

# 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, latorogénas 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.

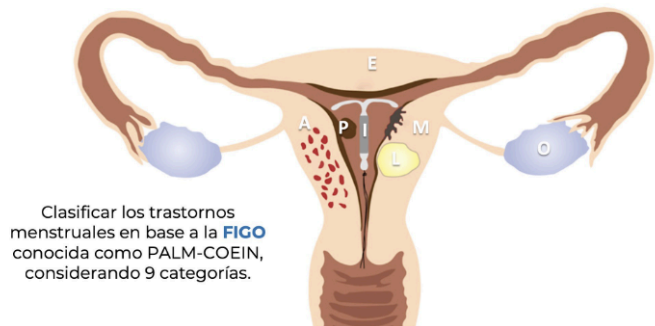
**E**

**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.

**Poliomenorrea:** > 8 días.

**Hiperomenorrea:** > 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.

**E**

La hemorragia uterina anormal de causa ovulatorias es usualmente regular y se puede asociarse 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 menarca 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.

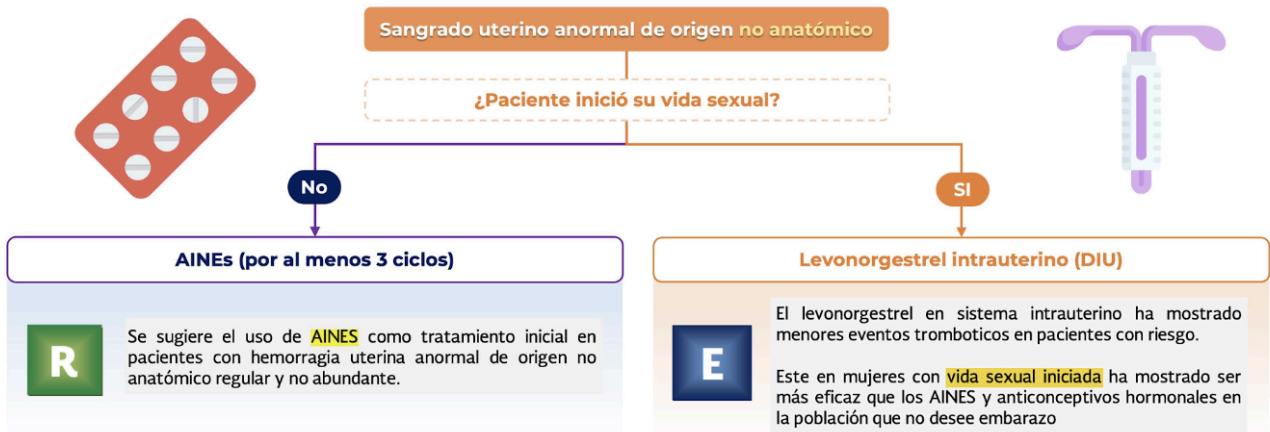
**USG endovaginal de elección >>> se solicita biopsia** en caso de línea endometrial

- > 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.



**¿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

**R** 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

Previales  $\leq 23$  sdg

Remota del término 23 - 32 sdg

Cerca del término 33 -36 sdg



## Diagnóstico

### 1. Historia clínica y revisión vaginal

(Especuloscopia, 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%):

Evalúa 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.

R

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



E

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

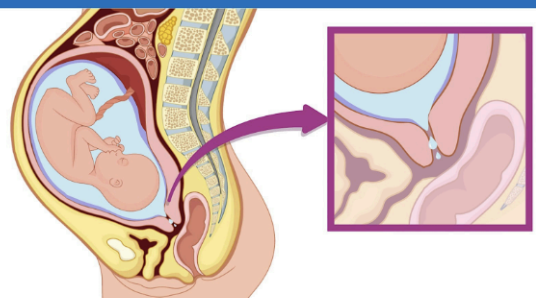
Pregunta ENARM 2021 y 2022: El pH vaginal es de 4.5 – 6.0 mientras el del líquido amniótico está entre 7.1 – 7.3.



Helechos



Nitrazina



**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 cardíaca mayor a 160 latidos por minuto) indican corioamnionitis clínica en pacientes con diagnóstico de RPM.

**Tratamiento****Paciente con < de 23 SDG**

**Interrupción del embarazo.**  
No tocolíticos o maduración.

**Paciente con 24 - 34 SDG**

**¿Datos de corioamnionitis?**

**No**

- 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.

**Si**

Antibióticos de amplio espectro e interrupción del embarazo.

**Complicaciones**

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

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