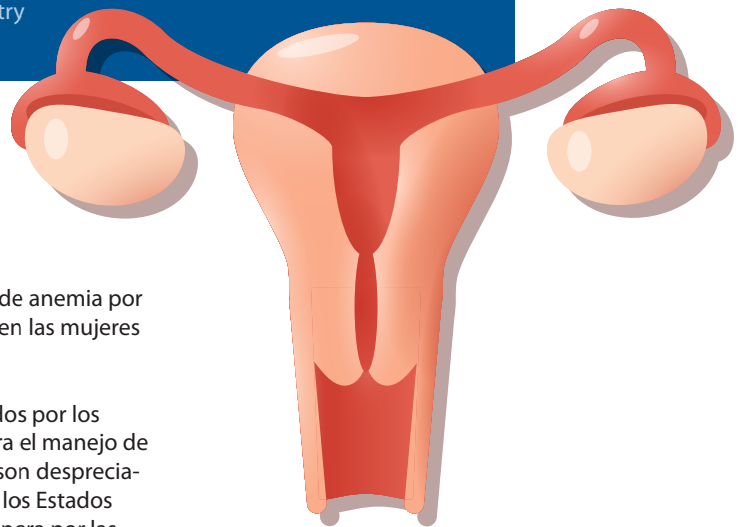


# **GPC** Hemorragia Uterina Anormal

**Alfonso Correa** Ginecólogo. Subdirector de Educación e Investigación  [\[USVW5ag\] fdk Z5 \[US S5a\] S](#)

**Alejandro Torres** Ginecólogo Institucional Clínica del Country



## INTRODUCCIÓN

La hemorragia uterina anormal (HUA) es una condición clínica que tiene presentaciones agudas y crónicas. Se caracteriza por la alteración en el volumen, frecuencia, regularidad o duración del sangrado uterino menstrual (fuera del contexto de un embarazo). Afecta a entre el 10 % y 35 % de las mujeres, y representa el 20 % de los motivos de consulta en ginecología. Esta patología tiene un impacto importante a nivel físico, psicológico, social y en la calidad de vida (1). Adicionalmente, la HUA es la

causa más frecuente de anemia por deficiencia de hierro en las mujeres en edad fértil (2).

Los recursos destinados por los sistemas de salud para el manejo de esta enfermedad no son despreciables, por ejemplo, en los Estados Unidos el gasto se genera por las causas directas o indirectas de la enfermedad. El tiempo laboral perdido se traduce en aproximadamente 1.900 dólares anuales por persona (3).

## REVISIÓN DEL TEMA

El episodio agudo de sangrado anormal puede presentarse dentro de la agudización de un sangrado crónico; y puede llegar al punto de requerir transfusiones sanguíneas o tratamiento quirúrgico de urgencia. El enfoque general para la atención de la paciente con HUA debe contemplar:

1. **Compromiso clínico debido a la pérdida de sangre.**
2. **Origen de la hemorragia.**
3. **Tratamiento adecuado.**

La valoración inicial de una paciente con un episodio agudo de HUA en urgencias debe buscar la identificación temprana de signos de hipovolemia, y debe servir para determinar el riesgo de descompensación hemodinámica. En caso de encontrar signos de hipovolemia, se debe realizar la reposición y reanimación hídrica adecuada, y además se debe considerar el uso de hemoderivados

para evitar un colapso cardiovascular. Una vez se logre la estabilización, el segundo paso es determinar el origen del sangrado.

La International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) en 2011 (5) creó un consenso para definir de forma estandarizada el origen de los síntomas. Este consenso, conocido bajo el acrónimo en inglés PALM-COEIN (pólipo, adenomiosis, leiomiomas, malignidad e hiperplasia - coagulopatía, disfunción ovárica, endometriales, iatrogénicas, y no clasificables), considera las características uterinas anatómicas y no anatómicas para determinar el origen más probable. Su objetivo es facilitar la planeación de la estrategia terapéutica más apropiada para las pacientes.

En revisiones realizadas por Kadir y colaboradores (6), se determinó que hasta el 13 % de las pacientes con

sangrados anormales tiene alguna variante de la enfermedad de Von Willbrand y hasta un 20 % presenta algún defecto en el mecanismo de la coagulación.





### APROXIMACIÓN CLÍNICA

El tratamiento de la HUA se basa en el uso de progestinas (en combinación con anticonceptivos orales), dispositivos intrauterinos (DIU) de levonorgestrel, o dosis altas de progestinas orales únicamente. El manejo quirúrgico es muy importante en casos de anomalías anatómicas o cuando las pacientes no desean conservar la fertilidad.

En el momento de elegir un tratamiento, se debe tener en cuenta los siguientes factores:

1. Etiología
2. Severidad del sangrado

3. Síntomas asociados (disnea, dolor pélvico)
4. Deseo de contracepción
5. Comorbilidades médicas
6. Enfermedad vascular venosa y/o arterial
7. Acceso al tratamiento médico y adherencia

Los síntomas por HUA pueden persistir hasta la menopausia por lo que las metas del tratamiento son el control del sangrado inicial, la corrección de la anemia, y la preservación de la calidad de vida. Por lo tanto, siempre se debe buscar la etiología primaria de la hemorragia

que puede incluir: desórdenes hormonales/infecciosos o lesiones estructurales (pólipos o miomas) que pueden ser manejadas por vía histeroscópica.

El manejo inicial para las hemorragias es principalmente farmacológico mediante el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o ácido tranexámico; otra opción de tratamiento es el uso de DIU de levonorgestrel. Algunas revisiones sistemáticas concluyen que cerca del 58 % de pacientes con manejo farmacológico -sin mejoría de los síntomas- necesitó manejo quirúrgico dentro de los siguientes 2 años (7).



### MANEJO MÉDICO

La elección del manejo médico dependerá del tiempo de evolución de los síntomas o factores de riesgo clínicos. El objetivo es seleccionar correctamente a las pacientes que van a recibir tratamiento hormonal para el control de sangrado o planificación.

El manejo principal es de tipo hormonal y el uso de anticonceptivos combinados estrógeno-progestina encabeza la lista.; se usan las presentaciones orales, inyectables, subdérmicas o intrauterinas que contengan medicación combinada o progestina únicamente. Estos medicamentos controlan la cantidad del sangrado y dismenorrea, y proveen protección anticonceptiva (8). Para seleccionar adecuadamente las pacientes que recibirán manejo hormonal (anticonceptivo o para el

control del sangrado), se debe tener en cuenta los criterios de elegibilidad para anticoncepción dictados por la OMS en 2015; y además se debe contemplar el riesgo tromboembólico y el riesgo de cáncer de mama o enfermedades sensibles a la estimulación estrogénica.

En cuanto al manejo no hormonal, los dos medicamentos usados principalmente son el ácido tranexámico y los AINEs. El primero con una tasa de control de sangrado entre el 26 % y el 54 % mayor que la encontrada con AINEs, pero menor que la encontrada con el uso de DIU de levonorgestrel (9). Aún existe discusión con respecto a la seguridad y el riesgo de trombosis con el uso de antifibrinolíticos en pacientes con trombofilias e historia de enfermedad tromboembólica. Los

AINEs tienen la ventaja de no ejercer ningún efecto protrombótico, ser medicamentos de bajo costo y contar con bajas tasas de efectos adversos (10); además muestran mayor efectividad para control de hemorragia uterina en estudios versus placebo, aunque cuentan con menor efectividad que los DIU de levonorgestrel.



## MANEJO QUIRÚRGICO

La terapia médica puede no ser efectiva para todas las pacientes. En algunos casos las pacientes solicitan un tratamiento definitivo para su enfermedad (especialmente cuando han estado en manejo médico durante largo tiempo y han experimentado efectos adversos de los medicamentos), siendo el quirúrgico la mejor opción. La elección del manejo quirúrgico también se basa en el deseo de fertilidad; en pacientes en que los manejos médicos han fallado, un procedimiento mínimamente invasivo puede ser apropiado.

La miomectomía es una opción para el manejo de los miomas uterinos en

pacientes que desean preservar la fertilidad (especialmente en las que tienen localización intracavitaria). Debe hacerse consejería con respecto a la necesidad de cesárea luego de haberse sometido a miomectomía debido al riesgo de ruptura uterina.

Cuando no se busca preservar la fertilidad, la ablación endometrial es una opción a la falla terapéutica (en especial cuando se presentan hemorragias abundantes) (11). La embolización de las arterias uterinas (un procedimiento intervencionista) está indicada para el manejo de los miomas cuando se manifiestan con síntomas severos (dolor, hemorragia

severa, presión, o dolor pélvico crónico). Entre el 73 % y el 90 % de pacientes manifestó mejoría en la cantidad del sangrado hasta 10 años después de este procedimiento (12).

Finalmente, la hysterectomía ha sido el procedimiento quirúrgico definitivo para el manejo de la HUA, con una alta tasa de satisfacción por ser curativo. La vía de abordaje será la endoscópica, a menos que las condiciones médicas de la paciente lo contraindiquen (13).





ALGORITMO

