

SANGRADO UTERINO ANORMAL: DEFINICIONES Y DIAGNÓSTICO INICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor: Dr. Matías Jara M. Residente Medicina Familiar UC

Editor: Dra. Loreto González V. Docente Departamento Medicina Familiar UC

Fecha: 10/11/2020

Resumen de Portada:

El sangrado uterino anormal (SUA) es un motivo de consulta frecuente, teniendo causas y comorbilidades diversas a lo largo de la vida. En este artículo revisaremos como caracterizar el SUA, sus causas y una propuesta de aproximación inicial para el médico de atención primaria.

Palabras clave: Sangrado Uterino Anormal, Metrorragia, Hipermenorrea, APS, Medicina Familiar

Introducción

Para definir las alteraciones del ciclo menstrual tradicionalmente se han ocupado términos como menorragia, metrorragia, hipermenorrea entre otros, los que presentan heterogeneidad en su significado por lo que el 2011 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) decidió agrupar estas alteraciones bajo el término sangrado uterino anormal (SUA) el cual fue definido como: Una variación aguda o crónica del ciclo menstrual normal, incluidos cambios en el volumen, regularidad, duración y/o frecuencia del sangrado.¹ El SUA es un motivo de consulta frecuente en mujeres de todas las edades encontrándose que el 14% al 25% de las mujeres en edad reproductiva reportan SUA², el 12,1% al 37% de las adolescentes reportan sangrado menstrual abundante³ y el 4% al 11% de las mujeres posmenopáusicas reportan sangrado vaginal.⁵

Las causas de SUA son diversas, desde causas fisiológicas como primeros ciclos menstruales y perimenopausia³ a enfermedad sistémicas, como de la coagulación⁵ o enfermedad grave como cáncer¹. Se asocia a importantes pérdidas económicas e impacto en la calidad de vida⁶

Clasificaciones

El 2011 la FIGO recomendó dejar de utilizar los términos tradicionales para clasificar las alteraciones del ciclo menstrual, favoreciendo la utilización del término sangrado uterino anormal, acompañado de una descripción de la alteración del sangrado.⁷ (Tabla 1) (Tabla 2)

Tabla 1: Alteraciones clínicas del ciclo menstrual.

Alteraciones de la regularidad	Sangrado menstrual irregular	Variación > 20 días entre ciclos individuales en el transcurso de 1 año.
	Ausencia de sangrado menstrual (amenorrea)	Ausencia de sangrado en un período de 90 días.
Alteraciones de la frecuencia	Sangrado menstrual infrecuente	1-2 episodios en un período de 90 días.
	Sangrado menstrual frecuente	> 4 episodios en un período de 90 días.
Alteraciones del volumen	Sangrado menstrual abundante (hipermenorrea)	Pérdida excesiva de sangre menstrual que interfiere con la calidad de vida física, emocional, social y/o material.

	Sangrado menstrual escaso	Se basa en la queja de la paciente.
Alteraciones de la duración	Sangrado menstrual prolongado	> 8 días de duración de forma regular. Comúnmente es abundante y prolongado.
	Sangrado menstrual acortado	≤ 2 días de duración. Suele ser de volumen bajo y con poca frecuencia.

Tabla elaborada según las recomendaciones de la FIGO⁷

Tabla 2: Sangrados irregulares no menstruales

Sangrado intermenstrual (metrorragia)	Episodios irregulares de sangrado a menudo son leves y breves que ocurren entre períodos menstruales normales. Incluye sangrado durante el acto sexual.
Sangrado posmenopáusico	Sangrado que ocurre > 1 año después de la menopausia reconocida
Menstruación precoz	Antes de los 9 años

Tabla elaborada según las recomendaciones de la FIGO⁷

Causas

En mujeres en edad fértil no embarazadas, las causas están agrupadas en los acrónimos PALM (Pólipo, Adeniosis, Leiomioma, Malignidad e hiperplasia) para causas estructurales y COEIN (Coagulopatía, Disfunción ovulatoria, Endometrial, Iatrogénico, Aún no clasificado) para causas no estructurales.¹ En mujeres embarazadas la causa de SUA puede ser el mismo embarazo intrauterino viable o sus complicaciones como aborto o embarazo ectópico entre otras y causas de sangrado uterino del primer trimestre.⁸ En mujeres post menopáusicas el sangrado siempre es patológico siendo la principal causa la atrofia endometrial, seguida de pólipos, hiperplasia y malignidad endometrial.⁹

Evaluación

1. **Anamnesis:** La evaluación inicial de las mujeres que presentan sangrado uterino anormal debe incluir: Edad de la paciente, historial menstrual completa, que incluya: Edad de la menarquia, edad de la menopausia (si corresponde), patrón de sangrado incluyendo la intensidad, duración y frecuencia del sangrado, así como cualquier síntoma asociado, antecedentes donde es importante consignar, fármacos de uso habitual, historia de anemia, enfermedades sistémicas que puedan causar SUA como: hipotiroidismo, hipertiroidismo, hiperprolactinemia, trastornos de la coagulación, síndrome de ovarios poliquísticos, trastornos suprarrenales o hipotalámicos, antecedentes ginecobstetricias: embarazo, infertilidad, detección de cáncer cervicouterino (papanicolaou), parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual y método anticonceptivo.³
2. **Examen físico:** Se recomienda realizar de rutina examen físico general y ginecológico incluyendo tacto bimanual y especulospía³, esto suele ser un problema para la evaluación del médico de APS ya que habitualmente no se encuentra atendiendo en un box habilitado para estos fines, como alternativa se sugiere derivar con matrona para completar la evaluación ginecológica.

3. **Exámenes de laboratorio:** En mujeres en edad fértil se recomienda una prueba de embarazo. Si la paciente tiene antecedentes de pérdida excesiva de sangre se recomienda hemograma y pruebas de coagulación.^{3, 10} Si hay elementos en la historia clínica que hagan sospechar trastorno de la coagulación se recomienda estudio específico de coagulopatía o bien derivar a hematología (Cuadro 1)⁵ Se solicitarán pruebas adicionales según sospecha clínica derivada de la historia y examen físico de la paciente donde se pueden incluir: hormona tiroestimulante (TSH), prolactina, estudios de coagulación, biopsia endometrial, entre otros.¹¹

Cuadro 1 : Detección clínica de trastorno de la coagulación en pacientes con sangrado menstrual excesivo

El screening inicial de un trastorno de la coagulación en pacientes con sangrado menstrual excesivo debe estar estructurado por la historia clínica. Un screening positivo comprende las siguientes circunstancias:

- Presentando 1 de los siguientes:
 - Sangrado menstrual abundante desde la menarquia
 - Hemorragia post parto
 - Sangrado relacionado con cirugía
 - Sangrado asociado con el trabajo dental.
- Presentando ≥ 2 de los siguientes:
 - Antecedentes familiares de síntomas hemorrágicos
 - Hematomas 1-2 veces/mes
 - Epistaxis 1-2 veces/mes
 - Sangrado frecuente de las encías.⁵

Cuadro elaborado a partir de: American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)⁵

4. **Estudio de imágenes:** La ecografía transvaginal, como examen de imagen inicial, estaría indicado cuando el examen pélvico sugiere una causa estructural (aumento de volumen uterino, irregularidad o masa anexial), fracaso manejo médico o si existen factores de riesgo de malignidad, como: > 45 años, obesidad, diabetes mellitus, nuliparidad, síndrome de ovarios poliquísticos o antecedentes familiares de Ca colorrectal hereditario.⁸

Conclusiones

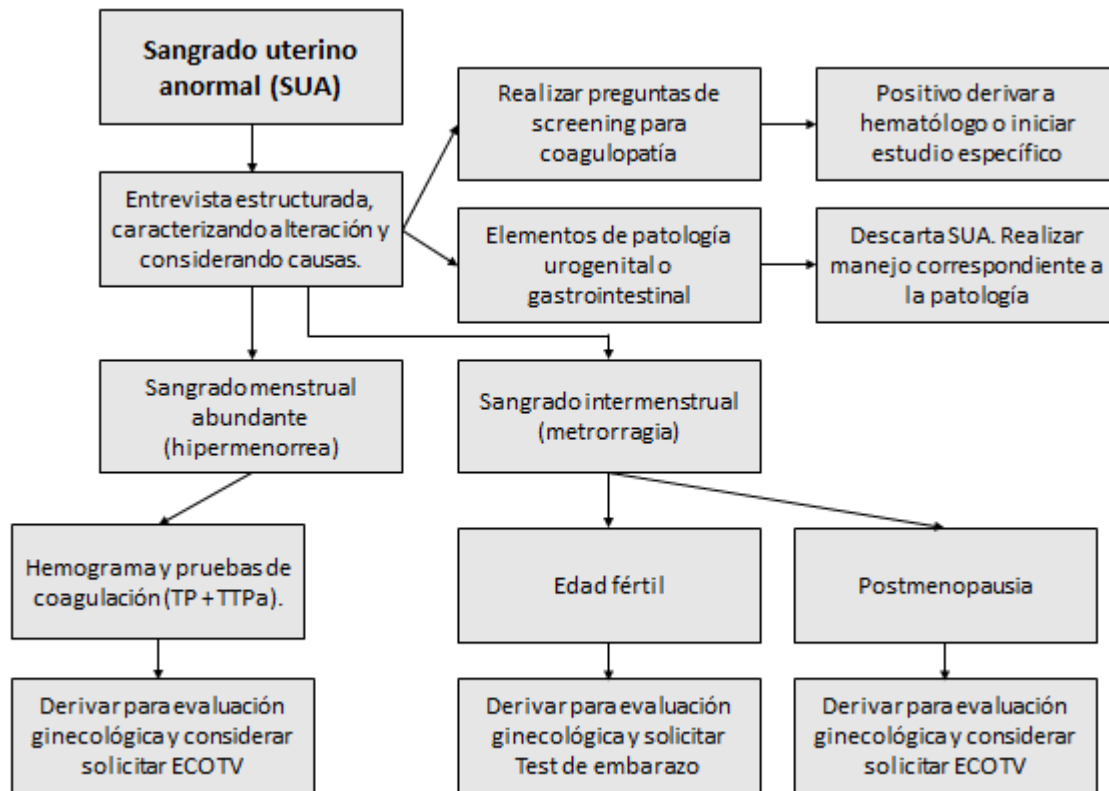
El SUA es una alteración frecuente, con un abordaje diagnóstico complejo, por lo que es importante estar familiarizado con las posibles alteraciones del flujo menstrual.

Las causas de SUA múltiples, por lo que es esencial realizar una entrevista estructurada considerando las posibles causas según la etapa de la vida de la paciente y las alteraciones de su flujo menstrual, más aún porque el médico de APS en Chile no realiza de rutina el examen físico ginecológico.

El estudio inicial luego de la entrevista y examen físico general debe incluir la realización de examen físico ginecológico adecuado, además de considerar exámenes como hemograma y pruebas de coagulación en sangrado menstrual abundante, prueba de embarazo y papanicolaou (si no está vigente) en mujer en edad fértil y ecografía transvaginal en mujer postmenopáusica o con sospecha de patología estructural.

En general los tratamientos son realizados por especialistas, por lo que no se abordan en este artículo, lo importante para el médico de APS es sacar el máximo provecho a la primera consulta con la paciente, distinguiendo las características de la alteración y sus posibles causas, en el siguiente esquema se resume la propuesta (Figura 1).

Figura 1: Enfoque diagnóstico inicial del médico de APS, frente a una consulta por sangrado uterino anormal. Propuesta en base lo revisado para la elaboración del artículo y la realidad local.



TP: Tiempo de protrombina. TTPa: Tiempo de tromboplastina parcial activada. ECO TV: Ecografía transvaginal

Bibliografía

1. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. [Int J Gynaecol Obstet. 2011 Apr;113\(1\):3-13](#)
2. Whitaker L, Critchley HO. Abnormal uterine bleeding. [Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016 Jul;34:54-65](#)
3. Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) No. 292-Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. [J Obstet Gynaecol Can. 2018 May;40\(5\):e391-e415](#)
4. Sung S, Abramovitz A. Postmenopausal Bleeding. 2020 Aug 28. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): [StatPearls Publishing; 2020 Jan-.](#) PMID: 32965859.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee Opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. [Obstet Gynecol. 2013 Apr;121\(4\):891-6](#), reaffirmed 2019
6. Tanaka E, Momoeda M, Osuga Y, et al. Burden of menstrual symptoms in Japanese women: results from a survey-based study. *J Med Econ.* 2013;16(11):1255-1266. doi:10.3111/13696998.2013.830974 [J Med Econ 2013 Nov; 16 \(11\): 1255](#)

7. Fraser IS, Critchley HO, Broder M, Munro MG. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. *Semin Reprod Med*. 2011;29(5):383-390. doi:10.1055/s-0031-1287662. [Semin Reprod Med 2011 Sep; 29 \(5\): 383](#)
8. Deutchman M, Tubay AT, Turok D. First trimester bleeding. [Am Fam Physician. 2009 Jun 1;79\(11\):985-94](#)
9. Null DB, Weiland CM, Camlibel AR. Postmenopausal bleeding-first steps in the workup. [J Fam Pract. 2012 Oct;61\(10\):597-604](#)
10. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. [Obstet Gynecol. 2012 Jul;120\(1\):197-206](#), reaffirmed 2016
11. Sweet MG, Schmidt-Dalton TA, Weiss PM, Madsen KP. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. [Am Fam Physician. 2012 Jan 1;85\(1\):35-43](#)