los pólipos, el carcinoma de endometrio y las complicaciones del embarazo. El sangrado anormal también puede ser el resultado de métodos anticonceptivos.

Muchos artículos han revisado el manejo del sangrado uterino anormal y suelen incluir algoritmos. Aunque los algoritmos clínicos tienen deficiencias potenciales también hay datos que apoyan su beneficio, tanto para los médicos como para las pacientes. Estos algoritmos, más que una lista simple de causas, son una ayuda para la toma de decisiones de los médicos clínicos. La mayoría de los algoritmos establece la opinión del autor sobre qué hacer. Una investigación en MEDLINE desde 1985 hasta el presente encontró 76 artículos de revisión, 24 de los cuales incluyeron algoritmos. De estos 24 algoritmos, 23 estaban basados en opiniones de los autores y el restante en la evidencia disponible. Este único algoritmo basado en la evidencia se ocupa solo de un aspecto del sangrado anormal (la menorragia) y la mayoría de las recomendaciones diagnósticas estuvieron basadas en la evidencia grado C (opinión de especialistas). Los autores que hicieron algoritmos clínicos han recomendado validarlos para asegurar su aplicación en la práctica, pero esto raramente se ha hecho.

Objetivo

Se trató de desarrollar un algoritmo completo para el manejo del sangrado uterino anormal que tuviese en cuenta la evidencia y su aplicabilidad en la práctica.

Material y método

Se comparó dicho algoritmo con la conducta que se sigue en la práctica, observada en una muestra formada por un grupo aleatorio de 100 mujeres con sangrado anormal asistidas en una clínica ginecológica universitaria. Las discrepancias entre el algoritmo y la práctica fueron analizadas en reuniones grabadas por 4 investigadores (2 médicos de familia y 2 ginecólogos). Las cintas grabadas fueron utilizadas para revisar los algoritmos. Luego de 3 repeticiones de este proceso (total: 300 pacientes), los autores arribaron a un algoritmo final que, en general, siguió las prácticas observadas, mientras que se mantenía la coincidencia con la evidencia. En la clínica, los ginecólogos clasificaron los tipos de sangrado en 1 de los 4 tipos siguientes: sangrado irregular, menorragia (sangrado intenso pero regular), sangrado agudo grave y sangrado anormal asociado con un método anticonceptivo. El manejo posterior comprendió intervenciones diagnósticas y terapéuticas, las cuales con frecuencia se aplicaron en forma simultánea.

El algoritmo diseñado en este artículo está destinado a los médicos de atención primaria para el manejo del sangrado uterino anormal utilizando estrategias coincidentes con la evidencia como así con la práctica de los médicos ginecólogos.

Tipos de sangrado

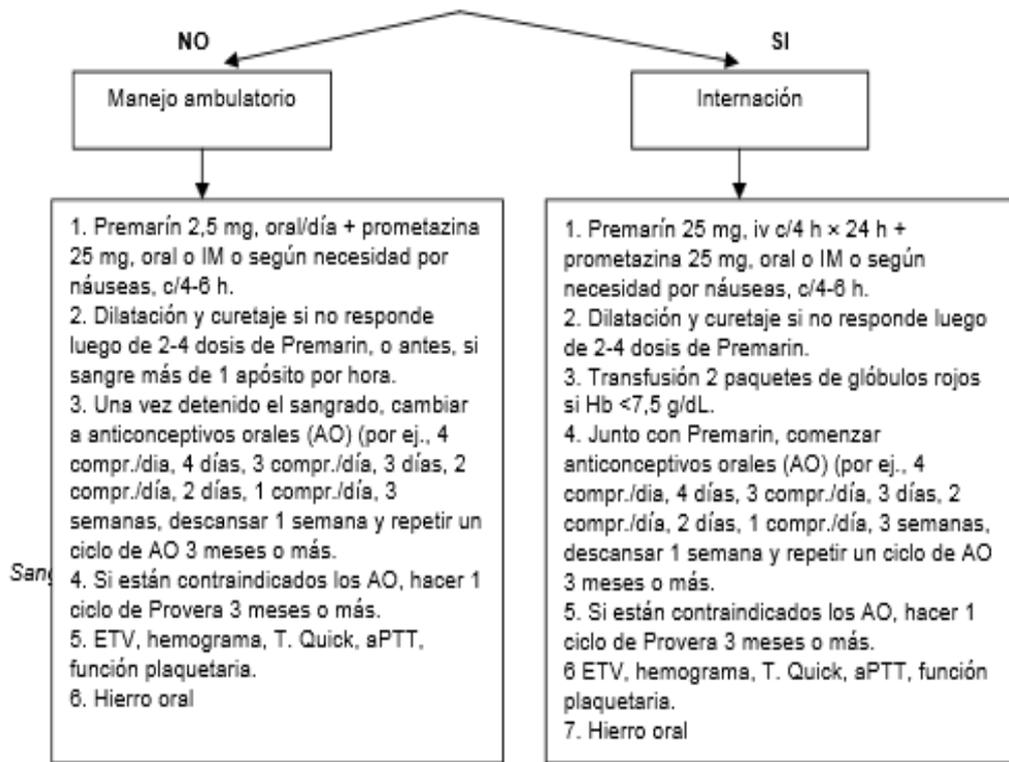
Los autores tomaron en cuenta los sangrados uterinos anormales desde la menarca hasta la menopausia y excluyeron los sangrados premenarca, debido a su rareza. También excluyeron la amenorrea y el sangrado posmenopáusico, por ser temas que ya han sido muy bien tratados, como así los sangrados posoperatorios, posparto y los relacionados con el embarazo.

Los autores comprobaron que los ginecólogos suelen iniciar la evaluación clasificando el sangrado anormal. Por lo tanto, el algoritmo comienza con el interrogatorio de la paciente para categorizarla de acuerdo a los tipos de sangrado siguientes:

- ✓ **Normal:** se produce a intervalos de 21 a 35 días y dura de 1 a 7 días. La cantidad es menor de 1 apósito o tampón cada 3 horas.
- ✓ **Sangrado agudo grave:** es el sangrado que requiere más de un apósito o tampón por hora o la paciente tiene signos vitales que indican hipovolemia.
- ✓ **Sangrado irregular:** incluye la metrorragia, la menometrorragia, la oligomenorrea, el sangrado prolongado, el sangrado intermenstrual y otras irregularidades.
- ✓ **Menorragia:** sangrado profuso pero en ciclos regulares acompañado por una duración > 7 días o coágulos o anemia ferropénica. El sangrado prolongado >12 días debe ser considerado irregular aunque siga un patrón cíclico.

El médico puede tener dificultad para diferenciar los períodos prolongados del sangrado irregular, por lo que los autores establecieron un límite de 12 días de duración para definir la menorragia. La duración es importante porque con esta clasificación se puede evitar la toma de muestras en pacientes con menorragia. Sin embargo, aclaran, en los casos dudosos, la actitud conservadora debería estar dada por el seguimiento del algoritmo para el sangrado irregular, porque así se tomarían muestras de endometrio en mujeres con alto riesgo de cáncer endometrial.

Sangrado activo profuso o hipotensión ortostática o Hb <10 g/dL, en paciente no embarazada



Sangrado irregular

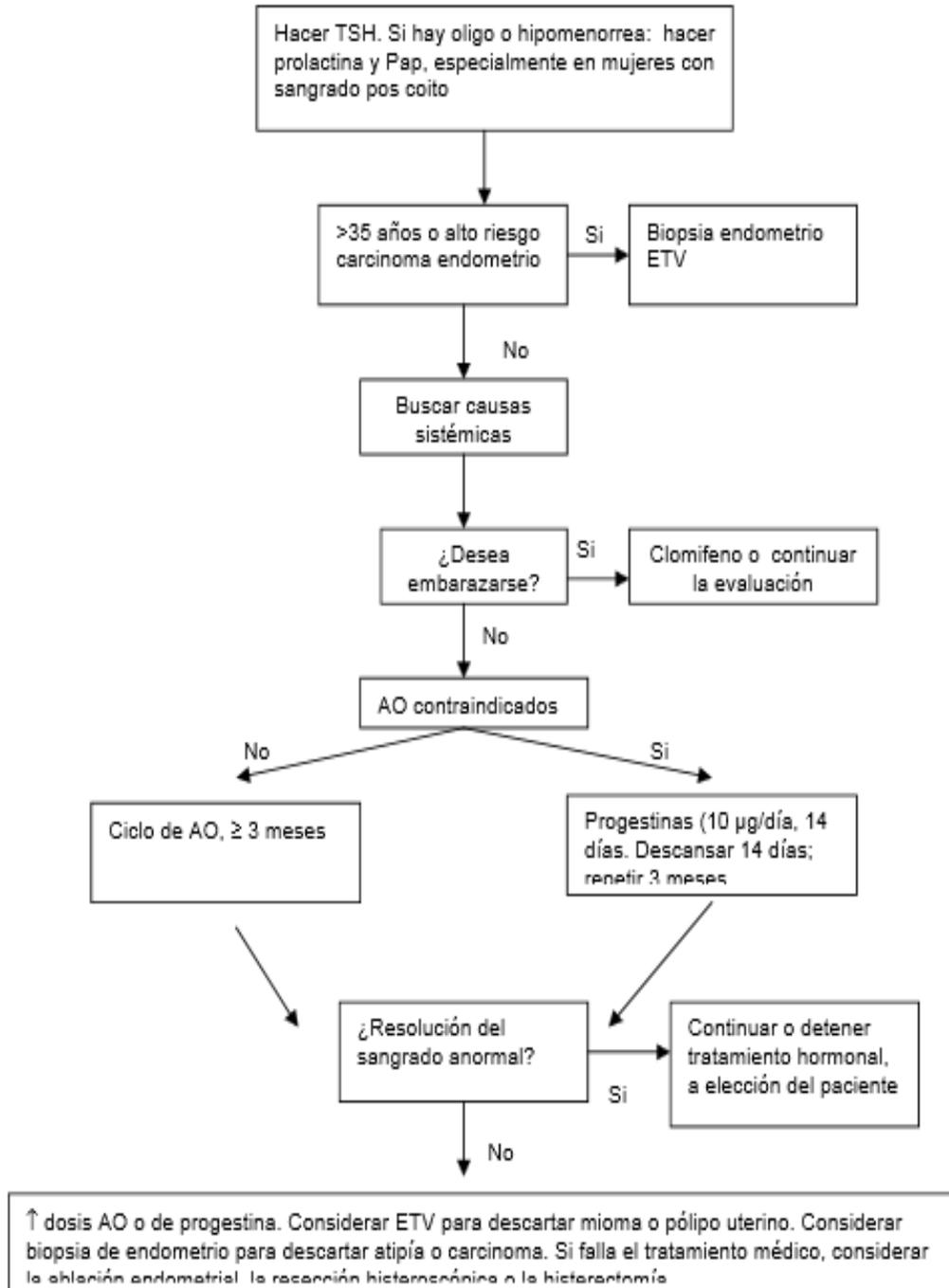
El sangrado irregular es una categoría heterogénea que incluye la metrorragia, la menometrorragia, la oligomenorrea, el sangrado prolongado (semanas o meses), y otras irregularidades. Estos tipos de sangrado son tratados en conjunto en el algoritmo porque su manejo inicial es similar.

Las pacientes con *variaciones menores* del sangrado normal pueden abstenerse de la evaluación indicada por el algoritmo. Por ejemplo, dicen los autores, el sangrado irregular dentro de los 2 años de la menarca suele deberse a ciclos anovulatorios, secundarios a la inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. Sin embargo, aclaran, a las adolescentes se les puede ofrecer AO o una progestina. La falta de un ciclo o los intervalos prolongados son habituales en la perimenopausia, pero los intervalos que se repiten en menos de 21 días y otras anomalías requieren una muestra de endometrio en cualquier mujer en edad reproductiva; la presentación de algunos días con manchas de sangre premenstrual, si es seguido por el período menstrual, puede ser una variante normal pero la duración total no debe ser mayor a 8 días. Unos pocos días de manchas de sangre posmenstrual, si son contiguas a la menstruación, también puede ser considerada una variante normal. Las manchas posmenstruales a veces están provocadas por endometritis, la cual se trata con 100 mg de doxiciclina, 2 veces por días durante 10 días. Un período breve de manchas en la mitad del ciclo puede coincidir con la ovulación, debido a la influencia normal de los estrógenos séricos. Sin embargo, esto no es común, y en las mujeres > 35 años se impone una biopsia de endometrio. Un solo período corto (<21 días) puede no requerir biopsia de endometrio, aun en mujeres de más de 35 años, siempre que los períodos siguientes sean regulares y no se presenten otras irregularidades del sangrado. Los períodos cortos y las amenorreas ocasionales son comunes en las mujeres más jóvenes y pueden ser el resultado de estrés mental o enfermedad.

Antes de comenzar un tratamiento hormonal, deben descartarse las causas sistémicas de sangrado uterino anormal:

- ✓ Si el útero es doloroso, puede existir una endometritis crónica y es necesario hacer pruebas para gonorrea y clamidia; se inicia tratamiento con 100 mg de doxiciclina, 2 veces por día durante 10 días, esperando los resultados del cultivo.
- ✓ Los medicamentos que pueden causar sangrado uterino anormal son: fenitoína, antipsicóticos (olanzapina, risperidona), antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina) y, corticosteroides prednisona, dexametasona.
- ✓ El sangrado uterino anormal puede estar provocado por una enfermedad sistémica avanzada como la insuficiencia hepática o renal. Sin embargo, aclaran los autores, ante la falta de signos clínicos evidentes, no es necesario hacer pruebas de laboratorio específicas para esas enfermedades, porque en esos casos, el sangrado uterino anormal es una manifestación tardía. La excepción es la enfermedad tiroidea (hipotiroidismo o hipertiroidismo), la cual debe ser descartada al iniciar el estudio mediante la hormona estimulante del tiroides (TSH).
- ✓ El síndrome del ovario poliquístico (SOP) es una causa común de sangrado uterino anormal. El diagnóstico debe incluir al menos dos criterios: 1) irregularidad menstrual por oligo o anovulación; 2) signos de exceso de andrógenos, ya sean físicos (hirsutismo, acné) o de laboratorio (testosterona elevada); 3) signos de ovario poliquístico en la ecografía. Además de estos criterios, existen otras causas de hiperandrogenismo o de sangrado anormal que deben ser excluidas antes de arribar al diagnóstico de SOP, como la hiperplasia suprarrenal congénita, los tumores secretores de andrógenos y la hiperprolactinemia. En las mujeres mayores de 35 años y en aquellas con riesgo de carcinoma de endometrio debe hacerse una ETV, con ecohisterograma con solución salina. La ETV puede detectar afecciones del endometrio como pólipos, miomas e hiperplasia. La biopsia de endometrio puede detectar hiperplasia, atipia y carcinoma. El enfoque conservador decide en cada caso si hacer o no la biopsia y la ETV, aunque en la decisión pueden intervenir otros factores.
- ✓ La ETV puede estar indicada para decidir una conducta quirúrgica.
- ✓ La ETV de alta sensibilidad no está disponible en todos lados, es costosa y depende de la cobertura de salud de la paciente.
- ✓ Una opción es descartar primero la neoplasia mediante la biopsia endometrial, luego comenzar el tratamiento hormonal y por último hacer una ETV, solo si el sangrado anormal persiste a pesar de la hormonoterapia.
- ✓ La ETV es menos invasiva y dolorosa que la biopsia endometrial. Cuando la capa endometrial es >5 mm, un estudio informó sobre la experiencia de hacer la ETV al principio de la evolución y no más tarde. Sin embargo, a la luz de la conducta conservadora se sigue haciendo la biopsia endometrial en las mujeres con riesgo de carcinoma de endometrio.

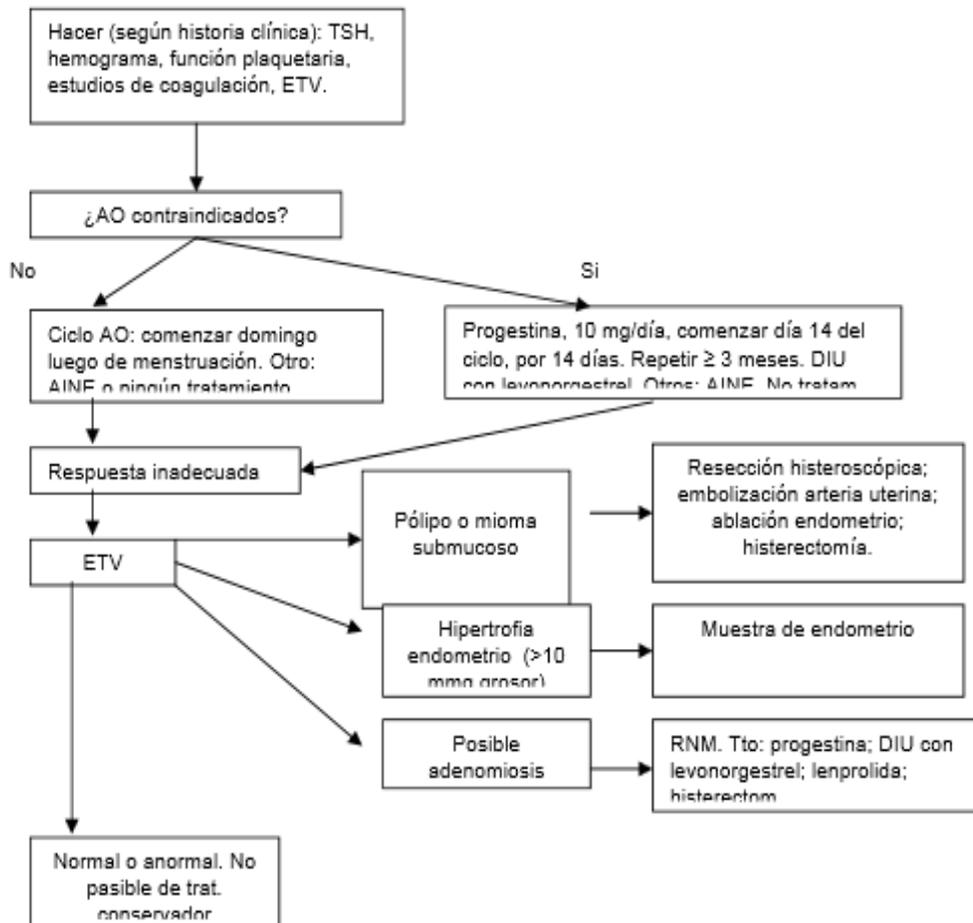
Sangrado irregular en mujeres no embarazadas



Menorragia

La menorragia es la pérdida de sangre > 80 mL por ciclo. Una definición más pragmática pero menos precisa es la referida a la percepción de pérdida excesiva que tiene la paciente. Por desgracia, estos juicios no se corresponden con la cantidad de sangre perdida. En general, la menorragia se puede manejar sin biopsia de endometrio debido a que, aunque el sangrado sea profuso, es raro que esté provocado por un cáncer de endometrio. Sin embargo, dicen los autores, si el sangrado se prolonga más de 7 días o no responde a la hormonoterapia, se justifica la continuación de los estudios mediante ETV o biopsia de endometrio. En mujeres con menorragia grave u otros signos de coagulopatía, está indicado el análisis de la función plaquetaria para detectar la enfermedad de von Willebrand. El tratamiento puede ser con AO, siempre que no estén contraindicados, progestinas, antiinflamatorios no esteroides (AINE) o, la observación. La decisión entre AO y progestinas suele basarse en la contraindicación para el tratamiento estrogénico y el tabaquismo. Un estudio reciente comprobó que, en mujeres con menorragia, el puntaje de la calidad de vida dado por el dispositivo intrauterino (DIU) con levonorgestrel resultó similar al de la histerectomía. Las mujeres que rechazan el tratamiento hormonal pueden comenzar con AINE, los que disminuyen la pérdida de sangre.

Menorragia en pacientes no embarazadas





Anticoncepción hormonal

En general, el sangrado continúa con dosis bajas de AO. Si el sangrado anormal continúa luego de los 3 primeros meses, se pueden usar dosis mayores. La gonorrea y la infección por clamidias asociadas con la administración de AO suelen provocar sangrado anormal, y debe hacerse un cultivo cervical. Las pacientes que reciben depo-medroxiprogesterona y presentan sangrado irregular persistente pueden ser tratadas con un curso de 7 días de estrógenos (por ej., 1,25 mg/día de Premarin; 1 mg/día de estradiol o, un parche de estrógeno de 0,1 mg). Si el sangrado anormal reaparece puede repetirse este tratamiento.

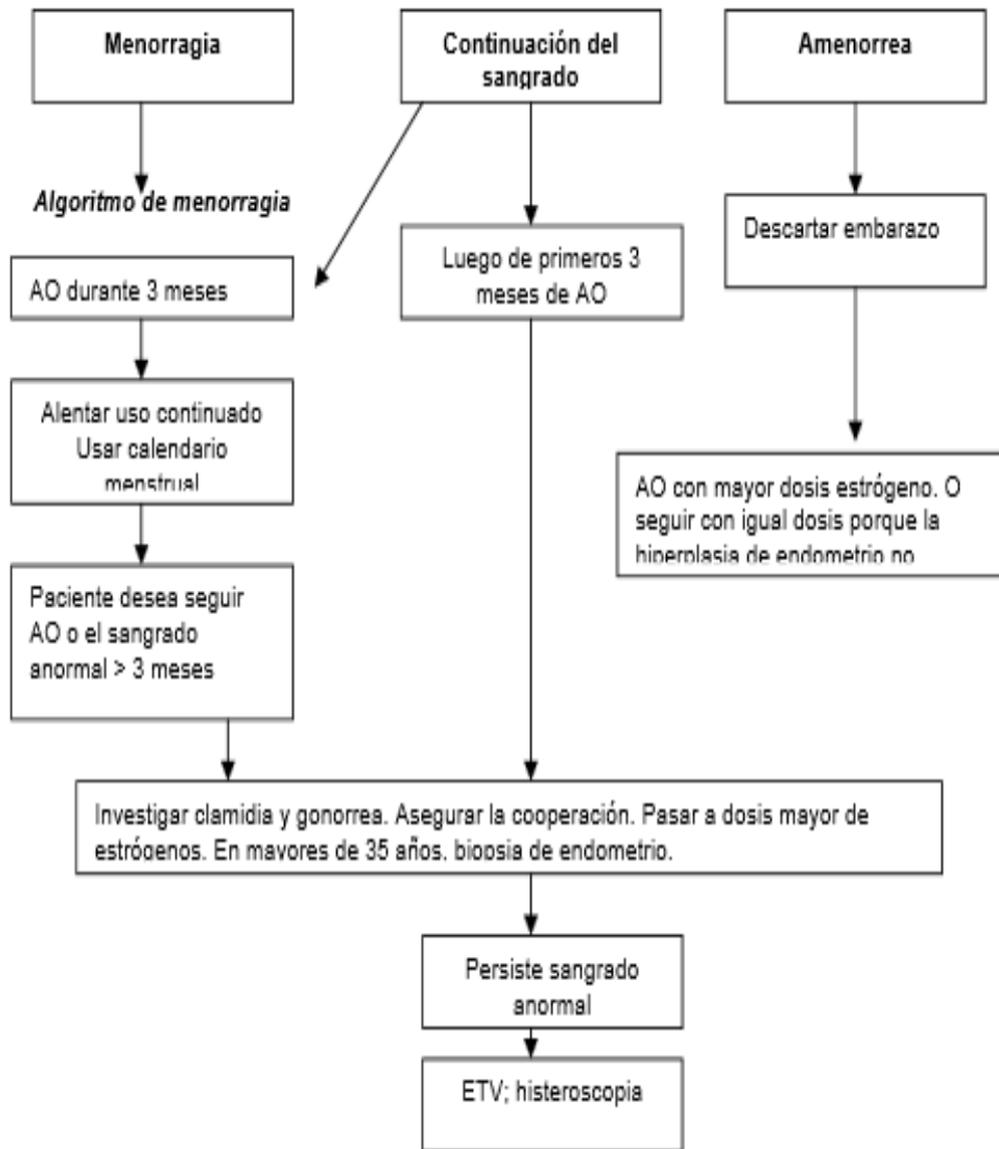
En las pacientes portadoras de DIU, el sangrado anormal puede estar asociado a endometritis. Luego del cultivo cervical, si la paciente presenta un útero doloroso puede ser tratada con 100 mg de doxiciclina, 2 veces por día durante 10 días y quizá sea necesaria la remoción del DIU. En ausencia de endometritis, las pacientes con DIU de cobre pueden ser tratadas con un ciclo de AO o 10 mg de medroxiprogesterona/día durante 7 días. Las pacientes con DIU liberador de progestina pueden ser tratadas con un ciclo de AO. Si el sangrado anormal persiste, puede retirarse el DIU y considerar otros métodos anticonceptivos alternativos.

Contraindicaciones de los AO

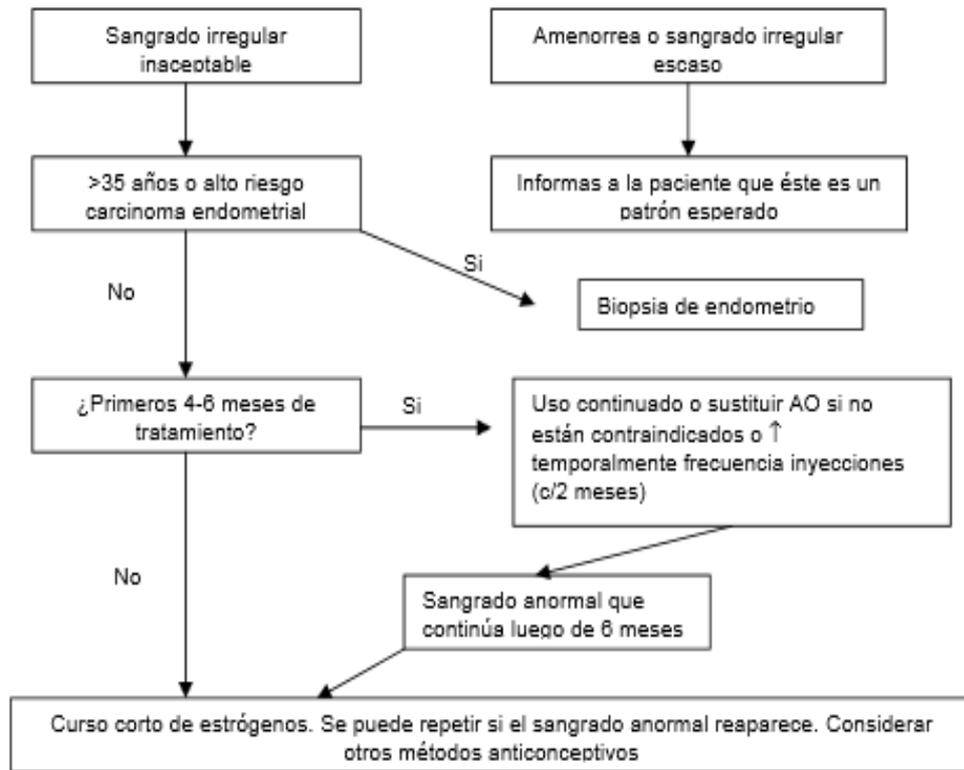
- Antecedente de tromboembolismo o accidente cerebrovascular
- Antecedente de tumor dependiente de estrógenos
- Hepatopatía activa
- Embarazo
- Hipertrigliceridemia
- Mayor de 35 años y fumadora de más de 15 cigarrillos por día
- Mayor de 40 años en ausencia de contraindicación, pero muchos médicos prefieren las progestinas para este grupo

El tratamiento continuo con progestinas puede aplicarse cuando se desea la amenorrea (por ej., profesionales muy ocupados o atletas, migraña menstrual intratable, convulsiones catameniales, retardo mental grave), lo cual no se consigue con facilidad con una progestina. Otras opciones son: a) progestina oral: medroxiprogesterona, 10 a 20 mg/día o noretindrona, 0,35/día; depo-medroxiprogesterona, 150 mg IM cada 13 semanas (utilizado frecuentemente en adolescentes para mejorar su cumplimiento; menos usada en mayores de 40 años por el riesgo de osteoporosis); DIU liberador de levonorgestrel

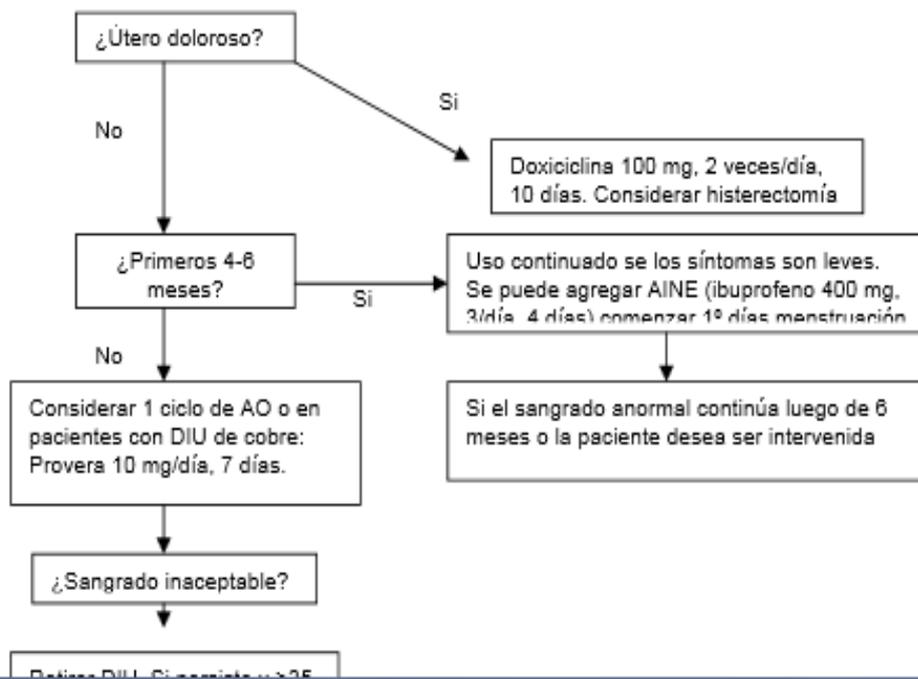
Sangrado por anticonceptivos orales

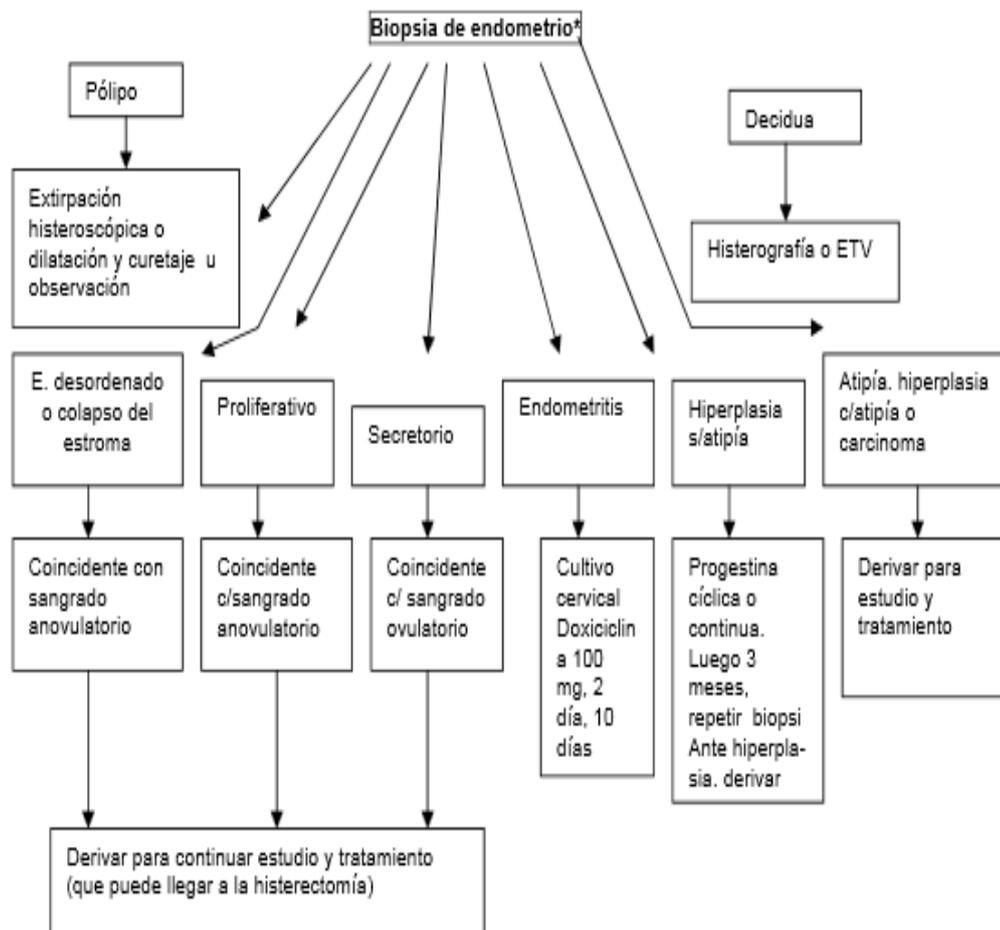


Sangrado anormal asociado a depomedroxiprogesterona o progesterona sola



Sangrado anormal asociado con DIU





* Aspiración con Pipelle®

Comentario

En esta revisión, los autores desarrollaron un algoritmo para el manejo del sangrado uterino anormal y lo compararon con la práctica actual. El algoritmo suele coincidir con los algoritmos preexistentes aunque no todos contemplan todos los tipos de sangrado anormal. Algunas revisiones comienzan por un enfoque fisiopatológico, tratando sobre todo temas como el "sangrado anovulatorio" o el "sangrado uterino disfuncional". Los autores consideran que los algoritmos parciales no son útiles para los médicos generales debido a que sus pacientes no se presentan con esos diagnósticos.

Poco se sabe acerca de cómo desarrollar un algoritmo clínico. Los autores reconocen la importancia de la validación de los algoritmos clínicos, pero no hay acuerdo sobre cómo hacerlo o en cómo hacer la "validación." La validación podría hacerse a través de algoritmos que optimicen las preferencias del paciente y del médico, el uso de la evidencia, la conformidad con los procesos de razonamiento diagnóstico de los médicos generales o, como en este estudio, su coincidencia con la práctica actual. Los algoritmos pueden ser validados comprobando si el médico sigue el algoritmo correctamente (validez) y si todos siguen las mismas "vías" (confiabilidad).

Aunque el algoritmo presentado en este artículo está basado en la práctica de los ginecólogos de un centro de atención especializado, los autores opinan que las recomendaciones deben poder aplicarse en centros de atención primaria de Estados Unidos, porque contienen análisis sistemáticos como las pruebas de embarazo y las biopsias de endometrio, como así tratamientos sencillos, como los AO y las progestinas. El algoritmo es extenso, y los médicos muy atareados podrían considerarlo engorroso. Sin embargo, dicen, un médico que asiste a un solo paciente puede considerar solamente el algoritmo "Sangrado uterino anormal entre la menarca y la menopausia" junto con el correspondiente al tipo de sangrado específico. "Aunque podemos tener un algoritmo más corto usando las recomendaciones generales (como "tratamiento médico" o "evaluación apropiada de laboratorio") nosotros quisimos una herramienta práctica que pudiese bastarse sola en un consultorio. Nosotros deseamos desarrollar un algoritmo bueno, pero no llegamos a definir satisfactoriamente la palabra "bueno".

Versión computarizada de bolsillo del algoritmo para el manejo del sangrado uterino anormal

A. Abordaje inicial

1. Historia y semiología
2. Descartar embarazo
3. Determinar el tipo de sangrado
 - a. Sangrado agudo grave
 - b. Sangrado irregular
 - c. Menorragia
 - d. Método anticonceptivo (AO, depomedroxiprogesterona, DIU)

B. Sangrado agudo grave (no embarazada)

1. Hipotensión ortostática o Hb >10 g/dL o sangrado profuso. Internación. Premarín 25 mg iv c/4 horas durante 24 horas + 25 mg de prometacina oral o im. o rectal, c/4-6 h, según las náuseas. Si no hay respuesta luego de 1 a 2 dosis de Premarin: dilatación y curetaje. Transfusión si Hb < 7,5 g/dL. Simultáneamente con Premarin iv, comenzar LoOvral, 1 compr./día × 4 días, o 3 veces/3 día × 3 días o, 2 veces/día × 2 días o, 1 por día, 3 semanas. Si los AO están contraindicados, hacer un ciclo de 10 mg de Provera durante 14 días, descansar 14 días y repetir, por lo menos 3 meses. Hacer ETV, TSH, hemograma, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial activado y análisis de la función plaquetaria. Comenzar hierro por vía oral.
2. Sin hipotensión ortostática y Hb > 10 g/dL y sangrado no profuso, el manejo puede ser ambulatorio: 2,5 mg de Premarin oral, por día, más 25 mg de prometacina oral o im. o rectal, c/4-6 horas según necesidad por las náuseas. Si luego de 2-4 dosis de Premarin no responde, hacer dilatación y curetaje (o antes, si el sangrado es > 1 apósito/hora). Después del sangrado agudo, comenzar con LoOvral, 1 compr./día × 4 días, o 3 veces/3 día × 3 días o, 2 veces/día × 2 días o, 1 por día, 3 semanas. Descansar 1 semana y repetir los ciclos por lo menos 3 meses. Si los AO están contraindicados, hacer un ciclo de 10 mg de Provera durante 14 días, descansar 14 días y repetir, por lo menos 3 meses. Hacer ETV, TSH, hemograma, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial activado y análisis de la función plaquetaria. Comenzar hierro por vía oral.

C. Sangrado irregular en paciente no embarazada

1. TSH. Si hay oligomenorrea: prolactina.
2. En mayores de 35 años o si no hay contraindicaciones para estrógenos, hacer una biopsia de endometrio y considerar ETV.

3. Considerar como causa de endometritis (útero doloroso), los medicamentos (fenitoína, antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos, corticosteroides), enfermedad sistémica avanzada o, SOP.
4. Si la paciente no desea quedar embarazada, comenzar ciclos de AO durante no menos de 3 meses. Si los AO están contraindicados, comenzar con 10 mg de Provera por día, durante 14 días, descansar 14 días y repetir por lo menos 3 meses. Si el sangrado anormal persiste, se puede subir la dosis de AO. Si aún así, el sangrado persiste, recurrir a la ETV y la biopsia de endometrio.
5. Las contraindicaciones para los AO incluyen los antecedentes de cuadros tromboembólicos o accidente cerebrovascular, tumor estrógeno dependiente, hepatopatía activa, embarazo, hipertrigliceridemia, tabaquismo de más de 15 cigarrillos por día, cuando la edad es ≥ 35 años.

D. Menorragia en no embarazadas

1. TSH, Hb. Función plaquetaria. Si el útero es anormal en el examen pélvico, solicitar ETV.
2. Ciclo de AO. Si están contraindicados: 10 mg Provera durante 14 días, descansar 14 días y repetir por lo menos 3 meses. Otras opciones son los AINE (400 mg de ibuprofeno, 3 veces por día, durante 4 días o la conducta expectante).
3. Si la respuesta es inadecuada, solicitar ETV para el diagnóstico de pólipos, miomas, hiperplasia endometrial.

E. Sangrado asociado a AO

1. Menorragia. Aplicar el algoritmo de menorragia
2. Sangrado persistente. Si ocurre durante los primeros 3 meses, continuar con los AO. Si ocurre después de los 3 meses o la paciente reclama una intervención inmediata, hacer pruebas para clamidia y gonorrea, y considerar el aumento de la dosis de estrógeno. Si es mayor de 35 años, solicitar biopsia de endometrio.
3. Amenorrea. Descartar embarazo. Considerar dosis elevadas de estrógeno. O se puede continuar con la misma dosis porque la hiperplasia endometrial no se desarrolla con el tratamiento con AO.

F. Sangrado asociado a depomedroxiprogesterona o progesterona sola

1. Amenorrea. Informar a la paciente que es un signo esperado.
2. Si el sangrado irregular es inaceptable y la paciente tiene más de 35 años y otros riesgos de carcinoma endometrial, hacer una biopsia de endometrio.
3. En menores de 35 años y sin otros factores de riesgo de carcinoma de endometrio, si están durante los primeros 4 a 6 meses de tratamiento, se puede continuar o sustituir el AO o aumentar temporariamente la frecuencia de las inyecciones (por ej., cada 2 meses).
4. En menores de 35 años y sin otros factores de riesgo de carcinoma de endometrio, después de los primeros 4 a 6 meses de tratamiento: 1,25 mg de Premarin diarios durante 7 días. Si el sangrado anormal reaparece, se puede repetir otro curso de Premarin. Si el sangrado persiste, considerar otros métodos anticonceptivos.

G: Sangrado asociado al DIU

1. Útero doloroso: 100 mg de doxicilina por día, 10 días. Considerar su remoción.
2. Primeros 4-6 meses de uso. Puede continuar en su sitio. Se puede ofrecer AINE, comenzando el primer día de la menstruación.
3. Después de los 4-6 meses de uso, considerar un ciclo de AO o, si el DIU es de cobre: 10 mg de Provera por día, 7 días. Si el sangrado persiste en forma inaceptable, considerar el retiro del DIU.

H. Resultado de la biopsia de endometrio

1. Pólipo. Considerar la remoción histeroscópica o la dilatación y curetaje o, la observación

2. Endometrio desordenado o colapso del estroma, o endometrio proliferativo o endometrio secretorio. Utilizar el algoritmo apropiado basado en el tipo de sangrado.
3. Endometritis: 100 mg de doxiciclina 2 veces por día, 10 días.
4. Hiperplasia sin atipía. Progestina cíclica o continua, Repetir la biopsia luego de 3 a 6 meses. Si persiste la hiperplasia, derivar al especialista.
5. Atipía o hiperplasia con atipía o carcinoma. Derivar al especialista para continuar el estudio y tratamiento.

Referencias

1. Nicholson WK, Ellison SA, Grason H, Powe NR. Patterns of ambulatory care use for gynecologic conditions: a national study. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:523-30.
2. ACOG practice bulletin: management of anovulatory bleeding. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;72:263-71.
3. Albers JR, Hull SK, Wesley MA. Abnormal uterine bleeding. *Am Fam Phys* 2004;69:1915-26.
4. Goldstein SR. Menorrhagia and abnormal bleeding before the menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2004;18:59-89.
5. Farrell E. Dysfunctional uterine bleeding. *Aust Fam Physician* 2004;33:906-8.
6. Kilbourn CL, Richards CS. Abnormal uterine bleeding. Diagnostic considerations, management options. *Postgrad Med* 2001;109:137-8, 141-4, 147-50.
7. Oriol KA, Schrager S. Abnormal uterine bleeding. *Am Fam Physician* 1999;60:1371-80; Discussion 1381-2
8. Kuppermann M, Varner RE, Summitt RL, Jr., et al. Effect of hysterectomy vs medical treatment on health-related quality of life and sexual functioning: the medicine or surgery (Ms) randomized trial. *JAMA* 2004;291:1447-55.
9. Tantiwattanakul P, Taneepanichskul S. Effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding in DMPA users. *Contraception* 2004;70:277-9.
10. Rauramo I, Elo I, Istre O. Long-term treatment of menorrhagia with levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Obstet Gynecol* 2004;104(6):1314-21.
11. Searle J, Grover S, Santin A, Weideman P. Randomised trial of an integrated educational strategy to reduce investigation rates in young women with dysfunctional uterine bleeding. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002;42:395-400.
12. Kennedy AD, Sculpher MJ, Coulter A, et al. Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2701-8.
13. Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Fertil Steril* 2001;76:304-9.
14. Cooper KG, Jack SA, Parkin DE, Grant AM. Five-year follow up of women randomised to medical management or transcervical resection of the endometrium for heavy menstrual loss: clinical and quality of life outcomes. *BJOG* 2001;108:1222-8.
15. Working Party for Guidelines for the Management of Heavy Menstrual Bleeding. An evidence-based guideline for the management of heavy menstrual bleeding. *N Z Med J* 1999;112:174-7.
16. Bongers MY, Mol BW, Brodmann HA. Current treatment of dysfunctional uterine bleeding. *Maturitas* 2004;47:159-74.
17. Tscherne G. Menstrual irregularities. Evidence-based clinical practice. *Endocr Dev* 2004;7:129-39.
18. Buckingham K, Fawdry A, Fothergill D. Management of vaginal bleeding presenting to the accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* 1999;16:130-5.
19. Iglesias EA, Coupey SM. Menstrual cycle abnormalities: diagnosis and management. *Adolesc Med* 1999;10:255-73.
20. Minjarez DA, Bradshaw KD. Abnormal uterine bleeding in adolescents. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000;27:63-78.
21. Minjarez DA. Abnormal bleeding in adolescents. *Semin Reprod Med* 2003;21:363-73.
22. Neale EJ, Chang AM. Clinical algorithms. *Med Teach* 1991;13:317-22.
23. Sadler C. Pitfalls in the use of clinical algorithms. *Ortho Clin North Am* 1986;17:545-547.
24. Fred HL. Algorithms: let's give them back. *Hosp Pract (Off Ed)* 2000;35:15-6.
25. Kassirer JP, Kopelman RI. Diagnosis and decisions by algorithms. *Hosp Pract (Off Ed)* 1990;25:23-4, 27, 31.

**CAPÍTULO XI
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	NOVIEMBRE					DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO					MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE					
semana	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
ENTREGA DEL TEMA			X																																													
ACEPTACION DEL TEMA DE TEISIS				X	X																																											
DESARROLLO DEL PROYECTO						X	X	X																																								
TRAMITE DE PERTINENCIA DEL PROYECTO DE TESIS										X	X																																					
CORRECCIONES DEL PROYECTO										X	X																																					
DESARROLLO DE TESIS														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
RECOLECCION DE DATOS										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
TABULACION DE DATOS																																																

Loja, diciembre de 2013.

Señor Doctor.

Benito Román

COORDINADOR DEL POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DEL ASH DE LA UNL.

En su despacho.-

Por la presente expreso un cordial saludo a la vez, me dirijo a usted y por su intermedio a quién corresponda se digne aceptar el trámite para la **aceptación y pertinencia** del proyecto de Tesis, cuyo tema aceptado es: CORRELACION CLÍNICA, ECOGRAFICA E HISTOPATOLOGÍCA DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL, EN USUARIAS MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IESS LOJA.

Particular que solicito para los fines pertinentes, adjunto derecho.

Por la atención a la presente antelo mis agradecimientos.

Atentamente,

Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia

EGRESADA DE LA ESPECIALIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA

12. INDICE

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	¡Error! Marcador no definido.
AUTORIA.....	¡Error! Marcador no definido.
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO ..v	
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
1. TITULO.....	1
2. RESUMEN	2
ABSTRACT	3
3. INTRODUCCION.....	4
4. REVISION DE LITERATURA.....	6
4.1 FISIOPATOLOGÍA	7
<i>Alteraciones de la Fase Proliferativa</i>	9
<i>Alteraciones de la Fase Secretora</i>	9
4.2 CLASIFICACIÓN	10
4.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	12
4.4 DIAGNÓSTICO.....	17
4.5 CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA.-	22
<i>Relación Hiperplasia-Carcinoma Endometrio</i>	25
4.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	28
4.7 TRATAMIENTO	28
4.7.1 CRITERIOS DE TRANSFERENCIA	29
4.8 REVISIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y ALGORITMOS PARA EL MANEJO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL, SU APLICACIÓN EN LA PÁCTICA CLÍNICA, BASADA EN LA EVIDENCIA.....	30
5. MATERIALES Y METODOS	41
5 .1 TIPO DE ESTUDIO:.....	41
5.2 ÁREA DE ESTUDIO	41
5.3 UNIVERSO:.....	41
5.4 MUESTRA	41
5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	41

5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	42
5.5 ANÁLISIS:.....	42
5.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	43
5.7 ANÁLISIS.....	43
5.8 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS	44
5.8.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	44
6. RESULTADOS	46
7. DISCUSIÓN	74
10. BIBLIOGRAFÍA	81
11. ANEXOS.....	87
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	88
Algoritmos para el manejo del sangrado uterino anormal.....	91
CAPÍTULO XI.....	104
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	104
ÍNDICE DE CUADROS	109

ÍNDICE DE CUADROS

Tabla No. 1 Edad de las usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS Loja.....	46
Tabla No. 2 Nivel de Instrucción de la usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS- Loja.....	47
Tabla No. 3 Procedencia de las usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	48
Tabla No. 4 Estado Civil de las usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	49
Tabla No. 5 Edad inicio de la menstruación de las usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	50
Tabla No. 6 Número de parejas sexuales de las usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	51
Tabla No. 7 Uso de anticonceptivos de las usuarias con sangrado uterino atendidas en Hospital IESS – Loja.....	52
Tabla No. 8 Examen de Papanicolaou de las usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	53
Tabla No. 9 Antecedentes patológicos personales de las usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	54
Tabla No.10 Duración del Sangrado Uterino Anormal de las usuarias atendidas en Hospital IESS – Loja.....	55
Tabla No.11 Severidad del Sangrado en las usuarias atendidas en Hospital IESS – Loja.....	56
Tabla No.12 Trastornos hemodinámicos en el sangrado uterino anormal de las usuarias atendidas en Hospital IESS – Loja.....	57

Tabla No.13 Requerimiento de hospitalización de las usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	58
Tabla No.14 Requerimiento de transfusión sanguínea en las usuarias con sangrado uterino atendidas en Hospital IESS – Loja.....	59
Tabla No.15 Tratamiento hormonal previo en las usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	60
Tabla No.16 Resultado de tratamiento hormonal satisfactorio en usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	61
Tabla No. 17 Diagnóstico Clínico de las usuarias con sangrado uterino anormal atendidos en Hospital IESS – Loja.....	62
Tabla No. 18 Diagnóstico ecográfico ecográfico de usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	63
Tabla No. 19 Resultado Histopatológico en usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	64
Tabla No. 20 Antecedentes de Procedimientos Quirúrgicos Ginecológicos realizados en usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	66
Tabla No. 21 Patologías Ginecológicas asociadas en las usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja... ..	67
Tabla No. 22 Evolución luego del tratamiento instaurado en las usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	68
Tabla No. 23 Procedimientos Quirúrgicos realizados en usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	69
Tabla No. 24 Tratamientos realizados en usuarias con sangrado uterino anormal atendidas en Hospital IESS – Loja.....	70

Tabla No. 25 Correlación de los Diagnóstico Clínico y Ecográfico en las usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en el Hospital IESS-Loja.....	71
Tabla No. 26 Correlación de los Diagnóstico Clínico e Histopatológico en las usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en el Hospital IESS- Loja	72
Tabla No. 27 Cruce de Diagnóstico Ecográfico e Histopatológico de usuarias con Sangrado Uterino Anormal atendidas en Hospital IESS - Loja	73