



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

PREVENCIÓN Y MANEJO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL EN
LA MUJER EN ETAPA REPRODUCTIVA

FERNANDEZ LUNA ANDY EFRAIN
MÉDICO

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

PREVENCIÓN Y MANEJO DEL SANGRADO UTERINO
ANORMAL EN LA MUJER EN ETAPA REPRODUCTIVA

FERNANDEZ LUNA ANDY EFRAIN
MÉDICO

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

PREVENCIÓN Y MANEJO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL EN LA MUJER
EN ETAPA REPRODUCTIVA

FERNANDEZ LUNA ANDY EFRAIN
MÉDICO

AGUDO GONZABAY BRIGIDA MARITZA

MACHALA, 22 DE ABRIL DE 2020

MACHALA
22 de abril de 2020

Nota de aceptación:

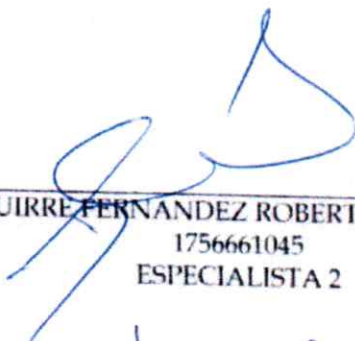
Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado PREVENCIÓN Y MANEJO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL EN LA MUJER EN ETAPA REPRODUCTIVA, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



AGUDO GONZABAY BRIGIDA MARITZA

0908356942

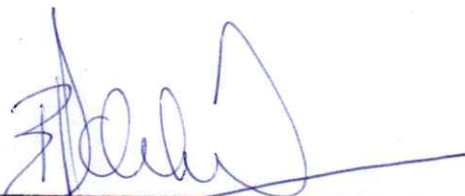
TUTOR - ESPECIALISTA 1



AGUIRRE FERNANDEZ ROBERTO EDUARDO

1756661045

ESPECIALISTA 2



PALADINES FIGUEROA FRANKLIN BENJAMIN

0910322510

ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: viernes 24 de abril de 2020 - 19:37

PREVENCIÓN Y MANEJO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL EN LA MUJER EN ETAPA REPRODUCTIVA

por Andy Efrain Fernandez Luna

Fecha de entrega: 11-feb-2020 04:14p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1255693993

Nombre del archivo: L_SANGRADO_UTERINO_ANORMAL_EN_LA_MUJER_EN_ETAPA_REPRODUCTIVA.txt
(23.9K)

Total de palabras: 3527

Total de caracteres: 20392

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, FERNANDEZ LUNA ANDY EFRAIN, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado PREVENCIÓN Y MANEJO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL EN LA MUJER EN ETAPA REPRODUCTIVA, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 22 de abril de 2020



FERNANDEZ LUNA ANDY EFRAIN
0705677789

RESUMEN

El sangrado anormal uterino es una patología que se produce por la pérdida de sangre uterina en relación a su volumen, frecuencia e intensidad, estos pueden aumentar si están asociados a factores de riesgo como obesidad, diabetes, sedentarismo, hipertensión y menopausia. De acuerdo a su etiología se clasifican en dos grupos PALM-COEIN (estructurales y no estructurales). Su tratamiento deberá ser individualizado de acuerdo a su etiología en donde se utilizará, tratamiento hormonal, anticonceptivo y quirúrgico.

Son las causas más frecuentes de consulta ginecológicas a nivel mundial seguidas de las infecciones vaginales, afectando comúnmente a mujeres mayores de 45 años, también a las mujeres afrodescendientes en un 60% a diferencia de las mujeres caucásicas que afecta en un 40%.

Objetivo: El objetivo de este trabajo de investigación, es establecer la prevención y manejo del sangrado uterino anormal en la mujer en etapa reproductiva mediante la búsqueda de información bibliográfica, actualizada, para prevenir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Métodos: Se utilizó el método descriptivo documental, mediante la búsqueda de información como artículos científicos, Guías Americanas, Journal, publicados en los últimos 5 años, en diferentes buscadores electrónicos: SCIELO, PUB MED, relacionados con el tema de esta investigación.

Conclusiones: Realizarse controles ginecológicos al menos una vez al año con el especialista, previene e identifica las posibles causas de los sangrados uterinos anormales, mediante una buena anamnesis, examen físico.

El sangrado uterino anormal es una patología que va a afectar principalmente a mujeres mayores de 45 años.

Palabras claves: sangrado uterino anormal; menorragia; progestágenos.

ABSTRACT

Abnormal uterine bleeding is a pathology that is caused by the loss of uterine blood in relation to its volume, frequency and intensity, these can increase if you are associated with risk factors such as obesity, diabetes, sedentary lifestyle, hypertension and menopause. According to their etiology, they are classified into two PALM-COEIN groups (structural and non-structural). Your treatment should be individualized according to its etiology where it will be used, hormonal, contraceptive and surgical treatment.

They are the most frequent causes of gynecological consultation worldwide followed by vaginal infections, commonly affecting women over 45 years, also women of African descent in 60% unlike Caucasian women that affects 40%.

Objective: The objective of this research work is to establish the prevention and management of abnormal uterine bleeding in women in the reproductive stage by searching for updated bibliographic information to prevent morbidity and mortality and improve the quality of life of women.

Methods: The documentary descriptive method was used, through the search for information such as scientific articles, American Guides, Journal, published in the last 5 years, in different electronic search engines: SCIELO, PUB MED, related to the subject of this research.

Conclusions: Perform gynecological controls at least once a year with the specialist, prevents and identifies the possible causes of abnormal uterine bleeding, through a good history, physical examination.

Abnormal uterine bleeding is a pathology that will mainly affect women over 45 years.

Keywords: abnormal uterine bleeding; menorrhagia; progestogens

INDICE

INTRODUCCION	4
DESARROLLO.....	5
FACTORES DE RIESGO.....	5
FISIOPATOLOGIA.....	5
CAUSAS.....	6
CLASIFICACION.....	9
MANIFESTACIONES CLINICAS.....	9
DIAGNOSTICO.....	10
TABLA 1 DIAGNOSTICO DE LOS SANGRADOS UTERINOS.....	12
PREVENSION.....	14
TRATAMIENTO.....	14
TABLA2 TRATAMIENTO HORMONAL Y NO HORMONAL.....	17
TABLA 3 NOMBRES COMERCIALES.....	19
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL SISTEMA PALM.....	19
TECNICA QUIRURGICAS.....	20
CONCLUSION.....	22

INTRODUCCIÓN

El sangrado uterino anormal (SUA) según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) la define como flujo de sangre anormal del útero en relación con la cantidad, regularidad, frecuencia o intensidad.(1)

Whitaker L, Critchley HOD, en su trabajo de investigación publicado en el año 2016 por la Revista Best Practice & Research Clinical en su artículo “Abnormal Uterine Bleeding” en la ciudad de EDINBURGH, señala que los SUA afectan aproximadamente del 14 al 25% de las mujeres a nivel mundial y que en el Reino Unido alrededor de 800.000 anualmente acuden a la consulta ginecológica por presentar problemas de SUA.(2)

Según la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y obstetricia (FASGO) en su artículo de revisión publicado en el año 2019 indica, que los sangrados uterinos resultan ser la causa más frecuente de consulta ginecológica. Su incidencia aumenta de un 75 a 80% con el pasar de los años a una edad media de 61 años, y un 20 % de los sangrados uterinos anormales se presentan a la edad de 40 a 50 años.(3)

Urgiles M. en su trabajo de investigación realizado en el Hospital José Carrasco de la Ciudad de Cuenca en el año 2016 a 178 mujeres, determinó que la principal causa de sangrado uterino anormal fue la hiperplasia endometrial con un 41%, seguido de leiomioma 36.7%, entre otros. Y que el principal tratamiento fue legrado 46.1% e histerectomía 43.3%.

El objetivo de este trabajo de investigación, es establecer la prevención y manejo del sangrado uterino anormal en la mujer en etapa reproductiva mediante la búsqueda de información bibliográfica, actualizada, para prevenir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Por los antecedentes expuestos, se considera que el sangrado uterino anormal, es una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica, siendo importante el estudio de esta patología, ya que afecta a nivel nacional e internacional, a las mujeres en etapa reproductiva y mayores de 40 años, convirtiéndose en uno de los principales problemas salud.

DESARROLLO

Sangrado Uterino Anormal

Se define como pérdida de sangre debido a cambios en el patrón del ciclo menstrual tanto en su duración, frecuencia e intensidad.(4)

Factores de riesgo

Entre el principal factor de riesgo del sangrado uterino se ha considerado a los antecedentes familiares, el mismo que aumenta cuando existe un familiar de primer grado de consanguinidad con este tipo de alteraciones. Los antecedentes ginecológicos como, menarquia antes de los 10 años y el uso del dietilestilbestrol en la vida intrauterina también influyen en la aparición de estos trastornos. Otros factores de riesgo que guardan relación con la aparición del sangrado uterino anormal son, edad mayor de 40 años, obesidad (debido que el incremento de tejido adiposo altera los niveles estrogénicos séricos) diabetes, hipertensión, nuliparidad, ciclo menstrual irregular, estado menopáusico temprano, embarazos múltiples, terapia de reemplazo hormonal, stress, ejercicios excesivos y el uso de tamoxifeno.(5)

Fisiopatología

El mecanismo fisiopatológico por el cual se producen el SUA, es de origen multifactorial, causado por alteraciones en los factores de crecimiento endotelial, fibroblástico y plaquetario además de alteraciones hormonales. La concentración constante de estrógeno sérico y la reducción de los niveles de progesterona dilata los vasos espiralados, desarrollándose una hiperplasia endometrial, produciéndose luego una vasoconstricción de los mismos que dará como resultado el colapso del endometrio y a su vez el sangrado anormal. Otras de las causas es el desequilibrio en la secreción de las

prostaglandinas, (PG1) vasodilatador que inhibe la coagulación y tromboxano (TXA2) vasoconstrictor que induce a la coagulación.(6)

CAUSAS:

En el año 2011 la (FIGO), instauró un sistema de clasificación para las causas de las hemorragias uterinas llamado (PALM-COEIN), con el fin de dejar atrás los termino como metrorragia, amenorrea etc. Este sistema divide a las causas de las hemorragias uterinas en dos grupos: estructurales (PALM pólipos, adenomiosis, leiomiomas y metástasis) y no estructurales (COEIN Coagulopatías, disfunción ovulatoria, disfunción endometrial, iatrogénicas, no clasificadas).(7)

Causas Estructurales (PALM)

Este grupo de causas de hemorragias uterinas (PALM), se caracteriza porque producen una alteración en el endometrio, que serán visibles por medios de imagen o exámenes histopatológicos.

Pólipos:

Son proliferaciones endometriales epiteliales generalmente benignos conformados por una gran cantidad de glándulas, tejido conectivo y tejido vascular. La etiología de los pólipos es poco conocida, pero a mayor edad la mujer tiene una mayor incidencia en desarrollarlos, pueden ser clasificados como simples o múltiples y pueden tener unas diversas dimensiones.(4)

Adenomiosis:

Es la proliferación de glándulas endometriales y estroma encontrados dentro del miometrio, es la principal causa de dismenorrea, sangrado uterino y agrandamiento del útero. Su etiología no está claramente establecida, pero se los encuentra frecuentemente en mujeres con antecedentes de cirugía uterina.(7)

Leiomioma:

El leiomioma también conocido como mioma o fibroma, es el tumor benigno más frecuente y son asintomáticos, pero cuando hay un aumento en su tamaño pueden producir síntomas como dolor pélvico de tipo opresivo con sangrado crónico, alteraciones de la micción y se pueden subclasificar como primarios, secundarios, terciarios.(8)

El sistema primario se caracteriza por la presencia o ausencia de uno o más miomas en la cavidad endometrial sin tomar en cuenta (tamaño, número, localización). El secundario se considera como la presencia de miomas que se encuentran en la cavidad endometrial afectando específicamente la submucosa. Los terciarios o también llamados Wamsteker hace referencia a los miomas que se encuentran en la subserosa e intramural.(9)

Malignidad o hiperplasia

También conocida como hiperplasia intraepitelial del endometrio, resulta ser una condición premaligna o maligna (cáncer de endometrio). Es la causa principal de sangrado uterino y su incidencia aumenta en mujeres con factores de riesgo como obesidad, sedentarismo, diabetes, representa la cuarta causa de cáncer en mujeres. Se recomienda la histerectomía con el objetivo de disminuir el número de incidencia de cáncer endometrial.(7)

Causas No Estructurales (COEIN)

Este grupo de causas de SUA a diferencia de las estructurales no producen alteración en el endometrio, sino que van hacer producidas por diferentes patologías sistémicas.

Coagulopatías:

Aproximadamente el 13% de las mujeres con SUA, sufren del trastorno sistémico de la coagulación, siendo el principal la enfermedad de Von Willebrand enfermedad producida por una trastornos de la coagulación.(4)

Trastornos Ovulatorios

Los trastornos ovulatorios se presentan como sangrados impredecibles en su volumen y duración pudiendo incluso presentarse como sangrado crónico. Estos trastornos engloban una serie de anomalías menstruales que van desde la amenorrea, sangrados uterinos leves e incluso llegar a presentarse como sangrado abundante, por lo que se necesitará intervención médica o quirúrgica. Las enfermedades endocrinas como el síndrome de ovario poliquístico, hipotiroidismo, hiperprolactinemia, enfermedades de la glándula suprarrenal también son los responsables de los trastornos ovulatorios, también la obesidad, anorexia, estrés mental y físico están en relación con estos trastornos.(9)

Trastornos endometriales

A diferencia de los trastornos ovulatorios, los trastornos endometriales se caracterizan por ser sangrados predecibles cíclicos de manera abundante. Se producen cuando hay una síntesis inadecuada de prostaglandinas vasoconstrictoras locales, por aumento en la producción de plasminógeno lo que va a ocasionar un daño en endometrio.(7)

Iatrogénicos

También llamado sangrado de avanza, se caracteriza principalmente por ser un sangrado endometrial debido al uso de esteroides como terapia por seis meses, por consumo de depresores hipotalámicos y anticoagulantes.(4)

No Clasificadas

En este grupo podemos encontrar a las alteraciones arterio-venosas y trastornos bioquímicos que hasta la actualidad no se encuentran bien determinadas, o se tiene muy poca información.(4)

Clasificación

De acuerdo a su tiempo de aparición los SUA, se pueden dividir en agudo, crónico, intermenstrual y abundante.

El sangrado uterino anormal agudo, se caracteriza por el flujo de gran cantidad de sangre que posteriormente requiera una intervención inmediata para evitar una descompensación hemodinámica. Debe evaluarse en el paciente el estado clínico y los signos vitales.(1)

Sangrado uterino anormal crónico se caracteriza por ser continuo puede estar presente durante 6 meses, lo que conlleva a producir anemia y dificultar las actividades cotidianas.(1) Se presenta como Menometrorragia que son sangrados menstruales de cantidad, tiempo e intervalos irregulares.(4) y menorragia que es un sangrado menstrual abundante mayor a 7 días de duración y con un volumen mayor a 80 ml de sangre.(10)

Sangrado uterino intermenstrual es el que se presenta entre dos ciclos menstruales regulares, sustituyendo el concepto metrorragia.(7)

Sangrado uterino abundante se define como el aumento en el volumen de sangrado, que afecta tanto el estado físico, emocional y social de la mujer.(7)

Prueba de la progesterona: Se encarga de medir los niveles de estradiol ovárico en mujeres con amenorrea, administrando 10 mg de didrogesterona 2 tabletas diarias por 10 días y se descontinúa a. Si la prueba es positiva se presenta un sangrado a los 2 días de haber suspendido el tratamiento, confirmando que el endometrio es normal y que los niveles de estradiol son adecuados. Si la prueba es negativa los niveles de estradiol son muy bajos.(11)

Manifestaciones clínica

La clínica de los sangrados uterinos anormales se manifiesta por dolor abdominal, dolor pélvico, secreciones vaginales y sangrado siendo estos los

más frecuentes. El SUA incluye como manifestaciones clínicas alteraciones del patrón menstrual, apreciados por la mujer como un incremento de dos o más toallas sanitarias, hipermenorreas, o sangrados intermenstrual.(8)

También pueden ocasionar otros síntomas como: infertilidad, implantación embrionaria anormal, abortos frecuentes, alteración en la micción, partos pre término, fatiga, anemia este último afecta al estilo de vida de la mujer afectando sus actividades, ocasionando incluso la necesidad de transfusiones sanguíneas.(5)

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico del sangrado uterino anormal el profesional de salud deberá realizar una buena anamnesis e historia clínica detallando la historia familiar, antecedentes obstétricos personales, consumo de medicamentos y enfermedades.(4)

En la historia clínica de una mujer con SUA, es necesario incorporar los siguientes datos. A) Edad, los sangrados uterinos tienen una mayor incidencia en los extremos de la vida. B) Actividad, el exceso de actividad física corporal puede ocasionar sangrados anormales. C) Antecedentes menstruales, tener un registro cronológico de los periodos menstruales como volumen, intervalo y duración ya que estas características son importantes para el diagnóstico en la alteración de los ciclos menstruales. D) Antecedentes Obstétricos, como complicaciones del embarazo, abortos, embarazo ectópico y patología puerperales. E) Uso de medicamentos, como corticoides, antidepresivos y antipsicóticos pueden ocasionar alteración en el periodo menstrual normal. F) Enfermedades asociadas, como trastornos hipotiroideos, síndrome de ovario poliquístico, obesidad, trastornos hepáticos. G) Examen físico, el examen físico deberá incluir evaluación del estado físico en general y la toma de signos vitales, exploración y palpación de las mamas en búsqueda de masas, en el abdomen se valorará la cantidad de tejido adiposo y la presencia de masas en el hipogastrio, en el examen ginecológico se deberá evaluar el

tamaño de los genitales femeninos y el clítoris. En la especuloscopia se valorará la consistencia del moco cervical y la estructura del cérvix en búsqueda de lesiones o presencia de pólipos.(6)

Exámenes de diagnóstico:

Se deberá solicitar biometría hemática con el objetivo de confirmar anemia, en el caso de alteraciones de la coagulación de deberá solicitar tiempos de protrombina y tromboplastina. Al tratarse de pacientes con la enfermedad de Von Willebrand se solicitará el factor Von Willebrand (factor 8), que es una proteína encargada del proceso de coagulación. Entre las principales exámenes tenemos biometría hemática, hemoglobina glicosilada, Tp, Tpt y β HCG.(6)

Se considera la ecografía pélvica y transvaginal como el examen Gold estándar para el diagnóstico de los sangrados uterinos, tiene una sensibilidad del 85% y una especificidad del 90% permitiendo explorar la cavidad uterina, en busca de formaciones como pólipos o fibromas.(6)

La Histeroscopia: Es un examen diagnóstico que permite explorar la cavidad uterina a través de un histeroscopio, permitiendo localizar, tomar muestras y resecaer formaciones endometriales sobre a nivel de los pólipos endometriales.(12)

Biopsia endometrial: Es el método de diagnóstico para confirmar el cáncer endometrial. Está indicado en mujeres mayores a 40 años, con un peso corporal mayor a 90 kilos, sangrado uterino persistente o continuo con un endometrio mayor a 12 mm, y en mujeres

Legrado uterino

También conocido como curetaje, es un procedimiento que consiste en eliminar o raspar la capa interna del endometrio, eliminando restos tras un

sangrado irregular o en casos de aborto. Sirve como diagnóstico en la toma de muestras para la búsqueda de miomas, neoplasias o tumores.(13)

Tabla 1 Diagnóstico de los Sangrados Uterinos Anormales

Clasificación	Tipos	Utilidad
Anamnesis	<p>Exploración física</p> <p>Antecedentes familiares, personales y obstétricos</p> <p>Uso de medicamentos</p>	Nos da un Diagnóstico preliminar del SUA
Laboratorio	<p>Biometría hemática (Hemoglobina, hematocrito)</p> <p>Pruebas de embarazo (β HCG)</p> <p>Factores de coagulación Tp, Tpt</p> <p>Factor 8 de Von Willebrand</p>	Determinan el grado de anemia, permitiéndonos cuantificar la pérdida de sangre embarazo y problemas de la coagulación.

Imagen	Ecografía <ul style="list-style-type: none">· Pélvica· Transvaginal Resonancia Magnética	Ecografía es el Gold estándar para diagnóstico del SUA permitiendo explorar la cavidad uterina
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Histopatologías	
Histopatológicos	Histeroscopia Biopsia Endometrial Legrado endometrial	Nos sirve como tratamiento y para Diagnostica la presencia de células típicas y atípicas mediante la toma de muestras.

Fuente: Revista Médica Panacea, 2017.(6)

PREVENCIÓN

La prevención de los SUA, en las mujeres en etapa reproductiva, está en relación con los controles que realiza el médico de atención primaria de la salud, quien es el encargado de identificar, evaluar y abordar los factores de riesgos predisponentes que inciden en la aparición o agravamiento de los sangrados uterinos. El mismo que brindará un plan a seguir, donde se deberá realizar cambios en el estilo de vida, disminución de trabajo, stress y cambios en la alimentación para disminuir la obesidad debido a que este último está en mayor relación con la aparición de los sangrados en edad fértil, con el fin de tener un mayor control y prevenir complicaciones posteriores.(14)

Un estudio realizado a 400 pacientes con una edad media 45.2 (+/- 11.04) años en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora determinó que las mujeres que se realizaron una histeroscopia de control, se pudo identificar en ellas cuáles eran las causas de los sangrados uterinos, siendo las más frecuente en este estudio los pólipos en un 57.6% seguido de las hiperplasias sin atipia en un 26%. Dando un tratamiento oportuno para evitar complicaciones.(15)

TRATAMIENTO

De acuerdo a la clasificación del sistema PALM-COEIN (estructurales y no estructurales). El tratamiento de los sangrados uterinos anormales se basa en el siguiente esquema.

El tratamiento para el SUA no estructural, está basado en tratamientos hormonales como (combinación de estrógenos y progestágenos, progestágenos orales cíclicos o continuos, progestágeno inyectable, dispositivo intrauterino con levonorgestrel y entre otros) y no hormonales (antiinflamatorios no esteroides y uso de antifibrinolíticos como el ácido tranexámico).(16)

El tratamiento para el SUA estructural se basa en técnicas quirúrgicas como histeroscopia, legrado uterino, embolización de las arterias uterinas, ablación endometrial e histerectomía.

Hormonales

Combinación de estrógeno y progestágenos

El tratamiento hormonal combinado con estrógenos y progestágeno reduce el SUA en un 35 a 72%, resultando el tratamiento de mejor elección. El tratamiento combinado monofásico con estrógeno y progestágeno puede ser utilizado en horarios cíclicos o también de manera continua reduciendo el volumen de SUA. Su administración es 35 mg de estradiol con 1 mg noretindrona, 1 tableta cada 8 horas por 7 días, seguido de 1 tableta cada día por tres semanas. El compuesto estrógeno inhibe la secreción de la FSH y folículo dominante, mientras que el compuesto progestágeno inhibe la liberación de la LH y genera una capa endometrial atrófica.(17)

Progestágenos orales cíclicos

Según los nuevos estudios, los tratamientos con progestágenos orales cíclicos para el SUA, son recomendados, debido a que producen disminución del sangrado en un 50% del total de mujeres que consumen, (noretisterona vía oral 12 a 14 días por un mes). Pero las nuevas revisiones bibliográficas

indican mejores resultados con DIU con levonorgestrel (DIU-LNG), antifibrinolíticos, combinación de estrógenos y progestágenos) en el control de los sangrados uterinos y tienen menos efectos secundarios.(18)

Progestágenos orales continuos

El tratamiento con progestágenos orales continuos resulta ser el más indicado para reducir los sangrados uterinos y bloquear los periodos de menstruación, aumentando las amenorreas en mujeres con SUA. Su indicación se basa en promover la hipertrofia endometrial reduciendo la acción estrogénica en el endometrio. Está indicado en mujeres con ciclos ovulatorios y anovulatorios. Se administra acetato de medroxiprogesterona vía oral 2.5 a 10 mg diarios, noretisterona 2.5 mg y 5 mg diarios, progesterona micronizada 200 mg a 400 mg diarios utilizado del 5 al 26 día del ciclo o de forma continua.(16)

Progestágenos inyectables

La dosis de los progestágenos inyectables como el acetato de medroxiprogesterona es de 150 mg vía intramuscular cada 3 meses.(16) Un estudio determinó que el 50% de las pacientes que siguieron el tratamiento, redujo el volumen del sangrado después del primer año de administración. Entre sus efectos secundarios tenemos menstrual irregular, aumento de peso, acné y distensión abdominal.(19)

Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel

Este tipo de tratamiento intrauterino libera 20 mg de progestina (progestágeno sintético) cada 24 horas en el endometrio, reduciendo así el espesor y densidad endometrial. Fue aprobado por la FDA en el 2009 para el tratamiento de los SUA y para mujeres que necesitan un método anticonceptivo, tiene una eficacia por hasta 5 años. Se demostró que este sistema de tratamiento redujo los niveles de sangrado uterinos en un 86% después de 3 meses y en un 97% después de 1 año. La calidad de vida, entorno social, prácticas diarias y trabajo se vio mejorado con este tipo de tratamiento.(17)

Tratamiento No - Hormonales

Antiinflamatorio No esteroides

Los AINES bloquean la síntesis ciclooxigenasa, provocando alteraciones en el tromboxano A2 encargado de la vasoconstricción y agregación plaquetaria, y de la prostaciclina encargado de la vasodilatación y de la no agregación plaquetaria. El tratamiento con AINES aumenta la agregación plaquetaria y vasoconstricción disminuyendo así la pérdida de sangre en un 40% en mujeres con SUA. El ácido mefenámico y el naproxeno son los medicamentos de elección para evitar los sangrados.(17)

Antifibrinolíticos

La agencia Europea de Medicamentos (EMA) recomienda 1 gramo cada 8 horas por 4 días. El ácido tranexámico es un antifibrinolíticos, reduce la fibrinólisis (destrucción de fibrina) disminuyendo el sangrado uterino anormal. Está indicado en pacientes con enfermedades como hemofilia, Von Willebrand, Trombocitopenia de Glanzmann, según la FDA se deberá administrar 1.3 gramos cada 8 horas por 5 días.(16)

Tabla 2: Tratamiento hormonal y no hormonal de los sangrados uterinos.

Medicación	Régimen	Eficacia
Anticonceptivos orales combinados	Anticonceptivos con etinilestradiol 30 mcg o 35 mcg 1 tableta / día, cada 8 horas, durante 7 días, seguido de 1 tableta / día durante 3 semanas.	Alta

Progestágenos orales	Acetato de medroxiprogesterona 20 mg, cada 8 horas, durante 7 días.	Alta
Sistema intrauterina liberador de levonorgestrel	Sangrado crónico Inserte el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel cada 5 años. con liberación de 20 mcg / día.	Alta
Depósito de acetato de medroxiprogesterona	Sangrado crónico 150 mg inyectados por vía intramuscular cada 12 semanas.	Bajo/Moderado
Liberador de gonadotropina	Sangrado crónico Acetato de leuprolida (3.75 mg mensuales o 11.25 mg trimestrales)	Alto
Antiinflamatorios no esteroideos	Sangrado crónico Ibuprofeno 600 a 800 mg, cada 8 horas, o ácido mefenámico 500 mg cada 8 horas	Moderado
Ácido Tranexámico	• Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados	Alta

	Unidos (FDA): 1.3 g, cada 8 horas veces al día, por hasta 5 días.	
--	------------------------------------------------------------------------------	--

Fuente: Revista Brasileira de Ginecología e Obstetricia, 2017(16)

Tabla 3. Nombres Comerciales

Nombre Genérico	Nombre Comercial	Presentación
Medroxiprogesterona	Progevera	Tab. 5,10 y 250mg
	Depro-progevera	Sus. Iny, 150 mg
Noretisterona	Noristerat	Ampolla 200mg
	Cliane	Tableta 1mg
	Mesigyna	Ampolla 50 mg/ml
Acetato de Megestrol	Megace	Susp. Oral
Levonorgestrel intrauterino	Mirena	20mcg/24 horas

Fuente: Revista Brasileira de Ginecología e Obstetricia, 2017(16)

**Tratamiento quirúrgico del sistema PALM de los sangrados uterinos
anormales.**

Pólipos

El tratamiento definitivo se lo realiza a través de una polipectomía histeroscópica.(7)

Este procedimiento se lo realiza con anestesia general, introduciendo un histeroscopio en la cavidad endometrial, permitiendo tomar una muestra para estudios histopatológicos.(20)

Adenomiosis.

El tratamiento de la adenomiosis es la ablación endometrial, pero en casos de adenomiosis profunda el tratamiento definitivo debido definitivo es la histerectomía.(4)

Leiomioma.

Según las nuevas técnicas quirúrgicas instrumentales se considera que la miomectomía histeroscópica es el tratamiento de elección para los miomas submucosos en especial cuando se desea continuar con la fertilidad.(16)

Hiperplasia o Malignidad

El tratamiento definitivo de las hiperplasias malignas es la histerectomía con el objetivo de disminuir el número de incidencia de cáncer endometrial.(7)

Técnicas Quirúrgicas.

Ablación endometrial

Es una técnica quirúrgica cuyo objetivo es inducir la destrucción de la capa basal del endometrio, para así evitar su nueva proliferación. La ablación resulta exitosa cuando la histerometría del útero revela un diámetro menor de 10 cm, lo que reduce el sangrado uterino en un 40 a 50%. En la actualidad tanto la ablación endometrial como la histerectomía son efectivas para el tratamiento del SUA. Sin embargo, la histerectomía está en relación con un mayor tiempo quirúrgico, mayor tiempo de recuperación y complicaciones postoperatorias.(16)

La embolización de las arterias uterinas, consiste en bloquear o interrumpir el flujo de los vasos sanguíneos que irrigan al útero, mediante la colocación de un material reabsorbible en ambas arterias uterinas, a través de un catéter se introduce en la arteria femoral hasta llegar a la iliaca interna, bloqueando el flujo sanguíneo.(21)

Histerectomía

Es un procedimiento quirúrgico donde se realiza la extracción del útero y es considerado como el tratamiento definitivo para los SUA, se establece que la histerectomía es el tratamiento quirúrgico de última elección de los pacientes en donde la clínica y ablación endometrial han fallado.(4)

Según la investigación sistemática y metaanálisis realizada a 13 estudios equivalentes a 884 mujeres por la Universidad de Oxford en el año 2019 acerca de la comparación en el tratamiento de los sangrados uterinos con ablación endometrial vs uso LNG-IUS sistema intrauterino con levonorgestrel, determinó que no hubo diferencia significativa en el tratamiento de los sangrados uterinos con ambos métodos, pero se determinó que la ablación endometrial estuvo asociado a un mayor riesgo de presentar histerectomía, comparada con el uso de LNG-IUS en mujeres con una edad media ≤ 42 años. Al contrario, la ablación endometrial en mujeres con una edad media ≥ 42 años estuvo asociado a un menor riesgo de histerectomía en comparación con el uso de LNG-IUS.(22)

En la actualidad tanto la ablación endometrial como la histerectomía son efectivas para el tratamiento del SUA. Sin embargo, la histerectomía está en relación con un mayor tiempo quirúrgico, mayor tiempo de recuperación y complicaciones postoperatorias.

CONCLUSIONES

- **Realizarse controles ginecológicos al menos una vez al año con el especialista, previene e identifica las posibles causas de los sangrados uterinos anormales, mediante una buena anamnesis, examen físico.**
- **El sangrado uterino anormal es una patología va a afectar principalmente a mujeres mayores de 45 años.**
- **Los factores de riesgos principales como: antecedentes familiares, antecedentes ginecológicos y obesidad tiene un alto índice en la aparición de esta patología.**
- **Los anticonceptivos orales combinados con estrógenos y progestágenos son el tratamiento de mejor elección para disminuir considerablemente el sangrado uterino.**
- **El método Gold estándar para el diagnóstico de los sangrados uterinos es la ecografía.**
- **De acuerdo a las nuevas publicaciones de artículos, Journal y revistas, consideran a la histeroscopia como el mejor método quirúrgico para el tratamiento de los sangrados uterino en mujeres en etapa reproductiva.**
- **La histerectomía es el tratamiento quirúrgico definitivo para el tratamiento de los sangrados uterinos, cuando los demás tratamientos han fallado.**
- **El tratamiento individualizado en las diferentes etapas reproductivas de la mujer, garantizara la efectividad del método utilizado.**