

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Se incluyen las recomendaciones de la Revisión de Conjunto “Actualización del Sangrado Menstrual Abundante”: GAP SEGO 2020.

INDICE

1. Definición, parámetros normales y terminología.
2. Clasificación del sangrado uterino anormal.
3. Clasificación PALMA-ÍNDICE (PALM-COEIN) del SUA.
4. Manejo del SUA.
5. Tratamiento de SUA.
6. Manejo del SUA basado en la clasificación PALM-COEIN.
7. Indicadores de evaluación
8. Bibliografía
9. Anexos 1 y 2.

1. DEFINICIÓN E INDICACIONES

El sangrado uterino anormal (SUA) es una afección común de las mujeres que se encuentran en edad reproductiva. Refleja cualquier variación sintomática de la menstruación normal (en términos de frecuencia, regularidad, duración o volumen), además de incluir el sangrado intermenstrual durante al menos 6 meses.

- **Parámetros normales del ciclo menstrual.** Antes de comenzar a hablar de patología, es preciso conocer los parámetros que se incluyen dentro de la normalidad del ciclo menstrual

Parámetro	Límites normales
Frecuencia	24-38 días
Regularidad (duración del ciclo)*	≤ 7-9 días
Duración (días de sangrado)	≤ 8 días
Volumen (pérdida de sangre mensual)	Subjetivo. Cantidad de sangre que no interfiere con la calidad de vida física, social y/o emocional de la paciente.

*La duración de un ciclo abarca desde el primer día de un ciclo hasta el primer día de un nuevo ciclo. El término de ciclos regulares delimita un máximo de 7-9 días de diferencia entre los ciclos más cortos y los más largos.

- **Terminología empleada en el SUA:**

- Frecuencia
 - Ausente: amenorrea primaria o secundaria.
 - Infrecuente: >38 días.
 - Frecuente: < 24 días.
- Regularidad
 - Irregular: > o igual 10 días de variación entre el ciclo más corto y el más largo.
- Duración:
 - Prolongado: >8 días.
- Volumen: definido de forma subjetiva
 - Abundante.
 - Ligero.

Los términos menorragia, metrorragia, sangrado uterino disfuncional, hipomenorrea/hipermenorrea, polimenorrea/polimenorragia, menorragia y oligomenorrea quedan en desuso.

2. CLASIFICACIÓN DEL SUA

2.1 SUA agudo

Un episodio de hemorragia uterina en una mujer en edad reproductiva, que no está embarazada, que sea en cantidad suficiente para requerir intervención para prevenir una mayor pérdida de sangre.

2.2 SUA crónico

Sangrado proveniente de cavidad uterina que es anormal en frecuencia, regularidad, duración y/o volumen y que ha estado presente durante al menos la mayor parte de los últimos 6 meses.

2.3 Sangrado intermenstrual (SIM)

Se denomina SIM a aquel que se produce entre menstruaciones cíclicas bien definidas. Este síntoma puede ser prácticamente imposible de discernir si la mujer tiene menstruaciones irregulares y o muy frecuentes. Se puede dividir en:

- SIM cíclico en fase media del ciclo: pequeña cantidad de sangrado fisiológico que ocurre de forma cíclica y cercano a la mitad del ciclo como que se corresponde con la ovulación debido al nadir en los niveles de estrógenos.
- SIM cíclico premenstrual o postmenstrual: pequeña cantidad de sangrado que ocurre en fase tardía (fase lútea) o precoz del ciclo (fase folicular).
- SIM acíclico: cuando el SIM no es predecible ni se repite cíclicamente.

2.4 Sangrado menstrual abundante (SMA)

Se define como una pérdida de sangre menstrual excesiva que interfiere con el estado físico y con la calidad de vida social y/o emocional de la paciente.

3. CLASIFICACIÓN PALMA-ÍNDICE (PALM-COEIN) DEL SUA

La clasificación PALM-COEIN de la FIGO facilita la comprensión de la posible etiología del SUA. Para una comprensión más asequible y adecuada al español, se usan las siglas PALMA-INDICE.

- PALMA: formado por un grupo de causas estructurales que originan el SUA y cuyo diagnóstico radica en técnicas de imagen o histopatología.
- P: pólipos (endometriales o cervicales)
- A: adenomiosis
- L: leiomioma
- MA: malignidad e hiperplasia
- INDICE: grupo de causas no estructurales.
- IN: inespecífica
- D: disfunción ovulatoria
- I: iatrogénica
- C: coagulopatía
- E: endometrial

4. MANEJO DEL SUA

En estas pacientes es importante realizar una anamnesis completa y dirigida. Es importante tener en cuenta factores como la edad, la obesidad, la multiparidad o el bajo nivel socioeconómico pueden predisponer al SMA. La anamnesis debe enfocarse en aspectos como la cantidad, duración, características y cronología del sangrado, así como en la presencia de otros síntomas y el impacto en la calidad de vida de la paciente. Es fundamental indagar sobre sus deseos reproductivos tanto a corto como a largo plazo. Además, es importante preguntar por síntomas asociados, como la dismenorrea, que podría indicar una adenomiosis, o por la tendencia a presentar sangrados en otras áreas o aparición de hematomas, lo que podría hacer sospechar de una coagulopatía.

Para estimar la cantidad de sangrado, es suficiente basarse en la información subjetiva que la paciente proporcione al médico para comenzar el estudio del problema

4.1. Exploración clínica:

Se debe realizar una inspección general que incluya la evaluación del color de la piel y mucosas, palpación abdominal, y un examen ginecológico con visualización del cérvix y la vagina mediante espéculo. Además, es necesario llevar a cabo una exploración pélvica con tacto bimanual. Es fundamental descartar que el sangrado tenga su origen en la vagina, el cérvix, la uretra, la vejiga o el recto.

4.2. Pruebas diagnósticas empleadas en el SUA

- **Pruebas analíticas:**

- Test de embarazo (orina) si no se puede descartar gestación.
- Analítica general con el objetivo principal de descartar anemia o ferropenia.
- Perfil tiroideo en pacientes con sospecha clínica de alteración de este.
- Estudio de la coagulación en mujeres que tienen SMA desde el inicio de su menstruación o en aquellas con antecedentes personales o familiares que sugieran un trastorno de la coagulación (Anexo 2).
- Perfil hormonal en aquellas en las que se sospeche disfunción del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal.

- **Técnicas de imagen:**

- Ecografía transvaginal (ETV): es el método de elección para descartar patología estructural, pudiéndose realizar, además, histerosalpingografía si no existe contraindicación alguna. Si la ETV no es posible se puede realizar ecografía abdominal, transrectal o resonancia magnética nuclear (RMN).
- Histeroscopia: se debe realizar ante la presencia o sospecha de miomas submucosos y pólipos, así como para el estudio diagnóstico en la sospecha de patología endometrial.

- **Análisis histológico:**

- Citología en aquellas que se sospeche patología cervical clínicamente o cada 3-5 años si no existe sospecha clínica en las que se aplica el programa de detección precoz del cáncer de cérvix.
- Biopsia endometrial para descartar hiperplasia o cáncer de endometrio en las pacientes en las que haya sospecha de patología endometrial, y especialmente aquellas que tienen más de 45 años y factores de riesgo para el desarrollo del cáncer.

5. TRATAMIENTO DEL SUA

Se puede realizar tratamiento conservador (expectación momentánea), tratamiento médico o quirúrgico (terapias de escisión y de no escisión). La elección del tipo de tratamiento varía según la edad del paciente, la paridad, la causa del sangrado y las morbilidades coexistentes, el deseo de preservar la fertilidad, el impacto sobre la calidad de vida y la preferencia de la paciente.

5.1. Medidas no farmacológicas

Una vez descartada la causa patológica del SUA y tras proporcionar una explicación cuidadosa a la paciente se podría optar por la recomendación de realizar ejercicio físico, reducir o mantener el IMC según precise e incitar al control del ciclo menstrual mediante el empleo del calendario menstrual.

5.2. Medidas farmacológicas:

- Ácido tranexámico: el tratamiento antifibrinolítico es de los mejores fármacos empleados para reducir la cantidad de sangrado menstrual (solo superado por el DIU-LNG), reduciéndolo

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Sangrado uterino anormal

en un 40-50%. Es el tratamiento de elección en mujeres que deseen embarazo inmediato o aquellas en las que el tratamiento hormonal no es apropiado.

- AINES. Reduce la pérdida sanguínea menstrual, pero muchas pacientes continúan con SMA, por ello está principalmente indicado en mujeres que además de SUA/SMA tienen dismenorrea.
- DIU-LNG: más eficaz en la reducción de la pérdida sanguínea menstrual que los tratamientos orales y con mayor calidad de vida.
- Gestágenos orales: pueden ser empleados en pauta, lo cual se asocia a una pérdida de sangre irregular e impredecible, por lo que no se recomienda como tratamiento primario del SUA, a menos que otros tratamientos hayan fallado o estén contraindicados (únicamente aquellas que contengan desogestrel pueden tener beneficio), o bien, en pauta cíclica, como el acetato de medroxiprogesterona o la noretisterona administrados durante 21 días (del día 5 al 26 del ciclo), si bien, no ofrecen ninguna ventaja sobre otras terapias médicas.
- Anticonceptivos hormonales combinados (ACOH): además de reducir la pérdida sanguínea menstrual (hasta un 50%), también controla el ciclo. No existen datos suficientes para compararlos con otras terapias. Permite además la unión de varios ciclos, de tal forma que se puede lograr que la paciente tenga 3 o 4 pérdidas menstruales al año.
- Gestágenos inyectables depot: el acetato de medroxiprogesterona depot puede inducir a amenorrea hasta en un 50% de los casos. Su uso prolongado puede desencadenar una reducción transitoria y reversible de la densidad mineral ósea.
- Agonistas de la GnRH: tiene una alta eficacia, con un 90% de pacientes en amenorrea. Sin embargo, se asocian a efectos secundarios menopáusicos muy importantes. Esto se puede disminuir mediante el empleo de terapia hormonal sustitutiva, a partir del 6º mes generalmente.
- Tratamientos específicos: por ejemplo, el del SUA cuya alteración radica en trastornos de la coagulación.

5.3. Tratamiento no escisional:

- La ablación endometrial (NovaSure®) y la resección endometrial transcervical representan métodos no escisionales para el tratamiento del SUA/SMA y ofrecen una alternativa a la histerectomía en mujeres que no desean preservar la fertilidad.
- El tratamiento no escisional de los miomas incluye la ablación por radiofrecuencia y la embolización de las arterias uterinas principalmente.

5.4. Tratamiento quirúrgico:

No es prioritario de este protocolo proporcionar los tratamientos quirúrgicos adecuados para cada causa individual de SUA, pero a pesar de ello, se expone un breve resumen:

- Pólipo: torsión (cervicales) o resección histeroscópica.
- Adeniosis: adenomiectomía o histerectomía.
- Mioma: miomectomía o histerectomía (valorando el empleo de agonistas de la GnRH previo a la cirugía).
- Malignidad: cirugía radical +/- RT +/- QT o cirugía paliativa.

5.5. Tratamiento del SMA agudo:

Ácido tranexámico 10mg/Kg iv (dosis máximas de 1g) o 1,5g/8h vía oral durante 5 días.

- Anticonceptivas orales que contengan preferentemente 35 microgramos de etinilestradiol cada 8 horas durante 7 días (Edelsin®, Diane35®, Gyneplén®). A partir de este momento, una al día. También pueden ser empleados los ACOH que contienen 30 µg de etinilestradiol.

- Medroxiprogesterona 20mg o noetindrona 20 mg cada 8 horas durante 7 días.

6. MANEJO DEL SUA BASADO EN LA CLASIFICACIÓN PALM-COEIN

- **Pólipo**

Constituyen sobre crecimientos hiperplásicos localizados de glándulas endometriales y estroma alrededor de un núcleo vascular. La mayoría son benignos, aunque se estima que un 1,7% de los pólipos en mujeres premenopáusicas son malignos. Las principales armas diagnósticas son la ETV, la histerosonografía y la histeroscopia (permitiendo esta última además su tratamiento). Debe ser tratados los pólipos sintomáticos y los asintomáticos de más de 15 mm.

- **Adenomiosis**

La presencia de glándulas y estroma endometrial en el miometrio supone un complejo diagnóstico precisando en algunas ocasiones una RMN complementaria a la ETV. Estas mujeres además de presentar SUA, también sufren frecuentemente dismenorrea o dispareunia por lo que el tratamiento debe solventar todos ellos.

El DIU-LNG Se postula como el tratamiento médico de primera elección. Una alternativa invasiva previa a la histerectomía es la embolización de las arterias uterinas.

- **Leiomiomas**

Dismenorrea, SUA, infertilidad y alteraciones urinarias y gastrointestinales forman parte del espectro sintomatológico de los miomas. En función de la sintomatología, se podrá aplicar un tratamiento u otro (ver protocolo específico).

- **Malignidad**

El cáncer de vagina, cérvix y útero producen SUA. Por lo tanto, es importante realizar un examen detallado, que incluya una citología cervical cuando esté indicada. Se debe realizar toma de muestra endometrial en aquellas mujeres que tienen SUA y sospecha de patología endometrial, especialmente si son mayores de 45 años o si tienen factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de endometrio (obesidad, nuliparidad...), con el objetivo de descartar cáncer o hiperplasia endometrial.

- **Inespecífico**

Este grupo de entidades que causan SUA está mal definido y, en general, es poco común. Incluyen entidades como la malformación arteriovenosa, hipertrofia miometrial y el istmocele.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Sangrado uterino anormal

- **Disfunción ovulatoria**

La disfunción ovulatoria provoca SUA asociado en muchas ocasiones a amenorrea. El estudio debe dirigirse a la identificación de causas tratables, como las alteraciones de la función tiroidea, la prolactina o la FSH/LH.

- **Iatrogénica**

La causa más frecuente en este grupo es el tratamiento hormonal anticonceptivo, aunque existen otros fármacos que producen SUA, como los antidepresivos o los anticoagulantes.

- **Coagulopatía**

El estudio debe comenzar con una anamnesis para evaluar los síntomas y factores de riesgo de una coagulopatía, seguido de la realización de pruebas de confirmación. Las coagulopatías hereditarias pueden tratarse con la administración del factor deficitario, acetato de desmopresina y con terapia hormonal. Las coagulopatías adquiridas pueden tratarse mediante terapia hormonal únicamente.

- **Endometrial**

Los trastornos endometriales se deben a una disfunción primaria de la hemostasia endometrial local. Estas mujeres tienen menstruaciones cíclicas, pero presentan SMA. Por lo tanto, se debe tratar el SMA. Presentándose éste de forma puntual o crónica. Sin embargo, también se ha descrito la inflamación endometrial como agente causal de SUA.

7. INDICADORES DE EVALUACION

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Porcentaje de pacientes con SUA diagnosticadas correctamente en la primera consulta	Número de pacientes con SUA correctamente diagnosticadas en la primera consulta / Total de pacientes con SUA atendidas) x 100	Historia clínica	>80%
Porcentaje de pacientes con SUA que reportan mejora en su calidad de vida tras el tratamiento	Número de pacientes que reportan mejora /total de pacientes evaluadas x100	Historia clínica	>80%

8. BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Parra J, Álvarez López C, Martínez Morales S. Actualización del sangrado menstrual abundante. Prog Obstet Ginecol 2020;63:68-80.
- Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin nº. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. Obstet Gynecol. 2012; 120 :197-206.
- Chodankar R, Critchley H. Abnormal uterine bleeding (including PALM COEIN classification). Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine. 2019; 29: 98-104.
- Munro M, Critchley H, Fraser I, Committee FMD. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet. 2018; 143: 393-408.
- Marnach M, Laughlin-Tommaso S. Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding. Mayo Clin Proc. 2019; 94: 326-335.
- Dreisler E, Frandsen CS, Ulrich L. Perimenopausal abnormal uterine bleeding. Maturitas. 2024; 184: 107944.
- Hill S, Shetty MK. Abnormal Uterine Bleeding in Reproductive Age Women: Role of Imaging in the Diagnosis and Management. Semin Ultrasound CT MR. 2023; 44: 511-8.

9. ANEXOS 1 Y 2

ANEXO 1: HISTORIA CLÍNICA EN EL SUA.

- Historia personal:
 - Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas...
 - Enfermedades sistémicas.
 - Tratamiento habitual.
 - Profesión.
 - Ganancia o pérdida de peso reciente.
 - Screening coagulopático.
- Historia familiar:
 - Tromboembolismos venosos.
 - Cáncer.
 - Trastornos hemostáticos y de la coagulación.
- Historia menstrual:
 - Calendario menstrual (frecuencia, duración volumen y regularidad)
 - Duración de los síntomas del SUA/SMA.
 - Impacto en la calidad de vida
 - SIM
 - Sangrado postcoital
 - Edad de la menarquia
- Síntomas asociados:
 - Dismenorrea.
 - Dolor pélvico crónico.
 - Flujo vaginal anormal.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Sangrado uterino anormal

- Síntomas de presión sobre estructuras pélvicas (frecuencia urinaria, estreñimiento).
- Historia sexual y reproductiva:
 - Paridad y tipo de parto.
 - Necesidad de preservación de la fertilidad.
 - Mecosidad de método anticonceptivo
 - ITS
 - Realización de cribado de cáncer de cérvix.

ANEXO 2: SCREENING DE COAGULOPATÍAS.

Se considera positivo el screening si:

- SMA desde la menarquía o
- Antecedente personal de uno de los siguientes: hemorragia postparto, hemorragia en relación con proceso quirúrgico o dental o
- Antecedente de dos o más de los siguientes: hematomas de >5cm una o dos veces al mes, epistaxis una o dos veces al mes, sangrado frecuente de encías o antecedentes familiares de síntomas hemorrágicos.

Autores	Dra Naveiro /Dra Ceballos		
Fecha elaboración	9/10/24	Vigencia	09/10/27