GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-322-10**

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Vivir Mejor

Guía de Referencia Rápida

N938 Otras Hemorragias Uterinas o Vaginales Anormales

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Se entiende por Hemorragia Uterina Disfuncional a la pérdida de sangre proveniente de útero en ausencia de padecimiento orgánico y sin relación a causas obstétricas (embarazo o puerperio), que produce cambios en la frecuencia del ciclo menstrual, en su duración o en la cantidad. La hemorragia uterina puede interferir física, social, emocionalmente en la vida de la mujer, y repercutir en su calidad de vida, pudiendo estar acompañada de otros síntomas; aunque no se asocia a altas cifras de mortalidad, es una causa frecuente de consulta y motivo de referencia a ginecología

CAUSAS FRECUENTES DE SANGRADO UTERINO ANORMAL EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

Complicaciones del Embarazo

- Anovulación

Alteraciones Anatómicas

- Miomatosis
- Pólipos endometriales
- Medicamentos
- Hiperplasia endometrial
- Cáncer endometrial
- Infecciones
- Coagulopatías
- Anoralidades mullerianas

Dispositivo intrauterino

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La duración de la menstruación normal es de 2-7 días, con un promedio de 4. El intervalo menstrual normal tiene un rango de 25 a 35 días, con un promedio de 31. La cantidad normal de pérdida sanguínea se encuentra en un rango de 40 a 80 ml con un promedio de 60 ml. Es importante conocer las características de la menstruación consideradas normales y tomarlas como marco de referencia, para determinar si una paciente se encuentra con menstruaciones normales o bien con alteración en el patrón menstrual.

A toda paciente se debe interrogar su historia menstrual habitual considerando duración, intervalo y cantidad, ya que dentro de los patrones normales de la menstruación existen variaciones individuales

consideradas como habituales en cada paciente. Es importante considerar la edad de la paciente ya que en los extremos de la vida reproductiva son más frecuentes los ciclos anovulatorios, como principal causa de hemorragia uterina disfuncional (HUD).
Una historia clínica es fundamental para detección de hemorragia uterina disfuncional, con un interrogatorio orientado y un adecuado examen físico incluyendo toma de signos vitales, peso y talla, coloración de piel y mucosas, nivel de conciencia, presencia de petequias, equimosis o hematomas, exploración mamaria, abdominal, hepática y de tiroides.
En pacientes que ya iniciaron vida sexual se debe incluir exploración bimanual y especuloscopia vaginal.
En el interrogatorio y exploración física investigar: características del sangrado, síntomas relacionados que puedan orientar a anomalías anatómicas o histológicas, impacto en la calidad de vida y presencia de enfermedades concomitantes . Tratamientos farmacológicos (anticoagulantes, anticonceptivos hormonales) o utilización de dispositivos intrauterinos. Si existen síntomas como sangrado intermenstrual o poscoital, presión y/o dolor pélvico, deberán efectuarse otros estudios como ultrasonido. En toda paciente con HUD se debe determinar la presencia de obesidad y datos de hirsutismo. En pacientes de 19 a 39 años con obesidad, irregularidad menstrual y datos de hipérandrogenismo buscar datos de ovarios poliquísticos. Interrogar datos de sospecha de tumor suprarrenal y tiempo de evolución del hirsutismo y virilización.
Para estimar el volumen de la pérdida sanguínea existen varios métodos, sin embargo son poco prácticos y la mayoría dependen de la percepción de la paciente, se recomienda valorar principalmente el impacto a la calidad de vida como un indicador.
Deberá descartarse síndrome de ovarios poliquísticos en el pacientes de 19 a 39 años con obesidad, irregularidad menstrual y datos de hipérandrogenismo
Ante la rápida progresión de hirsutismo y virilización se debe descartar un tumor suprarrenal o de Sertoli.
Para establecer el diagnóstico de HUD se deberá descartar:
Pólipos, miomas, trastornos de la coagulación, endometritis, atrofia genital, endometriosis, hiperplasia endometrial, cáncer endometrial, endometrio atrófico.

EXÁMENES DE LABORATORIO

A todas las pacientes con hemorragia uterina se debe solicitar biometría hemática (formula roja) y prueba inmunológica de embarazo.
Las pruebas para trastornos de coagulación, deben de ser realizadas en mujeres que tienen menstruación abundante desde la menarca o con una historia familiar o personal sugestiva de trastornos de la coagulación.
Las pruebas de función tiroidea no son necesarias de manera rutinaria en la evaluación inicial; y deberán realizarse solo si existen signos y síntomas de enfermedad tiroidea
La determinación de niveles de testosterona-sulfato de dehidroepiandrosterona y 17-hidroxiprogesterona está indicada en mujeres con hirsutismo acompañada de virilización.

ESTUDIOS HISTOLÓGICOS Y DE GABINETE

El ultrasonido es la primera elección, para identificar anormalidades estructurales, en pacientes con hemorragia uterina. La histeroscopía deberá realizarse cuando los resultados de ultrasonido no son concluyentes o se sospecha alteración histológica.
Las indicaciones de ultrasonido en mujeres con sangrado menstrual abundante son: Útero palpable abdominal, cuando en el examen vaginal se detecta masa palpable de origen incierto, HUD que no responde a tratamiento farmacológico.
La biopsia endometrial se debe realizar para excluir el cáncer endometrial o la hiperplasia anormal
Las indicaciones para una biopsia incluyen: línea endometrial igual o mayor a 12 mm por USG, Hemorragia

uterina persistente principalmente en mayores de 40 años o con peso igual o mayor a 90 Kg, mujeres menores de 35 años sin respuesta a tratamiento médico.
En general la toma de biopsia del endometrio, no es necesaria si el espesor es menor de 5 mm por USG
Cuando la toma de biopsia con cánulas, AMEU o histeroscopía no sea posible, el legrado uterino instrumental es la última instancia debido al riesgo de eventos adversos y mayor costo

TRATAMIENTO MÉDICO

La finalidad del tratamiento es evitar episodios agudos de hemorragia, prevenir riesgos como la anemia, y mejorar la calidad de vida de las pacientes, esta indicado cuando no existen anormalidades estructurales o histológicas del útero
Se recomienda considerar el siguiente orden de las alternativas de tratamiento médico:
1.- DIU-L Es una alternativa efectiva de manejo a largo plazo sobre todo cuando es necesario conservar la fertilidad. Con este método se obtiene una alta satisfacción de parte de las pacientes.
2.- Acido tranexámico, Aines (se recomienda anticonceptivos combinados cuando no pueda utilizarse el ácido tranexámico o AINEs)

3.- Noretisterona 15 mg diarios del 5° al 26° día del ciclo menstrual o progesterona de acción prolongada (medroxiprogesterona). Este esquema se utiliza para controlar la pérdida hemática a corto plazo.
El uso de Análogo GNRH, puede ser considerado previo a un manejo quirúrgico, o cuando algunas alternativas de tratamiento como la ablación endometrial o la embolización de arterias uterinas esta contraindicado. Los análogos de GnRH, (Goserelina) puede ser útil en HUD, existiendo la aplicación subcutánea mensual de 3 a 6 meses, reduce el sangrado en más del 89 %.
Cuando la HUD coexiste con dismenorrea se aconseja utilizar AINE
La utilización de AINES o ácido tranexámico deberá ser retirada si no se observa mejoría dentro de los 3 primeros ciclos de tratamiento
El danazol ni el etamsilato deben ser utilizados rutinariamente para el tratamiento de sangrado menstrual abundante.
El uso de Progesterona ha mostrado ser eficaz, tanto en la modalidad de 21 días ya que reduce de manera significativa la pérdida sanguínea en mujeres con HUD, en un metanálisis se concluyó que este tratamiento no da ventajas para el control de la hemorragia uterina disfuncional, comparado con antiinflamatorios no esteroideos, DIU-L y Danazol, mencionando que este régimen puede administrarse de manera inmediata para el control de la Hemorragia y sólo como un tratamiento temporal.
Sin embargo la prescripción cíclica en la 2ª fase del ciclo menstrual (a partir del día 15 del ciclo durante 10 días) resulta ser igual de eficaz que los Aines, Danazol o Antiinflamatorios.
EL DIU-L reduce el sangrado en más de 95% de los casos tratados con beneficio máximo a los 6 meses.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La ablación endometrial debe ser considerada cuando el sangrado uterino tiene un impacto severo en la calidad de vida de la mujer que no desea embarazo en el futuro. La ablación endometrial puede ser considerada para mujeres con útero sin anomalías anatómicas ni histológicas y también para las que tienen pequeños fibromas (menos de 3 cm de diámetro).
En pacientes con falla a tratamiento farmacológico sin enfermedad orgánica, en que este indicada la histerectomía, se puede utilizar como alternativa una ablación endometrial principalmente en pacientes con: edad mayor de 40 años, tamaño del útero menor de 11 cm, con enfermedades sistémicas que incrementen el riesgo anestésico, sin deseos de embarazo posterior

Las mujeres que sean sometidas a ablación endometrial y que tengan riesgo de embarazo deben utilizar métodos anticonceptivos. La ablación endometrial debe preferirse a la histerectomía para mujeres con sangrado menstrual abundante con útero equivalente, no mayor de 10 semanas de embarazo. Las mujeres que requieran ablación endometrial deberá preferirse las de segunda generación cuando sea posible.
La evidencia apoya el uso de análogos de GnRH o danazol antes de la resección y ablación del endometrio en la fase proliferativa temprana del ciclo. Los primeros pueden producir mayor inhibición del endometrio que el danazol, pero los efectos clínicos de estas diferencias son pequeños y cualquier decisión sobre qué agente utilizar puede ser mejor si se basa en el costo y los efectos secundarios. Los beneficios a largo plazo son aún inciertos. Se debe considerar que, aunque la frecuencia de efectos secundarios será variable, es probable que los análogos de GnRH y el danazol produzcan efectos secundarios en una proporción significativa de las mujeres en particular si se utilizan durante dos meses. La utilización de progestagenos para este fin no se ha estudiado por lo cual no se pueden recomendar fuera de ensayos clínicos controlados.

Tratamiento Médico de Hemorragia Uterina Disfuncional

MEDICAMENTO	INDICACIONES
DIU-L	No núbiles Deseo de anticoncepción Cavidad uterina normal Haber descartado embarazo Sin infecciones genitales Sin enfermedad pélvica inflamatoria Sin neoplasia uterina cervical Sin enfermedad arterial severa previa activa
Anti-inflamatorios no esteroideos	Que no requieran anticoncepción Con contraindicación a anticonceptivos hormonales Con dismenorrea Que no presenten gastritis severa o úlcera, hemorragia del tubo digestivo
Acido trenexámico	Que no requieran anticoncepción Con contraindicación a anticonceptivos hormonales
Anticonceptivos hormonales orales	Pacientes en edad reproductiva Que requieran anticoncepción Tabaquismo negativo Bajo riesgo cardiovascular (hipertensión, obesidad, Diabetes)
Progestágenos	En casos de anovulación crónica Casos con contraindicación de los anticonceptivos orales Con riesgo de troboembolismo
Análogos de GnRh (Goserelina)	En casos de falla de otros tratamiento farmacológicos. Como manejo previo a procedimientos quirúrgicos (Ablación endometrial) No usarse por mas de 6 meses
* El tratamiento con Aines o Acido tranexámico debe extenderse por tres ciclos, en caso de no dar adecuados resultados deberá optarse por otro tratamiento médico. En el caso de progestinas orales el tratamiento por 20 días es mejor para reducir la pérdida sanguínea, en comparación al tratamiento de segunda fase.	

Medicamentos Indicados En El Tratamiento De Hemorragia Uterina Disfuncional

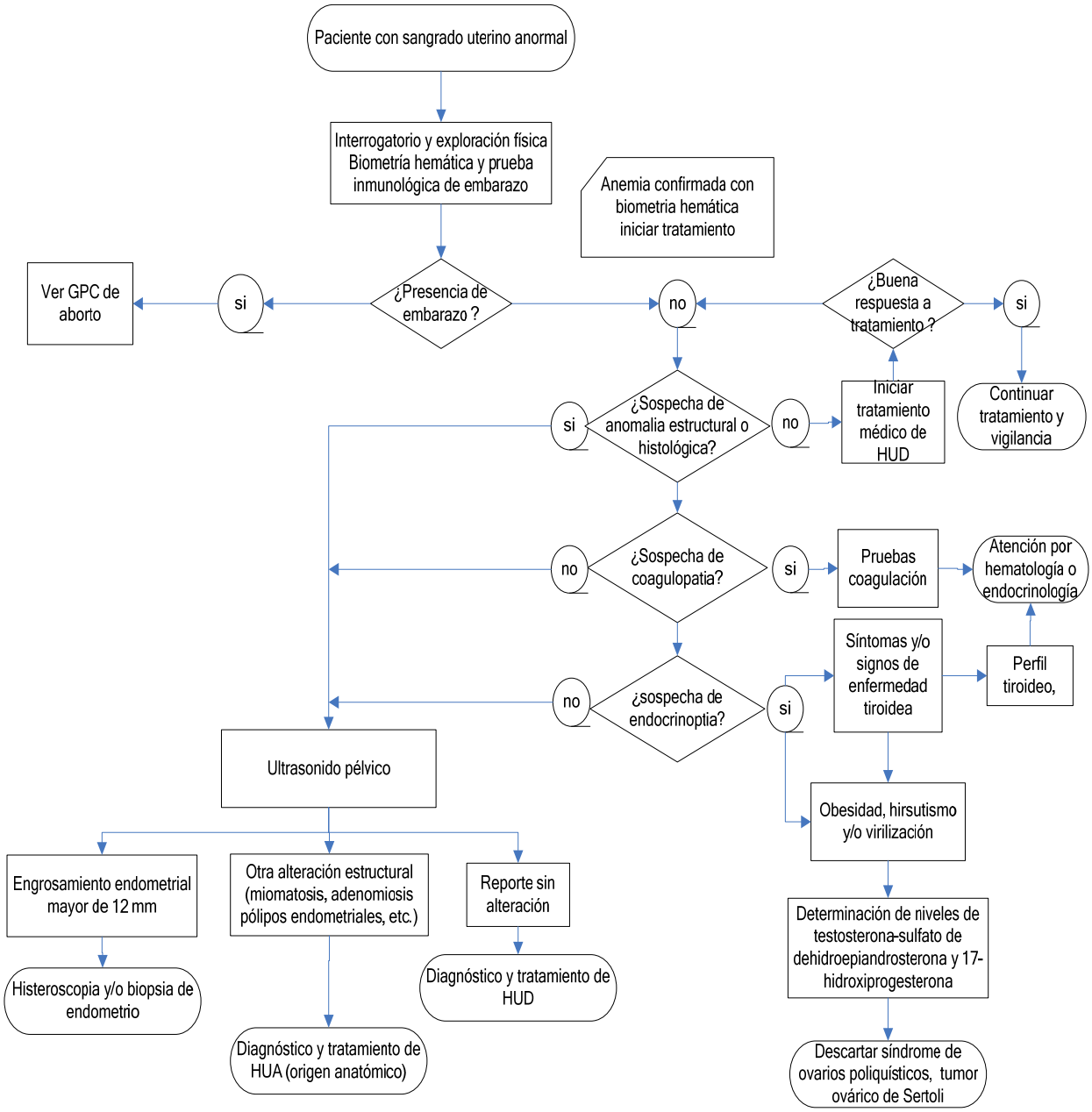
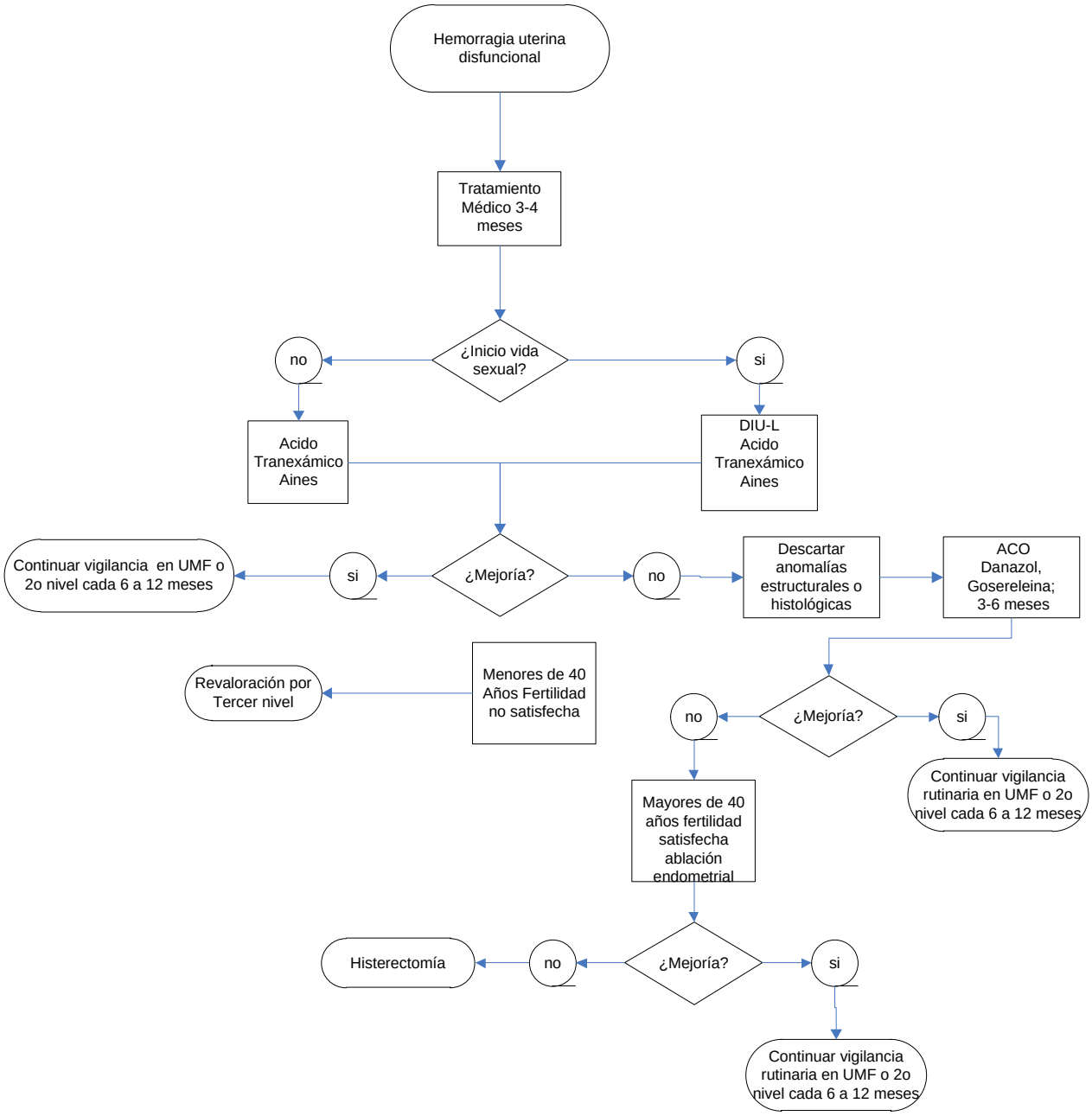
Principio Activo	Dosis recomendada	Período de uso
DIU-L (Levonorgestrel)	Aplicación única (20 microgramos/día)	12 meses como mínimo
Acido tranexámico	1 gramo cada 8 a 6 hrs por día	Los primeros 4 días del ciclo menstrual uterino durante tres ciclos
Ibuprofeno	600 mg al día dosis única	Iniciar el primer día de sangrado hasta ausencia del mismo. Máximo 3 ciclos
Meloxicam	Tableta 15 mg. 15 mg cada 24 horas	Máximo 3 ciclos
Naproxeno	Tableta de 250 mg cada 6 a 8 hrs	Máximo tres meses
Estradiol Valerato	1 Tabletas de 2 mg diaria durante 21 días	6 meses
Noretisterona/ etinilestradiol	Una tableta de .400 /.035 mg	De 6 a 12 meses
Medroxiprogesterona	150 mg 1 ámpula IM cada 12 semanas	6-12 meses
GnRH-a Goserelina	3.6 mg mensual Subcutáneo	1 Implante Subcutáneo mensual por 6 meses
Danazol	100 – 200 mg por día	3 meses

Tratamientos Quirúrgicos

PROCEDIMIENTO	INDICACIONES
Legrado uterino instrumental	En mujeres con HUD severa que no responden a tratamiento médico con fines hemostáticos Útil para toma de biopsia endometrial en caso de no haber realizado estudio en consultorio No debe ser utilizado como medida terapéutica de primera elección
Ablación endometrial con balón térmico (aebt)	Mujeres con HUD con impacto sobre calidad de vida, sin deseo de fertilidad Útero con cavidad uterina normal Requiere supresión endometrial prequirúrgica (Análogos de GnRH o LUI) Pacientes con riesgo quirúrgco-anestésico elevado
Histerectomía*	En caso de falla de tratamiento médico. En caso de falla de ablación endometrial. Pacientes sin interés de embarazo Procedimiento de última elección
* Procedimiento con tasa alta de satisfacción, sin embargo conlleva mayor tiempo de cirugía, mayor tiempo de recuperación y mayor porcentaje de complicaciones.	

ALGORITMOS

Algoritmo 1. Diagnóstico de la Hemorragia Uterina Disfuncional.



Algoritmo 2. Manejo de la Hemorragia Uterina Disfuncional.