

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS

Trastornos del ciclo. Sangrado uterino abundante.

Dra Ma Clara Di Nunzio

- El 90% de los ciclos postmenarca ocurren cada 21-45 días y hacia el 3er año de edad ginecológica, el 60-80% cada 21-34 días.
- La causa más común de sangrado uterino anormal es el sangrado disfuncional por inmadurez del eje. Diagnóstico por exclusion.
- Una cantidad considerable de adolescentes que acuden a la guardia por un sangrado uterino abundante tendrán una alteración de la coagulación. Por lo tanto, hay que tener en cuenta el screening clínico para decidir estudiarlos o derivar la paciente a hematología. El mismo está conformado por un cuestionario y un diagrama de evaluación del sangrado menstrual. Si ambos dan positivos, predicen una alteración hematológica con una sensibilidad del 95%.

- Cuestionario: será positivo frente a la presencia de un criterio de los primeros tres o de 2 criterios de los subsiguientes.

- Menstruaciones mayores a 7 días, abundantes, desde la menarca
- Hemorragia postparto
- Sangrado excesivo con cirugías
- Sangrado relacionado con tratamientos odontológicos
- Hematomas una o dos veces por mes
- Epistaxis una o dos veces por mes
- Sangrado frecuente de encías
- Antecedentes familiares de un trastorno de la coagulación

- Diagrama de evaluación del sangrado uterino anormal, PBAC: será positivo cuando la sumatoria del puntaje a lo largo de toda la menstruación sea mayor o igual a 300 puntos.

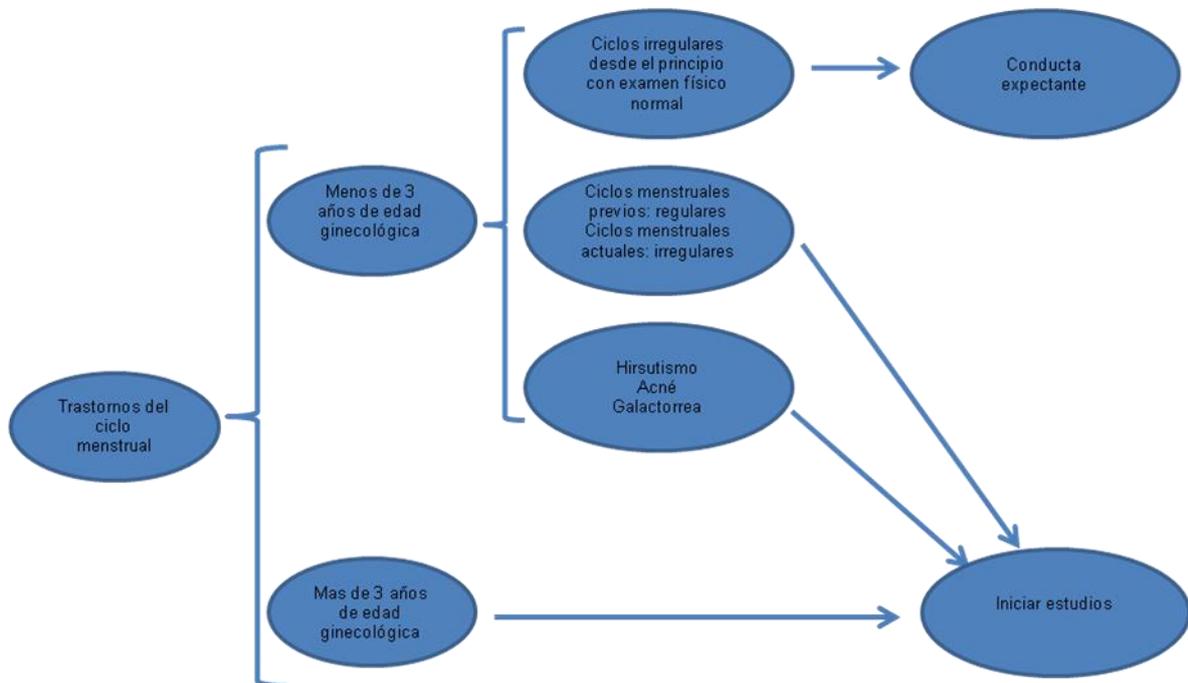
Nombre		Puntaje							
Día de inicio		Día							
Toallitas		1	2	3	4	5	6	7	8
	1 punto								
	5 puntos								
	20 puntos								
Coágulos/ mancha la ropa									
Tampón		1	2	3	4	5	6	7	8
	1 punto								
	5 puntos								
	10 puntos								
Coágulos/ mancha la ropa									

Adaptado de: Higham et al. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. British Journal Obst Gynecol, 1990; 8:734-39NEJM 2012; 366.5: 409-20

Etiología

Hematológicas	Patología del tracto reproductivo	Embarazo	Otras
<ul style="list-style-type: none"> -Enf. Von Willebrand -Trombocitopenia -Disfuncion plaquetaria -Deficiencia de factores de la coagulación -Defectos de la coagulación 	<ul style="list-style-type: none"> -Miomias -Pólipos -Endometriosis -Displasia cervical -Infecciosas -Cervicitis (especialmente por Clamidia) 	<ul style="list-style-type: none"> -E. Ectópico -Implantación -Acretismo placentario -Aborto incompleto, amenaza de aborto -Restos trofoblásticos -Contraceptivos hormonales 	<ul style="list-style-type: none"> -Ejercicio excesivo -Trastornos de la alimentación -Stress -Enfermedades sistémicas -SIU
Endocrinológicas	Traumáticas	Medicamentosas	
<ul style="list-style-type: none"> -Hiperprolactinemia -Alteraciones tiroideas -Alteraciones adrenales -Síndrome de Ovario poliquístico -Falla ovárica 	<ul style="list-style-type: none"> -Abuso sexual -Cuerpo extraño -Laceración -Relacionadas al aborto u otro procedimiento quirúrgico 	<ul style="list-style-type: none"> -Antipsicóticos -Anticoagulantes -Inhibidores plaquetarios 	

¿Cuándo estudiar un trastorno del ciclo menstrual?



Tratamiento del Sangrado uterino anormal (SUA)

- Dependerá de la causa que lo origina y de la severidad del cuadro: etiológico, expectante o sintomático.
- Sangrado uterino abundante. Objetivos del tratamiento sintomático:
 - 1- detener el sangrado
 - 2- prevenir o tratar la anemia
 - 3- reestablecer los ciclos menstruales regulares
 - 4- mejorar la calidad de vida de las adolescentes90% responde al tratamiento médico.
- **Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs):** comenzar 1-2 días antes del sangrado y hasta ceder o 5 días.
Más efectivos que placebo pero menos que ac tranexámico o SIU.

Ibuprofeno: 200-400mg 3-4/día

Naproxeno 250-500mg 2/día

Ac. Mefenámico 500mg 3/día

- **Antifibrinolíticos:** útiles en el sangrado agudo por su efecto rápido y cuando se encuentra contraindicado el tratamiento hormonal o en pacientes con coagulopatía.

- Reducen el sangrado en un 25-50%

- Igualmente efectivos en adolescentes que los anticonceptivos orales Combinados (ACO) aunque con menores efectos adversos y mayor compliance. Sin embargo, mayores estudios son necesarios.

- La literatura no sugiere un aumento en el riesgo de trombosis. No hay trabajos randomizados controlados.

- Contraindicaciones: enfermedad tromboembólica aguda o estados protrombóticos.

Ác. tranexámico 1-1.5g VO cada 6-8hs por 5 días.

Ác. aminocaproico 2-4g VO 4-6 veces por día por 5 días

- **Anticoncepción hormonal combinada (ACO)**

- Reducen el desarrollo endometrial.

- Restauran el sangrado uterino predecible.

- Disminuyen la cantidad del sangrado.

- Estimulan la síntesis de factores de la coagulación.

- El estrógeno fomenta la hemostasia inicial mientras que el progestágeno estabiliza el endometrio.

- Una de las drogas de primera línea de tratamiento. Se puede administrar de manera cíclica o en rango extendido

- No existen estudios que recomienden un tipo de ACO por sobre otro.

- **Progestágenos cíclicos:**

SUA crónico	SUA agudo
5-10mg ac medroxiprogesterona (AMP) 10-14 días por ciclo	AMP 20mg hasta tres veces por día, una semana
200mg progesterona micronizada 10-14 días por ciclo	Ac. Noretisterona hasta 40mg/d para frenar el sangrado y luego disminuir paulatinamente
Ac. noretisterona 2.5-5mg/d 10-14 días por ciclo	
AMP de depósito 150mg IM cada 10-13 semanas	

- **Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG)**

Reduce el sangrado en pacientes con SUA crónico en más de un 80% a los tres meses y 97% al año.

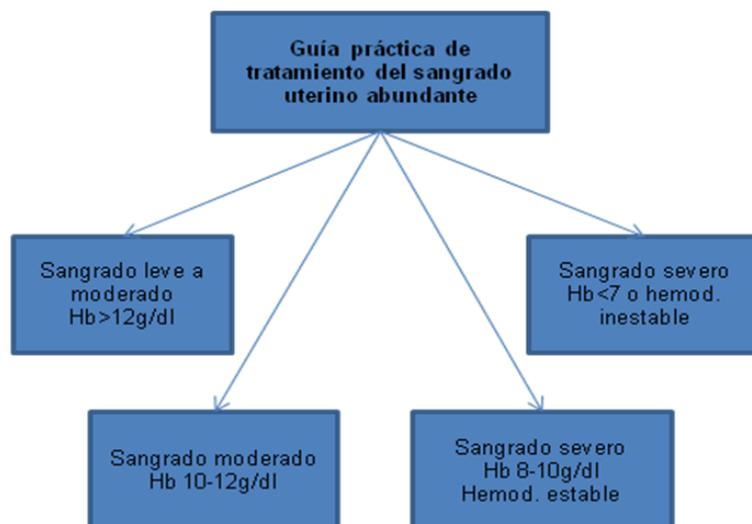
Más efectivo que los AINEs, ACOs y progestágenos.

Excelente alternativa terapéutica para adolescentes que además desean anticoncepción.

Resumen de las opciones terapéuticas del sangrado uterino anormal.

	Sangrado uterino abundante	Sangrado uterino irregular, infrecuente e impredecible	Sangrado irregular, frecuente y abundante.
ACO	X	X	X
Antifibrinolíticos	X		X
AINEs	X		
SIU-LNG	X		X
Progestágeno cíclico		X	
Conducta expectante si > 4 ciclos por año		X	

Algoritmo de tratamiento del sangrado uterino anormal y agudo.



1- Leve a moderado: Hb mayor a 12g/dl

- Tranquilizar
- Evaluar necesidad de tratamiento hormonal en los casos de más de 10 días de duración
- AINE puede ayudar a disminuir el sangrado
- Reevaluar la paciente a los tres meses
- Reevaluar antes si el sangrado empeora o se prolonga

2- Sangrado moderado: Hb 10 - 12g/dl

- Hemorragia importante pero que no compromete la vida de la paciente.
- indicar tratamiento hormonal para cohibir la hemorragia.
- Opción 1: ACO con 30 o 35 mcg etinilestradiol: 2 comp/d por 1-5 días hasta frenar el sangrado y luego 1 comp/d durante 3-6 meses
- Opción 2: Acetato de noretisterona 2mg + etinilestradiol 0,01 mg V.O 1 comp cada 6hs por dos días, luego cada 8hs por otros dos días y luego cada 12 hs por siete días.
- Opción 3: Caproato de hidroxiprogesterona 250mg + benzoato de estradiol 10mg 1 a.mp I.M y luego de 6-12hs, rotar a comprimidos como fue descrito en el apartado anterior.
- Opción 4: AMP vo 20mg/d por 10 días o Ac Noretisterona 20mg/d por 2 días seguido de 15 mg/d por 2 días y por último 10mg/d por 10 días.
- Suplementar con hierro VO por 6 meses para restaurar sus depósitos.
- AINEs

3- Sangrado abundante: Hb 8-10 g/dl; paciente hemodinámicamente estable.

- Si hay adherencia familiar, Idem sangrado moderado
- Si persiste el sangrado, aumentar los ACO a 3-4 comp/día hasta disminuir el sangrado. Luego, bajar a 2 comp/d por 4 días y luego un comprimido diario.
- Prevenir náuseas con un antiemético
- Seguimiento estricto
- Continuar el ACO por 6 meses

4- Sangrado abundante: Hb menor a 7 g/dl o hemodinámicamente descompensada.

- Internación
- Opciones de tratamiento hormonal similares al del sangrado abundante pero en caso de ACO, utilizarlos cada 6hs hasta disminuir el sangrado y luego bajar la dosis gradualmente la dosis de ACO en 7 días (un comp/6hs por dos días, luego cada 8hs dos días y luego cada 12hs dos días. Finalmente un comp por día)
- Considerar transfusión sanguínea dependiendo del grado y persistencia del sangrado y la severidad de la descompensación hemodinámica
- Antieméticos
- Si el sangrado persiste, considerar raspado uterino aunque suele ser muy infrecuente.