



Manejo de la Hemorragia Uterina Disfuncional

Elaborado por:

Grupo de especialistas del Hospital de Ginecobstetricia y del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Juan José Arévalo Bermejo - IGSS



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Lic. Oscar Armando García Muñoz
Gerente

Dr. Byron Humberto Arana González
Subgerente de Prestaciones en Salud

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica
Basadas en Evidencia (GPC-BE)
**GPC-BE 43 “Manejo de la Hemorragia Uterina
Disfuncional”**
Edición 2013; págs. 96
IGSS, Guatemala.

Elaboración revisada por:

Departamento de Organización y Métodos del IGSS
Oficio No. 58 del 20 de febrero de 2014

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión Central de Elaboración de
Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala 2013

Derechos reservados-IGSS-2013

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro, a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.

AGRADECIMIENTOS:

**Hospital de Gineco-Obstetricia
Grupo de Desarrollo de la Guía:**

Dr. Edgar Pérez Robles

Especialista en Ginecología y Obstetricia
Coordinador grupo de trabajo Guía de
tratamiento de la Hemorragia Uterina
Disfuncional

Dra. Astrid Maribel Paiz Lorenzana

(Residente III)

Dra. Ximena Rosas

(Residente II)

Dr. Javier Fabricio García

(Residentes I)

Médicos residentes programa de maestría en
Ginecología y Obstetricia

Hospital de Gineco-Obstetricia-IGSS, año
2012.

Grupo de elaboración guía de manejo de la
Hemorragia Uterina Disfuncional

Revisores:

Dr. Erick Montenegro Pereira

Especialista “A”

Ginecólogo y Obstetra

Biología y Endocrinología de la Reproducción
Humana

Hospital de Gineco-Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Dr. Luis Estuardo Barahona Estrada

Especialista “B”

Supervisor Médico Hospitalario

Ginecólogo y Obstetra

Hospital de Gineco-Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Dr. Remigio Juárez Soto

Especialista “A”

Ginecólogo y Obstetra

Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo

Departamento de Ginecoobstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social



COMISIÓN ELABORADORA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA FUNDAMENTADAS EN MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (GPC-BE):

Msc. Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales

Jefe de Departamento
Departamento de Medicina Preventiva

Msc. Dr. Jorge David Alvarado Andrade

Coordinador
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dr. Edgar Campos Reyes

Médico Supervisor
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta Guía, tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

PRÓLOGO

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL IGSS

¿En qué consiste la Medicina Basada en Evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **–la evidencia–**, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de Evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación.

(Tabla No. 1)

Tabla No. 1* Niveles de evidencia:

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja Calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

* **Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.**

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de evidencia; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales.

Tabla No.2
Significado de los grados de recomendación

Grado de Recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de Buena Práctica clínica sobre el cual el Grupo de Desarrollo acuerda.

Las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

1a

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **Nivel de Evidencia**^{1a} (en números y letras minúsculas, sobre la base de la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto ^A (siempre en letras mayúsculas sobre la base de la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

A

Las Guías, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones

sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

La **GUÍA DE BOLSILLO** es una parte de la guía, que resume lo más relevante de la entidad con relación a 4 aspectos: 1. La definición de la entidad, 2. Como se hace el diagnóstico, 3. Terapéutica y 4. Recomendaciones de buenas prácticas clínicas fundamentales, originadas de la mejor evidencia.

En el formato de Guías de Bolsillo desarrolladas en el IGSS, los diversos temas se editan, imprimen y socializan en un ejemplar de pequeño tamaño, con la idea de tenerlo a mano y revisar los temas incluidos en poco tiempo de lectura, para ayudar en la resolución rápida de los problemas que se presentan durante la práctica diaria.

Las Guías de Práctica Clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el

documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”**, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas. En una Guía de Práctica Clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el que poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales –especialistas y médicos residentes– que a diario realizan

una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión Central Para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, siendo así mismo aplicable, práctica y de fácil estudio.

El IGSS tiene el alto privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo esta Guía, con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble Institución.

**Comisión Central para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica, IGSS
Guatemala, 2013**

ÍNDICE

GUÍA DE BOLSILLO	1
1. INTRODUCCIÓN	29
2. OBJETIVOS	31
3. METODOLOGÍA	32
Definición de preguntas	32
Estrategias de Búsqueda	33
Población Diana	33
Usuarios	33
4. CONTENIDO	35
Definición	35
Datos epidemiológicos	38
Fasiopatología de la HUD	40
Hemorragia menstrual normal	40
Características del ciclo ovulatorio y anovulatorio	41
Hemorragia uterina anormal	43
Clasificación de HUD según etiología hormonal	45
Presentación clínica de la HUD	46
Hemorragia ovulatoria	46
Hemorragia anovulatoria	47
Diagnóstico	49
Historia Clínica	49
Examen físico	50
Evaluación ginecológica	51
Estudios de laboratorio e imágenes	52
Exámenes de laboratorio	52
Ultrasonido	52
Biopsia endometrial	53
Histeroscopia	54

Tratamiento	54
Tratamiento Farmacológico (Médico)	54
Terapia Hormonal	54
Dispositivo Intrauterino con liberación de levonorgestrel (DIU-L)	55
Anticonceptivos orales	55
Progestágenos	56
Análogos de la GnRh (Hormona Liberadora de Ganadotrofinas)	57
Terapia No Hormonal	58
Tratamiento Quirúrgico	59
Legrado Uterino Instrumental	59
Histeroscopia Quirúrgica	60
Ablación de Endometrio	60
Histerectomía	61
5. ANEXOS	63
6. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	73
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

GUÍA DE BOLSILLO

MANEJO DE LA HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL (HUD):

2a

Hemorragia Uterina Disfuncional (HUD) es el término que se ha designado para hablar de todos los cambios relacionados a la frecuencia del ciclo menstrual en su duración o en la cantidad de la pérdida sanguínea ocasionando sangrados de origen uterino (HU) en los que no se encuentra una causa orgánica, después de haber realizado a la paciente un estudio minucioso.

Para el grupo de expertos de revisión de la guía, se contempla la definición de “hemorragia uterina normal” y “hemorragia uterina anormal” inicialmente como una clasificación semántica en cuanto a la diferencia entre un estado fisiológico y otro patológico, no en el sentido puramente clínico de la causa de la hemorragia uterina.

Las definiciones que frecuentemente se acompañan para describir las características de las pérdidas hemáticas en los casos de hemorragia uterina anormal son las siguientes:

- Menorragia: hemorragia prolongada (> 7 días) o excesiva (> 80 ml. / día) que ocurre en intervalos regulares.

- **Metrorragia:** hemorragia uterina que sucede en intervalos irregulares y más frecuentes de lo normal.
- **Menometrorragia:** hemorragia excesiva y prolongada que ocurre en períodos más frecuentes e irregulares que los normales.
- **Hemorragia intermenstrual:** hemorragia que se presenta en cantidades variables en el período entre una menstruación y la siguiente.
- **Manchado intermenstrual:** pequeño sangrado que se presenta previo a la ovulación, con frecuencia coincide con la disminución de los niveles estrogénicos.
- **Hemorragia perimenopáusica:** Episodios de sangrado irregulares, previo a la aparición de la menopausia.
- **Hemorragia Postmenopáusica:** Recurrencia de la hemorragia uterina en el período Postmenopáusico, al menos de 6 meses a 1 año después de haber cesado los ciclos menstruales normales.

- Oligomenorrea: Frecuencia de ciclos menstruales con intervalos mayores de 35 días.
- Hipomenorrea: Cantidad del flujo menstrual menor a 40 ml/día.
- Polimenorrea: Frecuencia de ciclos menstruales con intervalos menores a 21 días.
- Hipermenorrea: Cantidad de flujo menstrual mayor a 80 ml/día.
- Amenorrea: Ausencia de la menstruación por 6 o más meses o ausencia de tres periodos menstruales continuos.

*Para cuantificar el sangrado pueden utilizarse algunos métodos subjetivos y semi-subjetivos que orientan la cantidad de pérdida hemática, como los siguientes:

Método subjetivo para estimar la cantidad de sangrado

- 1 a 3 toallas higiénicas/día:
sangrado escaso (+)
- 4 a 7 toallas higiénicas/día:
sangrado moderado (++)
- > 8 toallas higiénicas/día:
sangrado abundante (+++)

Método semi-subjetivos de Higham, (Anexo I); evalúa la cantidad de hemorragia en base al número de toalla, tampones o coágulos, con un punto de corte de 100 se obtiene una sensibilidad del 89% para el diagnóstico de hemorragia.

Fisiopatología de la HUD:

Hemorragia menstrual normal:

2a

Es importante conocer las características de la menstruación consideradas como normales y tomarlas como referencia para determinar si una paciente se encuentra con alteraciones en el patrón menstrual normal.

Estudios clínicos sobre los hábitos menstruales permitieron determinar que la duración de la menstruación normal es de 2 a 7 días (promedio 4 días), el intervalo o período inter menstrual tiene un rango de 25 a 35 días con un promedio de 31 días. La cantidad normal de pérdida sanguínea se encuentra entre los 40 a 80 ml. (60 ml. en promedio).

Tabla No. 1 Características del ciclo menstrual ovulatorio y anovulatorio. *

Ciclo menstrual ovulatorio	Ciclo menstrual anovulatorio
<p>-Desarrollo, maduración del folículo y ovulación.</p> <p>-Menstruación al final del ciclo con descamación en bloque.</p> <p>-Hemostasia por vasoconstricción de vasa recta y contracción uterina.</p> <p>-Cese de menstruación por cicatrización de endometrio (estrógenos).</p>	<p>-Folículos en diferentes grados de maduración.</p> <p>-Cambios en el endometrio con necrosis distal.</p> <p>-Descamación prolongada en parches.</p> <p>-Hemostasia por nueva proliferación del endometrio con contracción uterina tardía.</p> <p>-Cicatrización endometrial tardía e irregular.</p>

*Guía práctica clínica 2008. Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia (COMEGO) Diagnóstico y tratamiento de Hemorragia Uterina Disfuncional. Pág. 215-3.

Clasificación de la HUD según su etiología hormonal: 2, 9, 11,14

Hemorragia por **supresión** de progesterona:

La HUD es una consecuencia del descenso brusco en la concentración de progesterona, por ejemplo, cuando existe una insuficiencia del cuerpo lúteo, o cuando se interrumpe un tratamiento con aporte exógeno de progesterona. Para que se produzca sangrado uterino es necesario que el endometrio haya sido previamente transformado por la acción de estrógenos endógenos o por un agente exógeno.

2a

Hemorragia por **saturación** de progesterona:

En este caso la HUD se debe al exceso de progesterona en relación con los niveles de estrógenos, como sucede ante la persistencia del cuerpo lúteo por lo que existe excesiva producción de progesterona.

Hemorragia por **supresión** de estrógenos:

Se dice que la HUD sucede a consecuencia de la caída brusca del esperado soporte estrogénico sobre el endometrio. La mejor ilustración es en los casos de HUD que se presenta tras la realización de una ooforectomía bilateral, o debido a la supresión del aporte

exógeno de estrógenos en mujeres ooforectomizadas o postmenopausicas y las que reciben algún tipo de estrógeno exógeno.

2a

Hemorragia por **saturación** de estrógenos:

La HUD se debe a la acción proliferativa continuada de los estrógenos sobre el endometrio en ausencia de progesterona. El ejemplo clínico más frecuente es la anovulación crónica, si los niveles de estrógenos son bajos pero de forma crónica, se producen hemorragias intermitentes pero de poca intensidad, denominadas “spotting” o manchado intermenstrual. Debe considerarse también que niveles altos de estrógenos ocasionan periodos de amenorrea seguidos de hemorragias abundantes.

Diagnóstico:

Historia clínica:

2a

Debe realizarse una historia clínica detallada y minuciosa, prestando especial atención a la edad, antecedentes familiares y personales, alteraciones nutricionales y factores psicógenos y emocionales predisponentes.^{13, 14, 18}

El interrogatorio cuidadoso dirigido a las causas de la hemorragia uterina disfuncional proporciona la base e indica la dirección para seguir realizando la

evaluación. Es importante determinar el flujo menstrual habitual, la asociación de signos y síntomas y el tiempo que ha durado la hemorragia. Indagar prioritariamente el sitio de origen del sangrado o si está asociado a sangrado en otros sitios que no sea ginecológico (epistaxis, hematuria, hemorragia gingival, hematoquecia, petequias, entre otros). Es asimismo, esencial averiguar los antecedentes sexuales y acerca del uso de anticonceptivos. Deben obtenerse los detalles acerca de cualquier cirugía ginecológica reciente o de tratamientos médicos previos por trastornos ginecológicos.

Examen Físico:

2a

Debe observarse con atención la biotipología de la paciente, pues asociado a la obesidad hay aumento de la conversión de androstendiona a estrógenos, que al final puede por sí solo ocasionar el cuadro característico de la Hemorragia Uterina Disfuncional (HUD). El examen físico general debe buscar evidencias de enfermedades sistémicas. Deberá palpase la glándula tiroides para detectar su tamaño (agrandamiento) y/o acerca de la presencia de nódulos o masas. Deberá evaluarse con atención el hígado para determinar su tamaño y contorno. Debe inspeccionarse la piel para detectar signos que sugieran enfermedad suprarrenal, que incluyen estrías de la mama o el abdomen, hirsutismo, medir la

circunferencia de la cintura (normal < 88 cms), panículo adiposo excesivo en la región cervical posterior y la región del hombro. Así también debe hacerse la evaluación de las mama en busca de signos de patología.

Deben documentarse los signos vitales en general con especial atención en la presión arterial, temperatura y peso corporal.^{9,10, 11}

Evaluación ginecológica:

Se debe prestar cuidadosa atención los genitales externos (vulva, vagina y el recto) así como otros sitios posibles de hemorragia.

El examen con especulo ayudará a descartar lesiones vaginales y cervicales, además de evidenciar el origen uterino de la hemorragia al observar la salida de sangre a través del cérvix. Se necesita un examen bimanual para valorar el posible aumento en el tamaño y posición, así como la presencia de dolor a la palpación del útero y los anexos.

La historia clínica cuidadosa, pruebas de embarazo y evaluación ecográfica son claves para confirmar o descartar el diagnóstico de estos trastornos asociados también a hemorragia uterina.

Estudios de laboratorio e imágenes: 12, 13,14

Exámenes de laboratorio:

- Hematología, que incluya evaluación de las plaquetas, es esencial para la paciente con hemorragia uterina disfuncional persistente o refractaria.
- Factores y tiempos de la coagulación
- Exámenes metabólicos: glicemia preprandial, insulina en ayuno.
- Nivel sérico cuantitativo de gonadotrofina coriónica para excluir embarazo.
- Nivel de prolactina.
- Andrógenos séricos.
- Nivel de progesterona de fase luteínica media.
- Gonadotrofinas hipofisarias.
- Pruebas de función tiroidea
- Pruebas de función renal.
- Pruebas de función hepática.
- Pruebas de función suprarrenal.
- Pruebas de función hormonal. (FSH, LH, Estrógenos, Prolactina)

Ultrasonido (USG):

2b

El USG es el estudio de primera elección, para identificar anomalías estructurales u otro tipo de patología que pueda explicar el origen de la HU en pacientes con esta patología.

El USG, preferentemente si la condición de la paciente lo permite, debe efectuarse vía vaginal, en todas las mujeres con sangrado menstrual abundante e irregular. Este estudio puede complementarse con Histerosonograma.

Biopsia endometrial:

La biopsia endometrial se debe realizar para excluir el cáncer endometrial y/o hiperplasia anormal (excepto en mujeres que no han iniciado vida sexual).

1b

Dentro de sus indicaciones se incluyen:

- Línea endometrial igual o mayor a los 12 mm. medida por ultrasonido.
- Hemorragia uterina persistente principalmente en mayores de 40 años con peso \geq a 90 Kg.
- En mujeres menores de 35 años que no responden al tratamiento médico.

La biopsia está indicada en la mujer premenopáusica con un grosor endometrial mayor de 5 mm. o postmenopáusica con un grosor endometrial de 4 mm. o mayor.

Histeroscopia:

1a

Consiste en la observación interna del útero mediante el uso de equipo óptico llamado histeroscopia, sus indicaciones más frecuentes son aquellas relacionadas a la HU, permite una visualización directa de la cavidad uterina, lo que proporciona un método más eficiente en la toma de biopsia que la biopsia ciega convencional o la dilatación y legrado.

Además, debe realizarse en aquellas en las que se sospeche la presencia de pólipos o miomas ¹² y deberá de realizarse cuando los resultados de ultrasonido no son concluyentes o se sospecha de alteración histológica.

Tratamiento:

Tratamiento Farmacológico (Médico):

Terapia hormonal:

1a

La finalidad del tratamiento es evitar episodios agudos de hemorragia, prevenir riesgos como la anemia, y mejorar la calidad de vida de las pacientes, está indicado cuando no existen anomalías estructurales o histológicas.

Dispositivo Intrauterino con liberación de Levonorgestrel (DIU-L)*

Es una alternativa efectiva de manejo a largo plazo sobre todo cuando es necesario conservar la fertilidad. Con este método se obtiene una alta satisfacción por parte de las pacientes con un rango

de uso de hasta 5 años, con lo cual se conserva la integridad de la anatomía uterina, se regula y controla el problema y se logra una reducción en cuanto a los costos del tratamiento al comparar el costo del dispositivo con los relacionados a la Histerectomía y sus potenciales complicaciones.

El uso de derivados de la progesterona de acción como en los dispositivos intrauterinos con Levonorgestrel permite la reducción de la hemorragia de manera más efectiva en comparación de los anticonceptivos orales.

***Nota:** Actualmente, no se cuenta con este dispositivo en el IGSS, por lo que; hasta el momento en que esté dispositivo esté disponible debe proveerse otro método para tratamiento.

Se prefieren los anticonceptivos que contienen Etinilestradiol 35mcg. o menos. Sin embargo, también son efectivas las dosis de Medroxiprogesterona, 10 mgs. diariamente de 10 a 14 días por mes.

Anticonceptivos orales:

Se prefieren los anticonceptivos que contienen Etinilestradiol 35mcg. o menos. Sin embargo, son también efectivas las dosis de Medroxiprogesterona (cod. 316), 10 mgs. diariamente de 10 a 14 días por mes.

En casos de hemorragia aguda, para controlar el cuadro rápidamente, previo a someter a la paciente a estudios correspondientes, la dosis de ataque será Etinilestradiol + Norgestrel (cod. 320) estradiol + Norgestrel (cod. 321) una tableta cada 6 horas por 5 días y luego iniciar tratamiento en base al diagnóstico etiológico.

Progestágenos:

Los progestágenos son efectivos para alcanzar la reducción de la hemorragia menstrual abundante, clásica de las causas ovulatorias de HUD.

El uso de progestágenos se recomienda en ciclos de 21 días al mes como dosis efectiva.

Se ha indicado utilizar Progesterona Natural Micronizada* oral (200-300 mg /día).

***Nota:** Al momento de realización de esta guía este medicamento no se encuentra en el listado básico de medicamentos del IGSS.

Análogos de la GnRh (Hormona Liberadora de Gonadotrofinas):

Un análogo es una sustancia de características similares a otra que puede cumplir con algunas funciones similares, sin ser idéntica a ella. GnRh es la sigla de la Hormona liberadora de Gonadotrofinas. Por esta acción, los análogos de GnRh están indicados en todas aquellas alteraciones clínicas en las que se desea

una supresión hormonal o en casos de hemorragia que no responde a tratamiento convencional.

El uso de análogos de GnRh puede ser considerado previo al tratamiento quirúrgico, debe considerarse la terapia ADD-BACK.

ADD-BACK: terapia que se instaura en conjunto con los análogos, para evitar sus efectos secundarios (bochornos, osteoporosis, entre otros).

Terapia No hormonal:

Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y procoagulantes: ibuprofeno (cod. 944), naproxeno* sódico, ácido mafenámico*, y medicamentos como: ácido tranexámico*.

***Nota:** Al momento de realizar esta guía, estos medicamentos no están disponibles en el listado básico del IGSS.

Debido a la HUD abundante existe elevación de las prostaglandinas, las sustancias con capacidad antiinflamatoria como los AINES disminuyen la liberación de las mismas, favoreciendo la disminución de la hemorragia, asimismo, cuando la hemorragia se hace acompañar de dismenorrea se deben de utilizar antiinflamatorios no esteroideos, iniciándose en el primero y tercer día previo a la menstruación y continuarse por 5 días.

Tratamiento Quirúrgico:

El diagnóstico de pólipos endometriales así como fibromatosis uterina (específicamente submucosos) son las indicaciones más claras de tratamiento quirúrgico, pacientes que deben clasificarse como Hemorragia Uterina Anormal y no ser clasificadas como HUD.

Dentro de las opciones terapéuticas quirúrgicas, se tiene descritas: legrado uterino instrumental, polipectomía, ablación endometrial e hysterectomía; de las cuales se describen sus indicaciones a continuación:

Legrado uterino instrumental:

Está indicado en pacientes con mala respuesta al tratamiento médico, se realiza con fines hemostáticos, y para la obtención de material de biopsia si estuviera indicada. No se considera como tratamiento de primera elección para HUD.

Se indica especialmente en casos en los que se sospeche hiperplasia endometrial y se demuestre engrosamiento diagnosticado por USG y/o biopsia o si no se tiene acceso a histeroscopia.

Histeroscopia Quirúrgica:

Está indicada particularmente en casos en los que se desea conservar la fertilidad de la paciente.

Ablación del endometrio:

La ablación puede ser utilizada como alternativa a la histerectomía en pacientes con riesgo quirúrgico-anestésico elevado como cardiopatas, diabéticas y otras. Puede ser un procedimiento de elección en mujeres que poseen útero sin anomalías anatómicas y/o histológicas.

Al momento de la publicación de esta guía, no se cuenta con la tecnología necesaria en el IGSS para realizar este procedimiento, por lo que hasta su existencia, deberá considerarse otras alternativas dentro de las descritas.

Histerectomía:

Consiste en la resección quirúrgica del útero, y se considera una alternativa definitiva en los casos de hemorragia uterina excesiva, estará indicada en pacientes que no desean continuar su fertilidad o en aquellas que los tratamientos previos de tipo conservador no han dado buenos resultados y en los casos en los cuales se tiene riesgo de descompensación hemodinámica por hemorragias excesivas e incontrolables tratadas por otro método.

2a

Tratándose de un procedimiento quirúrgico mayor no está exenta de riesgos inherentes, efectos adversos, períodos largos de recuperación y costos más elevados comparados con los de otros procedimientos menores.

La histerectomía podrá efectuarse por vía vaginal, laparoscópica o abdominal con las excepciones específicas de cada caso de acuerdo al criterio de los especialistas en ginecología.

Anexo I:
**Estimación semiobjetiva del sangrado
menstrual**

PUNTOS	OBSERVACIÓN
1	Por cada tampón vaginal ligeramente manchado
5	por cada tampón vaginal moderadamente manchado
10	Por cada tampón completamente manchado
1	Por cada toalla higiénica ligeramente coloreada
5	Por cada toalla higiénica moderadamente manchada
10	Por cada toalla higiénica completamente manchada
1	Por la expulsión de un coagulo pequeño
5	Por la expulsión de un coagulo grande

Fuente: (Tomado de Higham y cols. Modificado IGSS 2013)

Anexo II:

Determinaciones hormonales (unidades convencionales)

Hormona	Unidades	Valores normales
T4	µg/100ml.	4-11
T3	ng/100ml.	75.175
Índice T4 libre	ng/100ml	0.7-2.1
TSH	mU/L	0.2-5
hGH (STH)	Ng/mL	3,3±2.8
LH	mU/mL	Mujeres 4-80(p.ov.)
FSH	mU/mL	Mujeres 3-30(p.ov.)
ACTH	pg/ml	9-52
17-OH progesterona	Ng/mL	1.6-20 (f. lut)
progesterona	Ng/mL	Mujeres 6.5-32 (f.lut)
17 β estradiol	Pr/mL	Mujeres 254±94 (f. lut)
Estrona	pg/	Mujeres 50-200 pg/ml (f. lut.)

Fuente: Referencias internacionales y convencionales.

Anexo III:

Indicaciones por tipo de medicamento en el tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional *

Medicamento	Indicaciones	
DIU-L**	Edad fértil Con planes de anticoncepción Cavidad uterina normal No embarazada Sin signos de infección genital Sin enfermedad pélvica inflamatoria Sin neoplasia cervical uterina Sin antecedentes de enf. Circulatoria severa.	B
AINES	Que no requieran anticoncepción. Anticonceptivos orales contraindicados. Con dismenorrea. Sin enfermedad péptica, y/o hemorragia Gastro-intestinal superior.	C
Acido Tranexámico**	Que no requieran anticoncepción Con contraindicación al uso de anticonceptivos orales. No utilizar en pacientes con antecedentes de tromboembolias	B
Anticonceptivos hormonales orales	Pacientes en edad fértil Que requieran anticoncepción Tabaquismo negativo Bajo riesgo cardiovascular (sin hipertensión, diabetes, obesidad)	
Progestágenos	En casos de anovulación crónica Con contraindicación de anticonceptivos orales. Con riesgos de tromboembolismo	
Análogos de GnRh	Ante la falla de otros medicamentos Como tratamiento previo a procedimientos quirúrgicos (ablación endometrial). No usarse por más de cuatro meses	

Nota: Extender el uso de AINES o Acido tranexámico por tres ciclos, si no se alcanza los efectos deseados deberá cambiarse a otro tratamiento médico. En el caso de Progestágenos orales, el tratamiento por 20 días es mejor para reducir la pérdida sanguínea, en comparación al tratamiento de segunda fase.

* (Tomado de: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del IMSS [base de datos en Internet]. Diagnostico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional. C2010- [Citado 2012 Febrero 21]) (modificado IGSS 2013).

**Medicamento no disponible en el IGSS al momento de esta publicación.

Anexo IV:

Medicamentos utilizados en el tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional. ^A

Medicamento	Dosis recomendadas	Periodo de uso
DIU-L**	Aplicación intrauterina única (20 microgramos día)	12 meses como mínimo
Ácido Tranexámico**	1 gr. Cada 8 a 6 hrs por día	Los primeros 4 días del ciclo menstrual uterino durante tres ciclos.
Ibuprofeno (cod. 944)	600 mgs. dosis única diaria	Iniciar el 1er. día de sangrado hasta la ausencia del mismo. Máximo 3 ciclos.
Meloxicam (cod. 947)	Tableta de 15 mgs. 1 cada 24 horas.	Máximo 3 ciclos
Naproxeno**	240 mgs. cada 6-8 horas	Máximo 3 ciclos
Estradiol Valerato (cod. 2090)	1 tableta de 1 mgs. C/24 hrs. por 21 días.	Seis meses.
Norestisterona/Etinilestradiol. (cod. 320) o Estradiol Valerato + Norgestrel (cod. 321)	1 tableta de 0.03/0.03 mg. O Grageas 2mg y 0.5 mg	De 6 a 12 meses
Acetato de Medroxiprogesterona (cod. 687)	150 mg. 1 ampolla IM cada 12 semanas.	De 6 a 12 meses.
Análogos de GnRh (cod. 714)	3.75 mg. IM mensual	Mensual por 4 meses
Progesterona Micronizada**	10 mgs. PO c día por 21 días y/o 200 mg/día	

(Estos deben iniciarse entre el 1er y 6to día del ciclo menstrual y finalizar al 6to día de uso consecutivo)
 * (Tomado de: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del IMSS [base de datos en Internet]. Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional. C2010- [Citado 2012 Febrero 21]) (modificado IGSS 2013).
 **No disponible al momento de la publicación en el Seguro Social

Anexo V:

Alternativas para el tratamiento quirúrgico aplicables en HUD.*

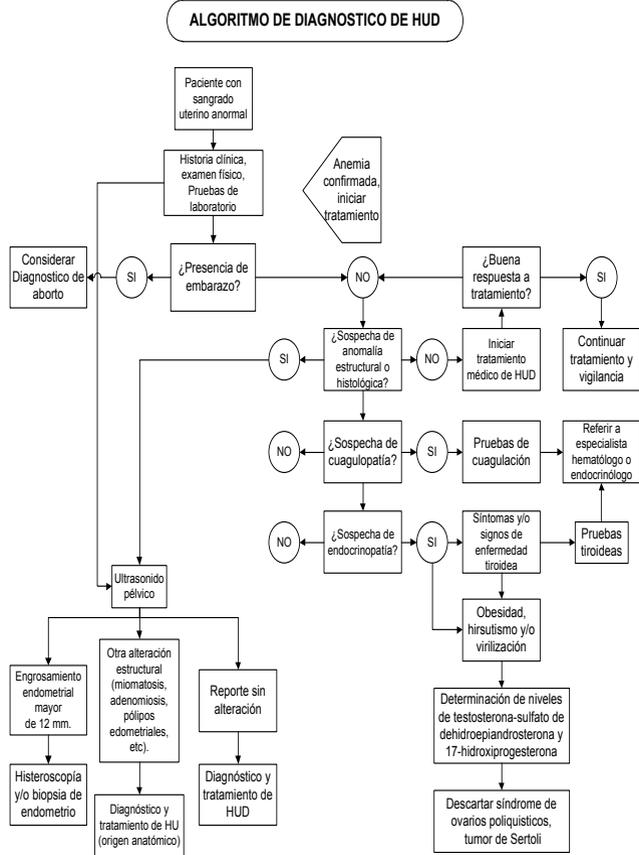
Procedimiento	Indicaciones	
Legrado Uterino Instrumental(LIU)	En Mujeres con HUD, que no responden a Tx. medico, con fines hemostáticos y/o toma de biopsia endometrial. No se recomienda como método terapéutico de primera elección.	C
Ablación Endometrial*	Mujeres con HUD con efectos en calidad de vida, sin deseos de fertilidad, sin otra anomalidad uterina. Se aplica después de indicar supresión endometrial (análogos de GnRh o LIU). En pacientes con alto riesgo quirúrgico y/o anestésico.	B
Histerectomía**	En casos de fallo con Tx. Médico. En casos de fallo de ablación endometrial. Sin deseos de fertilidad. De última elección.	

Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional. C2010- [Citado 2012 Febrero 21] (modificado IGSS 2013).

* No disponible en el IGSS, al momento de esta publicación.

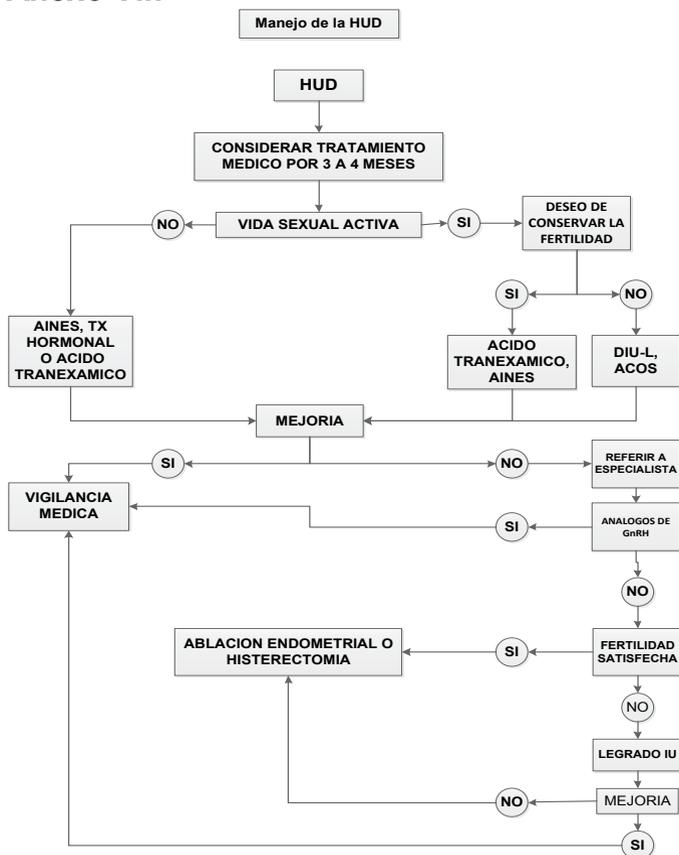
**Procedimiento con mayor tiempo quirúrgico, mayor tiempo de recuperación, y mayor porcentaje de complicaciones.

Anexo VI:



Fuente: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del IMSS (Base de Datos de Internet) Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional. [C2010 Febrero 21]) (Modificado IGSS, 2013)

Anexo VII:



Fuente: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del IMSS (Base de Datos de Internet) Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional. [C2010 Febrero 21] (Modificado IGSS, 2013)

Anexo VIII:

Codificación CIE-10 (Diagnósticos)

Código	Descripción	Sinónimo
N 80	Endometriosis	Endometriosis/ Adenomiosis
N 83.0	Quiste folicular de ovario	Quistes ováricos
N 83.2	Otros quistes ováricos y los no especificados	Ovarios Poliquísticos
N 84.0	Pólipo el cuerpo el útero	Pólipos uterinos
N 85.0	Hiperplasia del endometrio	Hiperplasia endometrial
N 92.0	Menstruación excesiva, frecuente e irregular	Hemorragia uterina (General)
N 92.6	Menstruación irregular, no especificadas	Hemorragia uterina disfuncional
N 93.9	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	Hemorragia anormal
D 06	Carcinoma in situ del cuello del útero	Cáncer cervical
D 07	Carcinoma in situ del endometrio	Cáncer endometrial

Codificación CIE-09 (Procedimientos)

Código	Descripción	Sinónimo
67.11	Biopsia Endocervical	Biopsia cervical
68.12	Histeroscopia	Histeroscopia diagnostica/terapéutica
68.16	Biopsia útero cerrada	Biopsia endometrial
68.23	Ablación endometrial	Ablación endometrial
68.30	Histerectomía Supracervical laparoscópica	Histerectomía Supracervical laparoscópica
68.40	Histerectomía abdominal total	Histerectomía abdominal Total
69.09	Otra dilatación y legrado	Legrado uterino instrumental
69.5	Legrado por aspiración útero	Legrado por Aspiración (AMEU)
88.7	Diagnostico por ultrasonido	Ultrasonido pélvico o vaginal
91.41	Examen microscópico genital femenino, Frotis bacteriano	Frote de secreción vaginal
91.43	Examen microscópico genital femenino, cultivo y sensibilidad	Cultivo de secreción vaginal
795.00	Frotis Papanicolau cérvix glandular anormal	Citología exfoliativa (Papanicolaou)

MANEJO DE LA HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL (HUD):

1- INTRODUCCIÓN:

Como Hemorragia Uterina Disfuncional (HUD) se identifica a todos los sangrados de origen uterino en los que no se encuentra una causa orgánica, después de haber realizado a la paciente un estudio minucioso.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia (IGSS) se evalúan constantemente casos de HUD, que ameritan evaluación médica especializada, para lograr determinar el diagnóstico e instaurar un tratamiento adecuado y oportuno. Por esa razón es importante estandarizar los criterios de diagnóstico y tratamiento en los casos en los cuales la paciente presenta HUD.

La presente Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencia, expone a continuación las recomendaciones básicas en cuanto al diagnóstico y tratamiento médico y/o quirúrgico de las mujeres con Hemorragia Uterina Disfuncional adaptadas y actualizadas así como aplicables en nuestras unidades de atención médica.

NO se incluye otras patologías que se manifiestan con hemorragia vaginal que no se identifiquen como hemorragias disfuncionales, tales como las asociadas al embarazo, el puerperio o la lactancia y las hemorragias uterinas orgánicas.

La presente guía pretende ser una ayuda para el clínico general o especialista que se encuentra ante un posible caso de Hemorragia Uterina Disfuncional, está basada en estudios científicos de calidad, con el propósito de orientar a un mejor diagnóstico y tratamiento de esta patología. No excluye el buen examen físico y el criterio del clínico sino aporta a los médicos institucionales orientándoles en el diagnóstico y el tratamiento adecuado a favor de las pacientes beneficiarias y derechohabientes, mejorando su calidad de vida. No se exponen detalles en cuanto a la técnica de los procedimientos ni detalles relacionados a casos que ameritan atención en unidades de medicina crítica.

Se recomienda que esta Guía de Práctica Clínica se actualice periódicamente de acuerdo a evidencia escrita, considerando que los procedimientos de diagnósticos e intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas, evolucionan y cambian con el paso del tiempo.

2- OBJETIVOS:

Objetivo General:

Exponer la metodología diagnóstica, emitir opiniones y recomendaciones acerca del tratamiento y dar a conocer los conceptos básicos acerca de la atención integral de la mujer que consulta con diagnóstico relacionado a Hemorragia Uterina Disfuncional (HUD).

Objetivos Específicos:

- Exponer los conceptos básicos que definen la patología conocida como HUD.
- Dar a conocer los métodos diagnósticos que confirman el diagnóstico de HUD.
- Mostrar de manera resumida los tratamientos más adecuados en las mujeres con HUD.

3- METODOLOGÍA

Definición de Preguntas:

1. ¿Cuál es la definición de “Hemorragia Uterina Disfuncional” (HUD)?
2. ¿Cuál es la historia natural de la entidad clínica conocida como HUD?
3. ¿Cómo se puede determinar que se trata de Hemorragia uterina normal o anormal?
4. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más evidentes para dar seguimiento a las pacientes con HUD?
5. ¿Cuáles son las características de la Hemorragia Uterina ovulatoria?
6. ¿Cuáles son las características de la Hemorragia Uterina anovulatoria?
7. ¿Cuáles son las alternativas de tratamiento por HUD?
8. ¿Cuál es la opción terapéutica, dependiendo de la edad y condición clínica de las pacientes con diagnóstico de HUD?
9. ¿Cuáles son las alternativas de tratamiento no quirúrgico?
10. ¿Cuáles son las alternativas de tratamiento quirúrgico?

Estrategias de Búsqueda:

Se procedió a localizar la información deseada mediante consultas electrónicas a las siguientes referencias:

www.pubmed.com,

www.bjm.com,

www.cochrane.org,

www.clinicalevidence.com

www.hinary.org

Otras fuentes bibliográficas: revistas internacionales, libros de texto, así como Guías de Práctica Clínica actualizadas.

Población Diana:

Pacientes adultas beneficiarias y derechohabientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

Usuarios:

Personal médico especializado y no especializado en Ginecoobstetricia, Médicos Residentes de la Maestría de Ginecoobstetricia y de otras Especialidades, Médicos de las unidades de ultrasonido, de salas de emergencia y consulta externa así como personal paramédico que presta sus servicios en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y en otras instituciones que ofrecen atención médica.

Fechas de elaboración, revisión y año de publicación de esta guía:

Elaboración durante Febrero a Octubre del año 2012 y de Enero a Mayo de 2013

Revisión durante el mes de Junio - Julio del año 2013

Publicación año 2013

4- CONTENIDO:

Definición:

2a

Hemorragia Uterina Disfuncional (HUD) es el término que se ha designado para hablar de todos los cambios relacionados a la frecuencia del ciclo menstrual en su duración o en la cantidad de la pérdida sanguínea ocasionando sangrados de origen uterino (HU) en los que no se encuentra una causa orgánica, después de haber realizado a la paciente un estudio minucioso.

Aproximadamente en un tercio de las metrorragias no se encuentra un fundamento histopatológico que pueda explicarlas, siendo uno de los síndromes ginecológicos más frecuentes.^{1, 3, 5,7}

La HUD o hemorragia anovulatoria es la principal causa de hemorragia en la mujer adulta, su diagnóstico es por exclusión, por lo cual se deberá descartar inicialmente alguna patología orgánica. En mujeres mayores de 40 años debe tenerse en mente la posibilidad de alguna lesión premaligna o maligna, por lo que esta posibilidad debe descartarse intencionalmente, en mujeres más jóvenes son más comunes las etiologías benignas.

Para el grupo de expertos de revisión de la guía, se contempla la definición de “hemorragia uterina normal” y “hemorragia uterina anormal” inicialmente como una clasificación semántica en cuanto a la diferencia entre un estado fisiológico y otro patológico, no en el sentido puramente clínico de la causa de la hemorragia uterina.

Las definiciones que frecuentemente se acompañan para describir las características de las pérdidas hemáticas en los casos de hemorragia uterina anormal son las siguientes:

- Menorragia: hemorragia prolongada (> 7 días) o excesiva (> 80 ml. / día) que ocurre en intervalos regulares.
- Metrorragia: hemorragia uterina que sucede en intervalos irregulares y más frecuentes de lo normal.
- Menometrorragia: hemorragia excesiva y prolongada que ocurre en períodos más frecuentes e irregulares que los normales.
- Hemorragia intermenstrual: hemorragia que se presenta en cantidades variables en el período entre una menstruación y la siguiente.
- Manchado intermenstrual: pequeño sangrado que se presenta previo a la ovulación, con frecuencia coincide con

la disminución de los niveles estrogénicos.

- Hemorragia perimenopáusica: Episodios de sangrado irregulares, previo a la aparición de la menopausia.
- Hemorragia Postmenopáusica: Recurrencia de la hemorragia uterina en el período Postmenopáusico, al menos de 6 meses a 1 año después de haber cesado los ciclos menstruales normales.
- Oligomenorrea: Frecuencia de ciclos menstruales con intervalos mayores de 35 días.
- Hipomenorrea: Cantidad del flujo menstrual menor a 40 ml/día.
- Polimenorrea: Frecuencia de ciclos menstruales con intervalos menores a 21 días.
- Hipermenorrea: Cantidad de flujo menstrual mayor a 80 ml/día.
- Amenorrea: Ausencia de la menstruación por 6 o más meses o ausencia de tres periodos continuos.

*Para cuantificar el sangrado pueden utilizarse algunos métodos subjetivos y semi-subjetivos que orientan la cantidad de pérdida hemática, como los siguientes:

Método subjetivo para estimar la cantidad de sangrado

- 1 a 3 toallas higiénicas/día: sangrado escaso (+)
- 4 a 7 toallas higiénicas/día: sangrado moderado (++)
- > 8 toallas higiénicas/día: sangrado abundante (+++)

Método semi-subjetivos de Higham, (Anexo I); evalúa la cantidad de hemorragia en base al número de toallas, tampones o coágulos, con un punto de corte de 100 se obtiene una sensibilidad del 89% para el diagnóstico de hemorragia.

Datos epidemiológicos:

HUD sucede en el 9 a 14% de las mujeres en el período de vida que va desde la menarquía hasta la menopausia, influyendo en la calidad de vida y las finanzas de las personas que la padecen.¹

La Hemorragia Uterina Disfuncional es una causa frecuente de consulta ginecológica, después de las infecciones cérvico vaginales. El 50% de los casos se presenta en mujeres entre 40 y 50 años, en período perimenopáusicos. El 30% de las afectadas están en edad reproductiva entre 20 y 39

años de edad y aproximadamente el 20% de los casos se presenta en adolescentes entre 13 y 20 años de edad que no ovulan.

Se estima que a nivel mundial la HUD constituye el 15% de consultas médicas y que el 25 % de las histerectomías se realizan por esta causa. HUD disfuncional o anovulatoria es la principal causa de hemorragia en la mujer adulta, en algunos países como en México se estima que diez millones de personas sufren de HUD de las cuales solo seis millones buscan atención médica.

Entre las mujeres en edad reproductiva, del 6 al 10% que padecen HUD tienen hiperandrogenismo con anovulación crónica (ovarios poliquísticos) lo cual incluye trastornos del ciclo menstrual (Amenorrea/Oligomorrea), hirsutismo y obesidad.

Según los registros en el Hospital de Gineco-Obstetricia (IGSS) se encuentra que de todas las causas de Hemorragia Uterina (HU) el 15% se relacionan al final como HUD, de estas pacientes el tratamiento utilizado para controlar este problema es 35% tratamiento médico y 65% tratamiento quirúrgico. (Servicio de Estadística del HGO, 2012)

Fisiopatología de la HUD:

2a

Hemorragia menstrual normal:

Es importante conocer las características de la menstruación consideradas como normales y tomarlas como referencia para determinar si una paciente se encuentra con alteraciones en el patrón menstrual normal.

Estudios clínicos sobre los hábitos menstruales permitieron determinar que la duración de la menstruación normal es de 2 a 7 días (promedio 4 días), el intervalo o período inter menstrual tiene un rango de 25 a 35 días con un promedio de 31 días.

La cantidad normal de pérdida sanguínea se encuentra entre los 40 a 80 ml. (60 ml. en promedio). Estudios observacionales concluyeron la edad influye en la cantidad de las pérdidas hemáticas relacionadas a la menstruación; mujeres de 15 años sangraban aproximadamente 33.8 ml. mientras que mujeres de 30 años presentaban menstruaciones de 49.7 ml.

Tabla No. 1 Características del ciclo menstrual ovulatorio y anovulatorio. *

Ciclo menstrual ovulatorio	Ciclo menstrual anovulatorio
<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo, maduración del folículo y ovulación. -Menstruación al final del ciclo con descamación en bloque. -Hemostasia por vasoconstricción de vasa recta y contracción uterina. -Cese de menstruación por cicatrización de endometrio (estrógenos). 	<ul style="list-style-type: none"> -Folículos en diferentes grados de maduración. -Cambios en el endometrio con necrosis distal. -Descamación prolongada en parches. -Hemostasia por nueva proliferación del endometrio con contracción uterina tardía. -Cicatrización endometrial tardía e irregular.

*Guía práctica clínica 2008. Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia (COMEGO) Diagnóstico y tratamiento de Hemorragia Uterina Disfuncional. Pág. 215-3.

1a

Se identifican diferentes tipos de hemorragia disfuncional dependiendo de su etiología, pero en su mayoría son ocasionadas por alteraciones hormonales relacionadas a la concentración de estrógenos y progesterona.

Tabla No. 2 Diagnósticos diferenciales de las causas de Hemorragia Uterina Anormal.

Hemorragia uterina anormal	
Causa	Condición clínica asociada
Uterina	Pólipos, leiomiomas, adenomiosis, carcinoma o sarcoma, endometritis, DIU.
Vulvo-vaginal	Neoplasias, pólipos, erosiones, inflamación, condilomatosis, varices, endometriosis.
Trompas de Falopio	Inflamación (EPI), neoplasia.
Cervical	Neoplasia, pólipos, ectropión, erosión, condilomatosis, cervicitis, endometriosis.
Complicaciones del embarazo	Aborto, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica, placenta previa, abrupcio placentario.
Ovárica	Tumores funcionales, quistes benignos, malignos, ovario poliquístico, cuerpo lúteo persistente, endometriosis.
Adrenal	Hiperplasia, tumores, enfermedad de Cushing.
Tiroides	Hiper o hipotiroidismo.
Sistema Nervioso central	Neoplasia, adenomas hipofisarios, Hiperprolactinemia.

Diagnósticos diferenciales de las causas de Hemorragia Uterina Anormal. (Continuación)

Hemorragia uterina anormal	
Causa	Condición clínica asociada
Médicas	<p>Discrasias sanguíneas (púrpura trombocitopénica idiopática; deficiencia del factor VII; enfermedad de Von Willebrand; leucemia).</p> <p>Falla cardíaca, renal o hepática, Trastornos de la nutrición: cambios marcados de peso; ejercicio excesivo; anorexia nerviosa; obesidad; caquexia.</p> <p>Medicamentos: terapia hormonal; anticonceptivos hormonales; anticoagulantes; herbales (Ginseng, Ginkgo), Agentes psicotrópicos, digitálicos, Tamoxifeno, agentes tiroideos.</p> <p>Trauma: cuerpos extraños, abrasiones, laceraciones, abuso sexual.</p>
Hemorragia uterina disfuncional	Diagnóstico de exclusión

*Adaptado de MORENO Escallón, Bernardo. Hemorragia Uterina Disfuncional. Ministerio de la Protección Social. Guías para manejo de urgencias. Etiología de HUD. Pág. 297. Colombia, 2009.

Clasificación de la HUD según su etiología hormonal: 2, 9, 11,14

2a

Hemorragia por **supresión** de progesterona:

La HUD es una consecuencia del descenso brusco en la concentración de progesterona, por ejemplo, cuando existe una insuficiencia del cuerpo lúteo, o cuando se interrumpe un tratamiento con aporte exógeno de progesterona. Para que se produzca sangrado uterino es necesario que el endometrio haya sido previamente transformado por la acción de estrógenos endógenos o por un agente exógeno.

Hemorragia por **saturación** de progesterona:

En este caso la HUD se debe al exceso de progesterona en relación con los niveles de estrógenos, como sucede ante la persistencia del cuerpo lúteo por lo que existe excesiva producción de progesterona.

Hemorragia por **supresión** de estrógenos:

Se dice que la HUD sucede a consecuencia de la caída brusca del esperado soporte estrogénico sobre el endometrio. La mejor ilustración es en los casos de HUD que se presenta tras la realización de una ooforectomía bilateral, o debido a la supresión del aporte exógeno de

estrógenos en mujeres ooforectomizadas o postmenopausicas y las que reciben algún tipo de estrógeno exógeno.

2a

Hemorragia por **saturación** de estrógenos:
La HUD se debe a la acción proliferativa continuada de los estrógenos sobre el endometrio en ausencia de progesterona. El ejemplo clínico más frecuente es la anovulación crónica, si los niveles de estrógenos son bajos pero de forma crónica, se producen hemorragias intermitentes pero de poca intensidad, denominadas “spotting” o manchado intermenstrual. Debe considerarse también que niveles altos de estrógenos ocasionan periodos de amenorrea seguidos de hemorragias abundantes.

Presentación clínica de la HUD: 1, 3, 5,7

Hemorragias ovulatorias:

2a

Suelen caracterizarse por ciclos regulares, en ocasiones se acompañan de síntomas premenstruales. La alteración que provoca estos sangrados es la disminución de progesterona por insuficiencia del cuerpo lúteo.

Si en la segunda mitad del ciclo hay una producción reducida de estrógenos y progesterona aparecerán ciclos menstruales más cortos. En contraste con los patrones de hemorragia anovulatoria, la hemorragia ovulatoria se caracteriza por mantener intervalos regulares (cada 24 a

35 días) pero con volumen excesivo y con más de 7 días de duración (menorragia).¹

Menos del 1% de mujeres con causas ovulatorias desarrollan cáncer o hiperplasia endometrial.¹⁸ Debe considerarse otras causas de menorragia tales como hipotiroidismo, enfermedad hepática crónica, o trastornos hemorrágicos (enfermedad de Von Willebrand \pm 13%) así como causas estructurales como fibromas y pólipos endometriales.

Hemorragias anovulatorias:

2a

Está relacionado con mayor frecuencia a las alteraciones en el cuerpo lúteo, folículos ováricos persistentes o bien a consecuencia de quistes ováricos funcionales (síndrome de ovarios poliquísticos).

Se explican como la secreción de estrógenos de forma continuada sin producirse la característica elevación de hormona luteinizante (LH). Se manifiestan como sangrados irregulares con flujos hemorrágicos que pueden ser leves o muy severos.¹⁸ Aparecen con mayor frecuencia en los primeros ciclos tras la menarquia y en el período perimenopáusico.

Los términos asociados a las hemorragias anovulatorias son los siguientes: amenorrea, oligomenorrea, metrorragia, y en general se incluye a la HUD cuando se han descartado otras causas de hemorragia.

Las hemorragias anovulatorias también se asocian a otras patologías tales como diabetes mellitus, hipo o hipertiroidismo, e hiperprolactinemia, el uso de anti epilépticos (Ácido Valproico), que pueden ocasionar aumento del peso corporal consecuentemente hiperandrogenismo y anovulación, asimismo se pueden asociar al uso de anti psicóticos (Haloperidol, Clorpromazina, Tiotexane, Clozapina) que pueden ocasionar anovulación a consecuencia de la elevación de los niveles de prolactina.¹⁸

Es importante considerar que la anovulación recurrente aumenta el riesgo de hiperplasia endometrial (con o sin atipias) y cáncer endometrial lo cual es raro en adolescentes pero se considera muy probable en mujeres mayores, obesas, multíparas, infértiles, diabéticas, con antecedentes familiares de cáncer de Colon, que han estado bajo terapia estrogénica prolongada o con historia de uso de Tamoxifeno. ¹⁸

Diagnóstico:

Historia clínica:

2a

Debe realizarse una historia clínica detallada y minuciosa, prestando especial atención a la edad, antecedentes familiares y personales, alteraciones nutricionales y factores psicógenos y emocionales predisponentes ^{13, 14, 18}

El interrogatorio cuidadoso dirigido a las causas de la hemorragia uterina disfuncional proporciona la base e indica la dirección para seguir realizando la evaluación. Es importante determinar el flujo menstrual habitual, la asociación de signos y síntomas y el tiempo que ha durado la hemorragia. Indagar prioritariamente el sitio de origen del sangrado o si está asociado a sangrado en otros sitios que no sea ginecológico (epistaxis, hematuria, hemorragia gingival, hematoquecia, petequias, entre otros). Es asimismo, esencial averiguar los antecedentes sexuales y acerca del uso de anticonceptivos. Deben obtenerse los detalles acerca de cualquier cirugía ginecológica reciente o de tratamientos médicos previos por trastornos ginecológicos.

Debe investigarse en relación a los ciclos menstruales de la paciente en cuestión, considerando los datos expuestos con anterioridad en esta Guía y tratando de encontrar hallazgos que expliquen el origen de la hemorragia, descartando las patologías detalladas en el cuadro No. 2.

Examen Físico:

2a

Debe observarse con atención la biotipología de la paciente, pues asociado a la obesidad hay aumento de la conversión de androstendiona a estrógenos, que al final puede por sí solo ocasionar el cuadro característico de la Hemorragia Uterina Disfuncional (HUD). Un examen físico general debe buscar evidencias de enfermedades sistémicas. Deberá palparse la glándula tiroides para detectar su tamaño (agrandamiento) y/o acerca de la presencia de nódulos o masas. Deberá evaluarse con atención el hígado para determinar su tamaño y contorno. Debe inspeccionarse la piel para detectar signos que sugieran enfermedad suprarrenal, que incluyen estrías de la mama o el abdomen, hirsutismo, medir la circunferencia de la cintura (normal < 88 cms), panículo adiposo excesivo en la región cervical posterior y la región del hombro. Así también debe hacerse la evaluación de las mama en busca de signos de patología mamaria.

Deben documentarse los signos vitales en general con especial atención en la presión arterial, temperatura y peso corporal.^{9,10, 11}

Evaluación ginecológica:

Se debe prestar cuidadosa atención los genitales externos (vulva, vagina y el recto) así como otros sitios posibles de hemorragia.

El examen con especulo ayudará a descartar lesiones vaginales y cervicales, además de evidenciar el origen uterino de la hemorragia al observar la salida de sangre a través del cérvix. Se necesita un examen bimanual para valorar el posible aumento en el tamaño y posición, así como la presencia de dolor a la palpación del útero y los anexos.

Deben considerarse otras causas de sangrado uterino irregular que es frecuentemente el primer síntoma asociado con distintos tipos de aborto, embarazo ectópico y mola hidatiforme. La historia clínica cuidadosa, pruebas de embarazo y la evaluación ecográfica son las claves para confirmar o descartar el diagnóstico de estos trastornos asociados también a hemorragia uterina.

Estudios de laboratorio e imágenes: ^{12,13, 14}

Exámenes de laboratorio:

- Hematología, que incluya evaluación de las plaquetas, es esencial para la paciente con hemorragia uterina disfuncional persistente o refractaria.
- Factores y tiempos de la coagulación
- Exámenes metabólicos: glicemia preprandial, insulina en ayuno.
- Nivel sérico cuantitativo de gonadotrofina coriónica para excluir embarazo.
- Nivel de prolactina.
- Andrógenos séricos.
- Nivel de progesterona de fase luteínica media.
- Gonadotrofinas hipofisarias.
- Pruebas de función tiroidea
- Pruebas de función renal.
- Pruebas de función hepática.
- Pruebas de función suprarrenal.
- Pruebas de función hormonal.
(FSH, LH, Estrógenos, Prolactina)

Ultrasonido (USG):

El USG es el estudio de primera elección, para identificar anomalías estructurales u otro tipo de patología que pueda explicar el origen de la HU en pacientes con esta patología.

El USG ginecológico nos permite valorar la línea endometrial estableciendo una conducta en función del grosor de dicha línea. Es conveniente realizarlo en la primera mitad del ciclo menstrual.

2b

El USG, preferentemente si la condición de la paciente lo permite, debe efectuarse vía vaginal en todas las mujeres con sangrado menstrual abundante e irregular. Este estudio puede complementarse con Histerosonograma.

Biopsia endometrial:

La biopsia endometrial se debe de realizar para excluir el cáncer endometrial y/o hiperplasia anormal (excepto en mujeres que no han iniciado vida sexual).

Dentro de sus indicaciones se incluyen:

- Línea endometrial igual o mayor a los 12 mm. medida por ultrasonido.
- Hemorragia uterina persistente principalmente en mayores de 40 años con peso \geq a 90 Kg.
- En mujeres menores de 35 años que no responden al tratamiento médico.

La biopsia está indicada en la mujer premenopáusica con un grosor endometrial mayor de 5 mm. o postmenopausica con un grosor endometrial de \geq 4 mm..

Histeroscopia:

Consiste en la observación interna del útero mediante el uso de equipo óptico llamado histeroscopio, sus indicaciones más frecuentes son aquellas relacionadas a la HU, permite una visualización directa de la cavidad uterina, lo que proporciona un método más eficiente en la toma de biopsia que la biopsia ciega convencional o la dilatación y legrado. Mediante la Histeroscopia se puede identificar lesiones ocupativas del útero y el cáncer endometrial con una sensibilidad de 86.4% y un especificidad del 99.26%, sin embargo no se ha evaluado en términos de costo beneficio y requiere de equipo y entrenamiento especial para su adecuada aplicación.

Además, debe realizarse en aquellas pacientes en las que se sospeche la presencia de pólipos o miomas ¹² y deberá de realizarse cuando los resultados de ultrasonido no son concluyentes o se sospecha de alteración histológica.

Tratamiento:

Tratamiento Farmacológico (Médico):

Terapia hormonal:

1a

La finalidad del tratamiento es evitar episodios agudos de hemorragia, prevenir riesgos como la anemia, y mejorar la calidad de vida de las pacientes, está

indicado cuando no existen anomalías estructurales o histológicas.

Dispositivo Intrauterino con liberación de Levonorgestrel (DIU-L)*:

Es una alternativa efectiva de manejo a largo plazo sobre todo cuando es necesario conservar la fertilidad. Con este método se obtiene una alta satisfacción por parte de las pacientes con un rango de uso de hasta 5 años, con lo cual se conserva la integridad de la anatomía uterina, se regula y controla el problema y se logra una reducción en cuanto a los costos del tratamiento al comparar el costo del dispositivo con los relacionados a la Histerectomía y sus potenciales complicaciones.

El uso de derivados de la progesterona de acción como en los dispositivos intrauterinos con Levonorgestrel permite la reducción de la hemorragia de manera más efectiva en comparación de los anticonceptivos orales.

***Nota:** Actualmente, no se cuenta con este dispositivo en el IGSS, por lo que; hasta el momento en que esté disponible debe proveerse otro método para tratamiento.

Anticonceptivos orales:

En principio ACOG* recomienda el uso de anticonceptivos orales o progestágenos, los cuales inducen los ciclos hemorrágicos

ordenados, disminuyen los riesgos de hiperplasia o cáncer y corrigen la hemorragia menstrual excesiva.

(*American College of Obstetrics and Gynecology) 1

Se prefieren los anticonceptivos que contienen etinilestradiol 35mcg. o menos. Sin embargo, son también efectivas las dosis de Medroxiprogesterona (cod. 316), 10 mgs. diariamente de 10 a 14 días por mes.

En casos de hemorragia aguda, para controlar el cuadro rápidamente previo a someter a estudios a la paciente, la dosis de ataque será Etinilestradiol + Norgestrel (cod. 320) estradiol + Norgestrel (cod. 321) a dosis de una tableta cada 6 horas por 5 días y luego iniciar tratamiento en base a la causa.

Progestágenos:

Los progestágenos son efectivos para alcanzar la reducción de la hemorragia menstrual abundante, clásica de las causas ovulatorias de HUD.

El uso de progestágenos se recomienda en ciclos de 21 días al mes como dosis efectiva.

El uso de progesterona de acción prolongada como en los dispositivos intrauterinos con Levonorgestrel permite la reducción de la hemorragia de manera más efectiva en comparación de los anticonceptivos orales.

Se ha indicado utilizar Progesterona natural micronizada* oral (200-300 mg /día).

***Nota:** Al momento de realización de esta guía este medicamento no se encuentra en la lista básica de medicamentos del IGSS.

1a

Análogos de la GnRh (Hormona Liberadora de Gonadotrofinas):

Un análogo es una sustancia de características similares a otra que puede cumplir con algunas funciones similares, sin ser idéntica a ella. GnRh es la sigla de la Hormona liberadora de Gonadotrofinas. Esta estimula a la hipófisis para que produzca las gonadotrofinas FSH y LH. Las mismas estimulan, en el caso de la mujer, la producción hormonal de estrógenos y progesterona por el ovario. Un análogo de GnRH es un compuesto similar al GnRh nativa. Los análogos GnRH son sustancias que tienen una gran afinidad por el receptor de GnRH de la hipófisis y lo ocupan fácilmente impidiendo la acción de la GnRh natural. Los análogos de GnRh (tanto agonistas como antagonistas) producen la inhibición del eje hipófiso-gonadal con la consiguiente privación de la secreción de LH, FSH y de las hormonas sexuales. Por esta acción, los análogos de GnRh están indicados en todas aquellas alteraciones clínicas en las que se desea una supresión hormonal o en casos de hemorragia que no responde a tratamiento convencional.

El uso de análogos de GnRh puede ser considerado previo al tratamiento quirúrgico, debe considerarse la terapia ADD-BACK.

ADD-BACK: terapia que se instaura en conjunto con los análogos, para evitar sus efectos secundarios (bochornos, osteoporosis, entre otros).

Terapia No hormonal:

Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y pro-coagulantes: ibuprofeno (cod. 944), Naproxeno sódico*, ácido mafenámico*, y medicamentos como: ácido tranexámico**.

Nota: * ** Al momento de realizar esta guía, estos medicamentos no están disponibles en el listado básico de medicamentos del IGSS.

Debido a la HUD abundante existe elevación de las prostaglandinas, las sustancias con capacidad antiinflamatoria como los AINES disminuyen la liberación de las mismas, favoreciendo la disminución de la hemorragia, asimismo, cuando la hemorragia se hace acompañar de dismenorrea se deben de utilizar antiinflamatorios no esteroideos, iniciándose en el primero y tercer día previo a la menstruación y continuarse, al menos por 5 días.

Tratamiento Quirúrgico:

El diagnóstico de pólipos endometriales así como fibromatosis uterina (específicamente submucosa) son las indicaciones más claras de tratamiento quirúrgico, pacientes que deben clasificarse como Hemorragia Uterina Anormal y no ser clasificadas como HUD.

Dentro de las opciones terapéuticas quirúrgicas, se tiene descritas: legrado uterino instrumental, polipectomía, ablación endometrial e histerectomía; de las cuales se describen sus indicaciones a continuación:

Legrado uterino instrumental:

1C

Manipulación o instrumentación del endometrio con el propósito de obtener del interior uterino el tejido endometrial mediante la aplicación de una legra, realizando un curetaje o raspado.

Está indicado en pacientes con mala respuesta al tratamiento médico, se realiza con fines hemostáticos, y para la obtención de material de biopsia si estuviera indicada. No se considera como tratamiento de primera elección para HUD.

Se indica especialmente en casos en los que se sospeche hiperplasia endometrial y se demuestre engrosamiento diagnosticado por USG y/o biopsia o si no se tiene acceso a histeroscopia.

Histeroscopia Quirúrgica:

Implica la resección de los pólipos y/o miomas uterinos submucosos, está indicada particularmente en casos en los que se desea conservar la fertilidad de la paciente.

Ablación del endometrio:

1b

Consiste en la destrucción quirúrgica del endometrio, se considera un procedimiento permanente y no se indica en personas que desean conservar la fertilidad, podrá considerarse cuando la hemorragia uterina influye negativamente en la calidad de vida de las pacientes y una cirugía mayor (histerectomía) no es una opción adecuada.

La ablación puede ser utilizada como alternativa a la histerectomía en pacientes con riesgo quirúrgico-anestésico elevado como cardiópatas, diabéticas y otras. Puede ser un procedimiento de elección en mujeres que poseen útero sin anomalías anatómicas y/o histológicas.

Al momento de la publicación de esta guía, no se cuenta con la tecnología necesaria en el IGSS para realizar este procedimiento, por lo que hasta su existencia deberá considerarse otras alternativas dentro de las descritas.

Histerectomía:

Consiste en la resección quirúrgica del útero, y se considera una alternativa definitiva en los casos de hemorragia uterina excesiva, estará indicada en pacientes que no desean continuar su fertilidad o en aquellas que los tratamientos previos de tipo conservador no han dado buenos resultados y en los casos en los cuales se tiene riesgo de descompensación hemodinámica por hemorragias excesivas e incontrolables tratadas por otro método.

2a

Tratándose de un procedimiento quirúrgico mayor no está exenta de riesgos inherentes, efectos adversos, períodos largos de recuperación y costos más elevados comparados con los de otros procedimientos menores.

La histerectomía podrá efectuarse por vía vaginal, laparoscópica o abdominal con las excepciones específicas de cada caso de acuerdo al criterio de los especialistas en ginecología.

5- ANEXOS

Anexo I:

Estimación semiobjetiva del sangrado menstrual

PUNTOS	OBSERVACIÓN
1	Por cada tampón vaginal ligeramente manchado
5	por cada tampón vaginal moderadamente manchado
10	Por cada tampón completamente manchado
1	Por cada toalla higiénica ligeramente coloreada
5	Por cada toalla higiénica moderadamente manchada
10	Por cada toalla higiénica completamente manchada
1	Por la expulsión de un coágulo pequeño
5	Por la expulsión de un coágulo grande

Fuente: (Tomado de Higham y cols. Modificado IGSS 2013)

Anexo II:

Determinaciones hormonales (unidades convencionales)

Hormona	Unidades	Valores normales
T4	µg/100ml.	4-11
T3	ng/100ml.	75.175
Índice T4 libre	ng/100ml	0.7-2.1
TSH	mU/L	0.2-5
hGH (STH)	Ng/mL	3,3±2.8
LH	mU/mL	Mujeres 4-80(p.ov.)
FSH	mU/mL	Mujeres 3-30(p.ov.)
ACTH	pg/ml	9-52
17-OH progesterona	Ng/mL	1.6-20 (f. lut)
progesterona	Ng/mL	Mujeres 6.5-32 (f.lut)
17 β estradiol	Pr/mL	Mujeres 254±94 (f. lut)
Estrona	pg/	Mujeres 50-200 pg/ml (f. lut.)

Fuente: Referencias internacionales y convencionales.

Anexo III:

Indicaciones por tipo de medicamento en el tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional *

Medicamento	Indicaciones	
DIU-L**	Edad fértil Con planes de anticoncepción Cavidad uterina normal No embarazada Sin signos de infección genital Sin enfermedad pélvica inflamatoria Sin neoplasia cervical uterina Sin antecedentes de enf. Circulatoria severa.	B
AINES	Que no requieran anticoncepción. Anticonceptivos orales contraindicados. Con dismenorrea. Sin enfermedad péptica, y/o hemorragia Gastro-intestinal superior.	C
Acido Tranexámico**	Que no requieran anticoncepción Con contraindicación al uso de anticonceptivos orales. No utilizar en pacientes con antecedentes de tromboembolias	B
Anticonceptivos hormonales orales	Pacientes en edad fértil Que requieran anticoncepción Tabaquismo negativo Bajo riesgo cardiovascular (sin hipertensión, diabetes, obesidad)	
Progestágenos	En casos de anovulación crónica Con contraindicación de anticonceptivos orales. Con riesgos de tromboembolismo	
Análogos de GnRh	Ante la falla de otros medicamentos Como tratamiento previo a procedimientos quirúrgicos (ablación endometrial). No usarse por más de cuatro meses	

Nota: Extender el uso de AINES o Acido tranexámico por tres ciclos, si no se alcanza los efectos deseados deberá cambiarse a otro tratamiento médico. En el caso de Progestágenos orales, el tratamiento por 20 días es mejor para reducir la pérdida sanguínea, en comparación al tratamiento de segunda fase.

* (Tomado de: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del IMSS [base de datos en Internet]. Diagnostico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional. C2010- [Citado 2012 Febrero 21] (modificado IGSS 2013).

**Medicamento no disponible en el IGSS al momento de esta publicación.

Anexo IV:

Medicamentos utilizados en el tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional. ^A

Medicamento	Dosis recomendadas	Período de uso
DIU-L**	Aplicación intrauterina única (20 microgramos día)	12 meses como mínimo
Ácido Tranexámico**	1 gr. Cada 8 a 6 hrs por día	Los primeros 4 días del ciclo menstrual uterino durante tres ciclos.
Ibuprofeno (cod. 944)	600 mgs. dosis única diaria	Iniciar el 1er. día de sangrado hasta la ausencia del mismo. Máximo 3 ciclos.
Meloxicam (cod. 947)	Tableta de 15 mgs. 1 cada 24 horas	Máximo 3 ciclos
Naproxeno**†	240 mgs. cada 6-8 horas	Máximo 3 ciclos.
Estradiol Valerato (cod. 2090)	1 tableta de 1 mgs. C/24 hrs. por 21 días.	Seis meses.
Norestisterona/Etinilestradiol (cod. 320) o Estradiol Valerato+Norgestrel (cod. 321)	1 tableta de 0.03/0.03 mg. O Grageas 2mg y 0.5 mg	De 6 a 12 meses
Acetato de Medroxiprogesterona (cod. 687)†	150 mg. 1 ampolla IM cada 12 semanas.	De 6 a 12 meses
Análogos de GnRh (cod. 714)	3.75 mg. IM mensual	Mensual por 4 meses
Progesterona Micronizada**	10 mgs. PO c día por 21 días y/o 200 mg/día	

¡Estos deben iniciarse entre el 1er. y 5to. día del ciclo menstrual y finalizar al 5to. día de uso consecutivo.

†(Tomado de: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del IMSS [base de datos en Internet]. Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional. C2010- [Citado 2012 Febrero 21] (modificado IGSS 2013).

**No disponible al momento de la publicación en el Seguro Social.

Anexo V:

Alternativas para el tratamiento quirúrgico aplicables en HUD.*

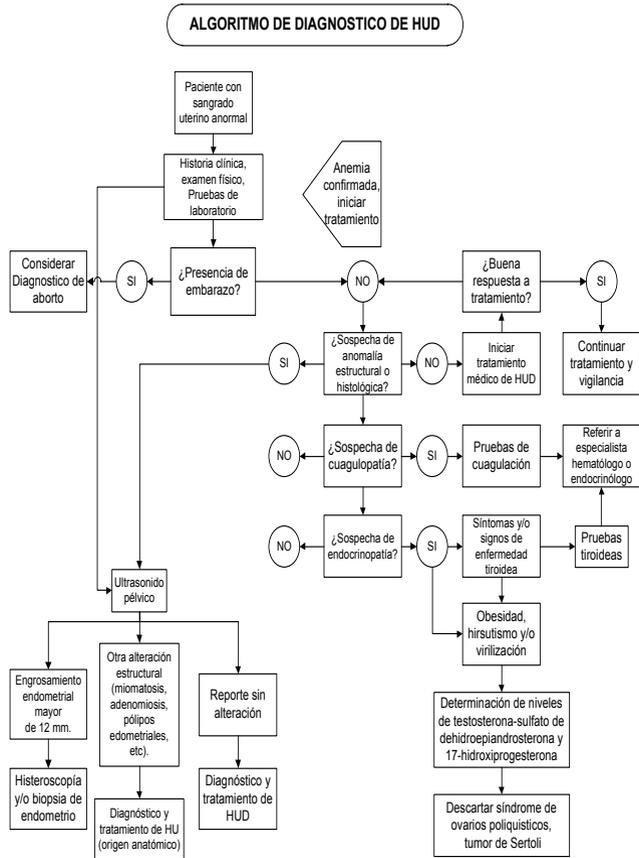
Procedimiento	Indicaciones
Legrado Uterino Instrumental(LIU)	En Mujeres con HUD, que no responden a Tx. medico, con fines hemostáticos y/o toma de biopsia endometrial. No se recomienda como método terapéutico de primera elección.
Ablación Endometrial*	Mujeres con HUD con efectos en calidad de vida, sin deseos de fertilidad, sin otra anomalía uterina. Se aplica después de indicar supresión endometrial (análogos de GnRh o LIU). En pacientes con alto riesgo quirúrgico y/o anestésico.
Histerectomía**	En casos de fallo con Tx. Médico. En casos de fallo de ablación endometrial. Sin deseos de fertilidad. De última elección.

Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional. C2010- [Citado 2012 Febrero 21]) (modificado IGSS 2013).

* No disponible en el IGSS, al momento de esta publicación.

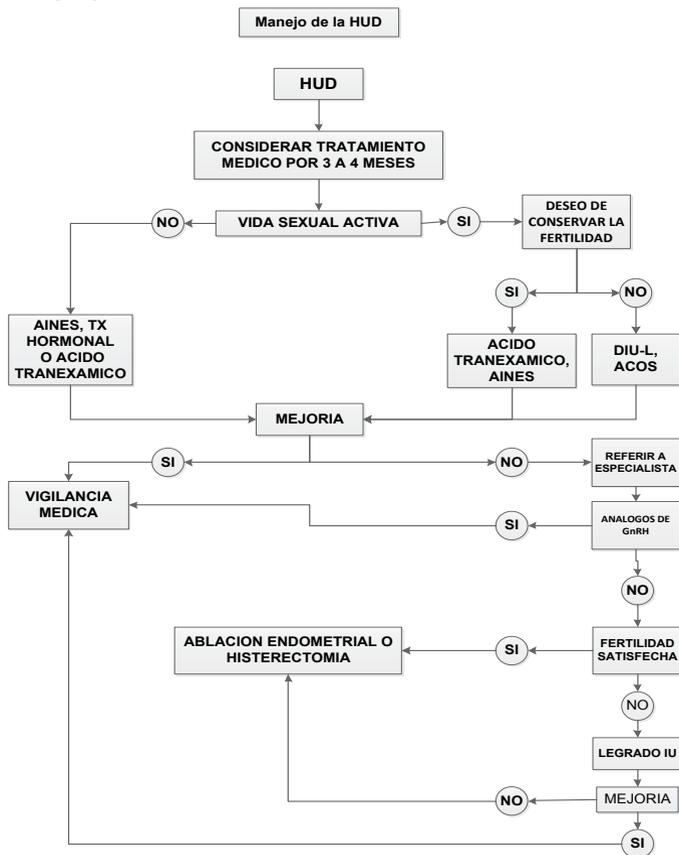
**Procedimiento con mayor tiempo quirúrgico, mayor tiempo de recuperación, y mayor porcentaje de complicaciones.

Anexo VI:



Fuente: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del IMSS (Base de Datos de Internet) Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional. [C2010 Febrero 21] (Modificado IGSS, 2013)

Anexo VII:



Fuente: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del IMSS (Base de Datos de Internet) Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional. [C2010 Febrero 21] (Modificado IGSS, 2013)

Anexo VIII:

Codificación CIE-10 (Diagnósticos)

Código	Descripción	Sinónimo
N 80	Endometriosis	Endometriosis/ Adenomiosis
N 83.0	Quiste folicular de ovario	Quistes ováricos
N 83.2	Otros quistes ováricos y los no especificados	Ovarios Poliquísticos
N 84.0	Pólipo el cuerpo el útero	Pólipos uterinos
N 85.0	Hiperplasia del endometrio	Hiperplasia endometrial
N 92.0	Menstruación excesiva, frecuente e irregular	Hemorragia uterina (General)
N 92.6	Menstruación irregular, no especificadas	Hemorragia uterina disfuncional
N 93.9	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	Hemorragia anormal
D 06	Carcinoma in situ del cuello del útero	Cáncer cervical
D 07	Carcinoma in situ del endometrio	Cáncer endometrial

Codificación CIE-09 (Procedimientos)

Código	Descripción	Sinónimo
67.11	Biopsia Endocervical	Biopsia cervical
68.12	Histeroscopia	Histeroscopia diagnostica/terapéutica
68.16	Biopsia útero cerrada	Biopsia endometrial
68.23	Ablación endometrial	Ablación endometrial
68.30	Histerectomía Supracervical laparoscópica	Histerectomía Supracervical laparoscópica
68.40	Histerectomía abdominal total	Histerectomía abdominal Total
69.09	Otra dilatación y legrado	Legrado uterino instrumental
69.5	Legrado por aspiración útero	Legrado por Aspiración (AMEU)
88.7	Diagnostico por ultrasonido	Ultrasonido pélvico o vaginal
91.41	Examen microscópico genital femenino, Frotis bacteriano	Frote de secreción vaginal
91.43	Examen microscópico genital femenino, cultivo y sensibilidad	Cultivo de secreción vaginal
795.00	Frotis Papanicolau cérvix glandular anormal	Citología exfoliativa (Papanicolaou)

6- GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS:

AINES	Antiinflamatorios No Esteroideos
ACOG	American College of Obstetrics and Gynecology
COMEG	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia.
DIU	Dispositivo Intrauterino
DIU-L	Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel
EPI	Enfermedad Pelviana Inflamatoria
FSH	Hormona Folículo estimulante
GnRh	Hormona liberadora de Gonadotrofinas
HU	Hemorragia Uterina
HUA	Hemorragia Uterina Anormal
HUD	Hemorragia Uterina Disfuncional
Hb.	Hemoglobina
Hct.	Hematocrito
Kg	Kilogramos
LH	Hormona Luteinizante
ml.	mililitros
Spotting	(Inglés) manchado, punteado
USG	Ultrasonido, Ultrasonograma

7- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Gómez F. Julia. Hemorragia Uterina Disfuncional: Diagnóstico y Tratamiento [monografía en Internet]. Granada, España: Hospital Universitario Virgen de Las Nieves; 2008[consultado el 21 de febrero del 2012]. Disponible en: <http://www.sibum.cl/archivos/normas%20vancouver.pdf>
2. Pérez P, Escarda M, Lázaro J, Montoya L. Resección endometrial y sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel en el tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad española de ginecología y obstetricia*, ISSN 0304-5013, Vol. 46, N°. 9, 2003 , págs. 377-381
3. Devoto E, Aravena L. Evolución y pronóstico de los trastornos menstruales en la adolescencia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [serie en Internet]. 2002 Jun [citado el 21 de febrero del 2012]; 67(5): 412-420. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-75262002000500016
4. Devoto C. Enzo, Aravena C. Lucía. Evolución y pronóstico de los trastornos menstruales en la adolescencia. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Revista en la Internet]. 2002 [citado 2012 Feb 21]; 67(5): 412-420. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000500016&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262002000500016

5. Melado V Laura, Novelle G Mónica, Hernández G Alicia, Muñoz M Mar, Ordás ST Juan. Comparación entre el sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel y la ablación endometrial en el tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional. Rev. chil. obstet. ginecol. [Revista en Internet]. 2008 [citado 2012 Feb 21]; 73(4): 263-267. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000400008&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262008000400008.
6. Farrel E. Dysfunctional uterine bleeding [monografía en internet]. Australian Family Physician Vol. 33, No. 11; 2004 [citado el 21 de febrero del 2012] Disponible en: <http://www.racgp.org.au/afp/200411/20041031farrell.pdf>
7. Lugones Botell Miguel, Quintana Riverón Tania. Algunas afecciones y problemas de interés de la ginecología infantojuvenil en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1998 Feb [citado 2012 Feb 21]; 14(1): 81-92. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000100012&lng=es
8. Marín, N; Belar, M; Lure, M; Elorza, A; Rivero, B; Ugalde, F. Resección endometrial en el tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional. Prog Obstet Ginecol [Revista en Internet]. 2002 Mar [Citado 2012 Feb 21]; 45:145-9. - vol.45 núm 04. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/progresos-obstetricia-ginecologia-151/reseccion-endometrial-tratamiento-hemorragia-uterina-disfuncional-13030955-articulos-originales-2002>

9. León-Pino J. García- Mazorra M. Sáez-Cantero V. Rodríguez-Jorge M. Hemorragia uterina disfuncional en la adolescencia. *Medi Sur* [serie en Internet]. 2011 septiembre 10; [citado 2012 febrero 21]; 9(5):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/m>
10. González F, López H, Peña L, Formoso L, Martirena M, Vergara B. Hemorragia uterina disfuncional: su comportamiento en la provincia de Villa Clara. *Rev. mex. pueric. ped* [serie en Internet]. Julio 2002;[citado 2012 febrero 21]; 7(42):190-195, [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=302884&indexSearch=IDedisur/article/view/1765>
11. Ibarra CV, Lira PJ. Guías de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional. *Medigraphic Literatura Biomédica* [serie en Internet]. Julio 2009; [citado 2012 febrero 21]; Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=27088>
12. Cortiñas P, Centeno I, Santimone M. Sangrado uterino disfuncional: revisión bibliográfica / Dysfunctional uterine bleeding: bibliographic review. *Rev. obstet. ginecol. Venezuela*; 57(2):115-24, jul. 1997.

13. Cremonte M. A, Hemorragias en Ginecología y Obstetricia [Monografía en Internet]. Universidad Nacional del Nordeste Facultad de Medicina Programa de Formación Continua en Medicina General; Colombia 2009 [Citado 2012 Febrero 12]. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/posgrado/cursomedgral/clases/251106ec.pdf>
14. Montejo R, González J, Muruzábal T, Martínez J. Protocolo diagnóstico de la metrorragia [Monografía en Internet]. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona; España 2010 [Citado 2012 Febrero 12]. Disponible en: <http://www.trainmed.com/trainmed2/contentFiles/4805/es/62v08n81a13034739pdf001.pdf>
15. Jiménez A, Zornoza, O. Sangrado de origen ginecológico. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. An. Sist. Sanit. Navar. [Revista en Internet] 2009 Mar [Citado 2012 Febrero 12], Vol. 32, Suplemento 1. Disponible en: <http://granat.boumort.cesca.es/index.php/ASSN/article/view/6253/5040>
16. Hidalgo V, Güemes H. Trastornos menstruales durante la adolescencia [Monografía en Internet]. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; España Abril 2009 [Citado 2012 Febrero 12]. Disponible en: http://www.sepeap.org/secciones/documentos/pdf/all_3_abril_2009.pdf

17. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del IMSS [base de datos en Internet]. Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional. C2010-[Citado 2012 Febrero 21]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/322_IMSS_10_Hemorragia_uterina_disfuncional/GR_R_IMSS_322_10.pdf
18. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women, Mary Gayle Sweet, MD, Tarin A. Schmidt-Dalton, MD, Patricia M. Weis, MD. Virginia Tech Carilion School of Medicine and Research Institute, Roanoke, Virginia. Downloaded from the American Family Physician Web site: www.aafp.org/afp.
19. Guidelines for the management of abnormal Uterine bleeding. George A. Vilos MD, FRCSC, London, ON, Guylaine Lefebvre, MD, FRCSC, Toronto, ON, Gillian R. Graves, MD, FRCSC, Halifax, NS, SOGC Clinical Practice Guidelines, No. 106, August, 2001.
20. Diagnóstico y tratamiento de hemorragia uterine disfuncional.
<http://www.comego.org.mx/index.php/diagnóstico-y-tratamiento-de-la-hemorragia-uterina>.
21. Management of abnormal uterine bleeding, James Chuong, MD, MPH, Paul Brenner, MD, Camden, New Jersey, Los Angeles, California



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Diagramación e Impresión
Serviprensa, S.A.
300 ejemplares
Guatemala, 2013

