

Couso Cambeiro, Bárbara*; Pato Mosquera, Mónica*; Doval Conde, José Luis*; Varillas Del Río, Carmen*.

*Servicio de Ginecología

Es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Ginecología tanto de forma ambulatoria como de urgencias. Se define como la pérdida hemática procedente del tracto genital (vulva, vagina, cérvix o útero).

El sangrado uterino fisiológico es la **menstruación**, que ocurre a partir de la menarquia hasta la menopausia, por la descamación del endometrio tras la privación hormonal. Sus características son:

- Periodicidad: entre 24 y 38 días,
- Volumen: 5-80 ml/ciclo,
- Duración: 4.5-8 días.

Los **sangrados uterinos anormales** por exceso, son alteraciones en el patrón de sangrado del ciclo menstrual, que pasan a ser de mayor intensidad, duración y/o frecuencia (acíclicos). La mayoría son benignos, pero siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de neoplasia en el diagnóstico diferencial. Es importante distinguir entre los sangrados que ocurren en edad reproductiva y aquéllos que suceden después de la menopausia.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propone la siguiente clasificación terminológica:

- Alteraciones de la **regularidad**,
- Alteraciones de la **cantidad**,
- Alteraciones de la **duración**,
- Sangrado irregular **no menstrual**,
- Sangrado **fuera de la edad reproductiva**.

ETIOPATOGENIA:

ORGÁNICAS	
LOCALES (del aparato reproductor)	Gestación y sus complicaciones (aborto, embarazo ectópico...)
	Patología maligna y premaligna (neo de vulva, cérvix, endometrio, hiperplasias...)
	Patología no maligna (pólipos, miomas, prolapsos, infecciones...)
	Atrofia genital
	Traumático o cuerpos extraños
SISTÉMICAS	Endocrinopatías (patología tiroidea, obesidad...)
	Hematológicas (alteraciones de la coagulación...)
	Hepáticas
	Renales
	Cambios de peso corporal
YATRÓGENAS	Medicamentos (tratamientos hormonales, anticoagulantes...)
	DIU (dispositivo intrauterino)

FUNCIONALES O HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL (HUD)

Sangrado excesivo de origen uterino sin enfermedad anatómica demostrable, complicación de embarazo o enfermedad sistémica. Es la forma más frecuente, por alteración del ciclo hormonal normal. Se clasifican clínicamente en:

Anovulatorias

Son las más frecuentes (90%), típicas de mujeres en los extremos de la edad reproductiva (adolescentes y premenopáusicas)

Ovulatorias

10 %, en mujeres entre los 20 y 35 años

DIAGNÓSTICO Y CONDUCTA A SEGUIR:**TRATAMIENTO:**

Influyen factores como la edad de la paciente, el tratamiento con anticoncepción hormonal, el número de episodios (primer episodio o recurrentes), la asociación con otros síntomas como dismenorrea, etc.

TRATAMIENTO NO HORMONAL

De elección en pacientes con menorragias, ciclos ovulatorios, sin patología orgánica. No interfiere con el deseo genésico.

	Pauta	Observaciones
Antifibrinolíticos	Ácido tranexámico 1g/6-8h, 3-5 primeros días	Tratamiento de primera línea más eficaz.
AINES	Ácido mefenámico, naproxeno, ibuprofeno: 500mg/8h, 3-5 primeros días	No diferencias entre ellos. Mejoran dismenorrea.

TRATAMIENTO HORMONAL

Indicado en cualquier HUD y algunos casos de patología orgánica (enfermedad sistémica, útero miomatoso...), tanto para el tratamiento de la hemorragia aguda como para prevenir recurrencias, sobre todo si se desea anticoncepción.

Tto hemorragia aguda	Tto mantenimiento	Observaciones
----------------------	-------------------	---------------

Anticonceptivos hormonales orales combinados (estrógenos + progestágenos)	Descenso progresivo de dosis (varias pautas): -1/8h, 3 días (+ antiemét) -1/12 h, 3 días -1/24 h, hasta completar 21 días	-1/24 h durante 21 días Mantener al menos 3 ciclos Comenzar primer día del sangrado por privación después del tratamiento agudo	Se suele utilizar AHO monofásico de dosis baja (30 mcg EE) Tratamiento ideal en mujeres jóvenes que deseen anticoncepción. Se debe tener en cuenta la edad, el hábito tabáquico y los factores de riesgo cardiovascular Para el tratamiento crónico los resultados son similares con parches transdérmicos y anillos vaginales
Estro-progestágenos (no anticonceptivos)		1/24 h durante 21 ó 28 días	Indicados en mujeres perimenopáusicas con sangrados moderados Alivian la sintomatología climática
Gestágenos	Orales	No se recomiendan	Norestisterona (NET): 15 mg/día del día 5 al 26 del ciclo En mujeres con ciclos ovulatorios (regulares) no deben usarse, no son eficaces Medroxiprogesterona (AMP) y progesterona micronizada (PM) no se recomiendan en sangrado agudo, se utilizan en hiperplasia endometrial Indicados si contraindicación para los estrógenos, no respuesta al tratamiento o efectos secundarios No recomendados si el endometrio es < 4 mm
	De depósito: AMP inyectable		150 mg IM cada 3 meses
	Dispositivo de liberación intrauterina de levonorgestrel (DIU-LNG)		Duración: 5 años Es la primera opción terapéutica en mujeres que deseen evitar la cirugía y quieran anticoncepción. Tiene eficacia superior a los AHO, el AMP y los ttos no hormonales
Análogos GnRH (goserelina, triptorelina...)	Tratamiento de emergencia transitorio: inyección IM mensual o trimestral. Máximo 6 meses	Indicados en caso de anemia severa mientras se organiza la intervención quirúrgica. No se debe usar más de 6 meses por los efectos secundarios asociados al déficit de estrógenos (sofocos, sudoración, disminución de densidad ósea...)	

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	
Patología orgánica	HUD
<ul style="list-style-type: none"> • Histeroscopia quirúrgica: resección de pólipos, miomas submucosos, tabiques, etc. • Miomectomía: en pacientes jóvenes con deseos genésicos. • Embolización de arterias uterinas: para el tratamiento de los miomas. Se introduce un catéter a través de la arteria femoral y se embolizan las arterias uterinas, consiguiendo necrosis del mioma. • Histerectomía: si no resulta posible la cirugía conservadora.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Legrado uterino hemostático si sangrado profuso (actualmente es la única indicación del legrado ginecológico). • Ablación/resección endometrial: consiste en la destrucción del endometrio con láser o medios electroquirúrgicos mediante histeroscopia. Es el patrón oro cuando ha fallado el tratamiento médico • Histerectomía: como última opción si fallan todos los tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fraser IS, Critchley HO, Broder M, and col. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. *Semin Reprod Med.* 2011;29(5):383-90. doi: 10.1055/s-0031-1287662.
2. The Cochrane Database of Systematic Review 2000. Iyer V, Farquhar C, Jepson R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding. Citado en *Cochrane Library*, 2000; 3: CD000154.
3. The Cochrane Database of Systematic Review 2005. Hickey M, Higham J, Fraser IS. Progestogens versus oestrogens and progestogens for irregular uterine bleeding associated with anovulation. Citado en *Cochrane Library*, 2005;4: CD001891.
4. The Cochrane Database of Systematic Review 2000. Lethaby A, Irvine G, Cameron I. Cyclical progestogens for heavy menstrual bleeding. Citado en *Cochrane Library*, 2000; 2: CD001016.
5. The Cochrane Database of Systematic Review 2005. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone or progestogen releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. Citado en *Cochrane Library*, 2005; 4: CD002126.
6. The Cochrane Database of Systematic Review 2005. Lethaby A, Farquhar C, Cooke I. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding. *EBM Reviews.* Citado en *Cochrane Library*, 2005 4: CD000249.
7. The Cochrane Database of Systematic Review 2008. Lethaby A, Augood C, Duckitt K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. Citado en *Cochrane Library*, 2008; 1: CD000400.
8. Lete I coordinador. Menorragia. Documentos de consenso SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), 2009: 13-74.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians and gynecologist 2007. *Obstet Gynecol* 2007; 109(5): 1233-48.
10. National Collaborating Centre for Women´s and Children´s Health "Heavy menstrual bleeding clinical guideline", January 2007. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG44FullGuideline.pdf>.