

Sangrado uterino anormal

Sangrado Uterino Anormal es la variación del ciclo menstrual normal, e incluye cambios en la regularidad, frecuencia del ciclo, y duración del flujo o en la cantidad de sangrado menstrual perdido.



Epidemiología

- Es la segunda causa de consulta ginecológica, después de las infecciones cervicovaginales.
- El 9-14% de mujeres han tenido ciclos menstruales mayores a 80 ml por ciclo menstrual.



Etiología

- Sangrado de uterino anormal de origen anatómico (PALM): Pólipo, Adenomiosis, Leiomioma, Malignidad.
- Sangrado uterino anormal de origen no anatómico (COEIN): Coagulopatía, Ovulatoria, Endometrial, Iatrogénicas y No clasificables.

Medición pérdida de sangre

Indirecto >> método de Higham >> tampones y toallas

E

En promedio un tampón absorbe 5 ml y una toalla higiénica absorbe 15 ml.

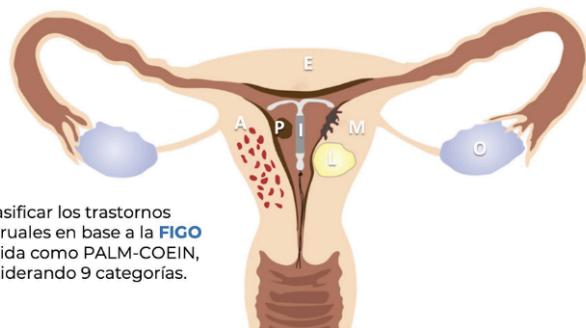
E

Duración normal del sangrado menstrual Describe una pérdida de sangrado menstrual de 3 a 8 días

Ciclo regular se presenta con una variación normal de ciclo a ciclo de + 2 a 20 días.

Cantidad normal es el sangrado menstrual entre 5 a 80 ml por ciclo.

Frecuencia menstrual normal es la presencia de Intervalos de sangrado de 24 a 38 días



Clasificar los trastornos menstruales en base a la **FIGO** conocida como PALM-COEIN, considerando 9 categorías.

Del 6 a 10% de mujeres con hemorragia uterina anormal entre los 19 y 39 años tienen hiperandrogenismo con anovulación crónica.

Valores disminuidos



Proiomenorrea: < 24 días.

Oligomenorrea: < 3 días.

Hipomenorrea: 5 ml.

Valores normales

Periodicidad: **24 - 38 días.**

Duración: **3 - 8 días.**

Cantidad: **5 - 80 ml por ciclo.**

Valores aumentados



Opsomenorrea: > 38 días.

Polimenorrea: > 8 días.

Hipermenorrea: > 80 ml.

R

La paciente con hemorragia uterina debe contar con historia clínica enfocada a antecedentes heredo familiares(AHF) sobre coagulopatía, miomatosis uterina, ingesta de fármacos relacionados a hemorragia y descripción de patrón menstrual normal y actual conjuntamente con una exploración física ginecológica en búsqueda de causa de hemorragia.

La hemorragia uterina anormal de causa ovulatorias es usualmente regular y se puede asociar a síntomas premenstruales y dismenorrea.

La hemorragia de origen anovulatorio es más común en las adolescentes y premenopáusicas, se caracteriza por ser irregular, prolongada y en cantidad abundante.



Diagnóstico

- Inicial: Prueba de embarazo a toda mujer con vida sexual.
- Elección:** Ultrasonido transvaginal, útil en etiología estructural.
 - Si no hay alteración estructural (USG), seguir el algoritmo.
- Solicitar biometría hemática en busca de anemia.

Si el ultrasonido muestra una etiología estructural, el tratamiento va dirigido a la patología específica. En el caso de hiperplasia endometrial > 12 mm se recomienda histeroscopia con toma de biopsia.

R

Las pruebas de coagulación están recomendadas en pacientes con hemorragia uterina que inicio desde la menarqua y de difícil control o por antecedentes familiares de alteraciones en la coagulación. Debiéndose descartar la enfermedad de Von Willebrand.

R

En mujeres mayores de 40 años hasta la menopausia, a las cuales se ha descartado inicialmente causas orgánicas de hemorragia uterina y que persisten con episodios de sangrado, se sugiere descartar patología maligna endometrial.

USG endovaginal de elección >>> se solicita biopsia en caso de línea endometrial

- > 16 mm en premenopáusicas
- > 12 mm en postmenopáusicas asintomáticas
- > 5 mm en postmenopáusicas sintomáticas

Sangrado anormal > 40 años sospechar malignidad

USG no concluyente >> realizar histeroscopia

El tratamiento médico debe ser considerado como de primera línea, una vez que se ha descartado malignidad o patología pélvica.



Sangrado uterino anormal de origen no anatómico

¿Paciente inició su vida sexual?

No

AINEs (por al menos 3 ciclos)

R

Se sugiere el uso de AINEs como tratamiento inicial en pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico regular y no abundante.



SI

Levonorgestrel intrauterino (DIU)

E

El levonorgestrel en sistema intrauterino ha mostrado menores eventos trombóticos en pacientes con riesgo.

Este en mujeres con vida sexual iniciada ha mostrado ser más eficaz que los AINEs y anticonceptivos hormonales en la población que no deseé embarazo

¿Cómo indicar AINES? >>> 1 ciclo corresponde iniciar aines 2 a 5 días previos al inicio del ciclo menstrual y continuar 3 a 5 días posteriores al inicio del sangrado

TX MEDICO

1. **AINES** (reducen cantidad de sangrado al inhibir la cantidad de prostaglandinas COX 1 y **COX 2** en el endometrio) **meloxicam o ibuprofeno**
2. Anticonceptivos (hasta 3 ciclos con inicio de vida sexual >> en 2do nivel)
3. **Danazol** 2do nivel
4. Análogos de GnRH 2do nivel (no darlos por más de 6 meses por descalcificación ósea)

Referencia a 2do nivel

- Sangrado de origen no anatómico que han recibido terapia médica no hormonal sin respuesta en mínimo 3 ciclos.
- Sangrado de origen no anatómico que persistan con episodios de sangrado en quienes se han corregido causas posibles de hemorragia.
- Sospecha de patología androgénica o tiroidea.
- Sospecha de coagulopatía.
- Pacientes con hemorragia uterina anormal de origen no anatómico desde la menarca.

TX QX > si tx medico falla, > 40 años y paridad satisfecha

1. Ablación endometrial >>> previamente se prepara con análogos GNRH
2. Histerectomía



Considerar el tratamiento quirúrgico cuando:

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

RPM

La ruptura prematura de membranas (**RPM**) se define como la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se presenta antes del inicio del trabajo de parto; es de etiología multifactorial, pero muchas pueden tener factores asociados.

Epidemiología

- La RPM ocurre en el 10% de las gestaciones.
- La RPMP ocurre en 3% de los embarazos y es responsable 1/3 de partos pretérmino.

F. de riesgo

- Infecciones.
- RPM previo.
- IMC bajo.
- Embarazo múltiple.
- Parto pretérmino.
- Deficiencia de cobre.
- Sangrado vaginal.
- Conización.
- Distensión uterina.

Clasificación para ENARM

RPM prematura (RPMP)

Ocurre más de 1 hora antes del inicio del trabajo de parto.

RPM pretérmino

Aquella ruptura que se presenta antes de las 37 SDG.

RPM Prolongada

Ruptura prematura que tiene más de 18 horas de evolución.

Ruptura de membranas pretérmino

Previsible ≤ 23 sdg

Remota del término 23 - 32 sdg

Cerca del término 33 -36 sdg

Diagnóstico

1. Historia clínica y revisión vaginal

(Especuloscopía, maniobra de Tarnier y Valsalva): Para valorar salida de líquido del orificio cervical.

2. Cristalografía

(S:88%): Se considera positiva cuando se observan helechos.

3. Prueba de Nitrazina (S:93%)

Evaluá el pH de las paredes vaginales que cambia de color cuando el pH es > 7 (cambia de amarillo a azul).

4. Ultrasonido:

En busca de oligohidramnios y para valorar bienestar fetal.



Cuando la historia materna y la revisión vaginal no son concluyentes en el diagnóstico de RPMP, la cristalografía y nitrazina son pruebas útiles para confirmar el diagnóstico



El ultrasonido es un auxiliar en el estudio de estas pacientes y puede ayudar a confirmar el diagnóstico de RPM, recordando que el oligohidramnios puede ser debido a otras causas como anomalías fetales del

Pregunta ENARM 2021 y 2022: El pH vaginal es de 4.5 – 6.0 mientras el del líquido amniótico está entre 7.1 – 7.3.



R

La exploración cervical con tacto vaginal en el abordaje inicial de RPMP debe limitarse a la valoración inicial para disminuir el riesgo de infección, a menos que la paciente se encuentre en trabajo de parto.

E

Temperatura por arriba de 37.8 grados C., secreción vaginal fétida y taquicardia fetal (frecuencia cardiaca mayor a 160 latidos por minuto) indican corioamnionitis clínica en pacientes con diagnóstico de RPM.

Tratamiento

Paciente con < de 23 SDG

Paciente con 24 - 34 SDG

Paciente con > de 34 SDG

Interrupción del embarazo.
No tocolíticos o maduración.

¿Datos de corioamnionitis?

Interrupción del embarazo.
No tocolíticos o maduración.

No

Si

- Terapia antibiótica para prevenir infección: Ampicilina + eritromicina IV por 48 horas seguido de 5 días con amoxicilina oral + eritromicina.
- Corticosteroides para inducción de madurez pulmonar.
- La terapia con tocolíticos no está recomendada porque no mejora los resultados perinatales.
- Si el embarazo tiene menos de 32 semanas de gestación dar sulfato de magnesio como neuroprotección.

Antibióticos de amplio espectro e interrupción del embarazo.



Complicaciones

Corioamnionitis, DPPNI, endometritis, compresión de cordón umbilical, prematuridad y sepsis neonatal.

La **Betametasona** reduce el riesgo de SDR 1