

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA**



Trabajo terminal

Que para obtener el diploma en la especialidad de:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

C. Guadalupe Michelle Hernández Figueroa

ASESOR DE TRABAJO TERMINAL:

Dra. Yolanda Elizabeth Benítez Benítez

Sangrado uterino anormal, estudio clínico epidemiológico en mujeres premenopáusicas atendidas en el Hospital Materno Infantil de Mexicali.

Mexicali, B.C., Marzo de 2021

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACION ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B.C. n. 03 de Mayo de 2021

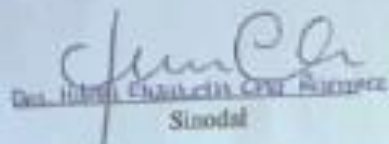
Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito
Denominado: Screening ultrasonido prenatal, estudio clínico
epidemiológico en mujeres premenopáusicas atendidas en el
Hospital Materno Infantil de Mexicali.

Que para obtener el Diploma de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia, presentar

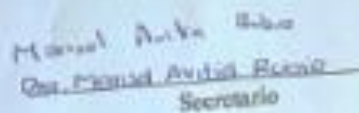
Guadalupe Mirelle Hernandez Figueroa

Realizada la evaluación resolvimos: aprobarla por unanimidad


Dr. Yanina Elizabeth Bonder Bonder
Presidente


Dra. Judith Guadalupe Ortiz Ramirez
Sinodal


Dra. Brenda Soto Espinoza Pardo
Sinodal


Manuel Ariza
Que Manuel Ariza Escribo
Secretario

TÍTULO.

Sangrado uterino anormal, estudio clínico epidemiológico en mujeres premenopáusicas atendidas en el Hospital Materno Infantil de Mexicali.

INVESTIGADORES.**Investigador responsable.**

Dra. Yolanda Elizabeth Benítez Benítez

Médico Adscrito de especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil de Mexicali y Profesora titular del curso de especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Correo electrónico: yolandabenitez26@hotmail.com

Tesista.

Dra. Guadalupe Michelle Hernández Figueroa, residente de Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil de Mexicali. Michelle.hzf@gmail.com

SEDE:

Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil de Mexicali, Baja California.

Domicilio: Av. de la Claridad S/N, Colonia Plutarco Elías Calles, C.P. 21376.

Tel: (686) 564-16-40 ext. 1634

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	5
Introducción	6
Marco Teórico	8
Antecedentes	12
Planteamiento del problema	14
Justificación	15
Objetivos	17
Material y métodos	18
• Diseño del estudio	18
• Lugar y fecha de realización	18
• Tamaño de la muestra	18
• Criterios de selección	18
• Definición de las variables y Operacionalización	18
• Procedimiento	19
• Análisis estadístico	20
• Aspectos éticos	20
Resultados	21
Discusión	31
Conclusiones	33
Referencias bibliográficas	34

RESUMEN

Título: Sangrado uterino anormal, estudio clínico epidemiológico en mujeres premenopáusicas atendidas en el Hospital Materno Infantil de Mexicali.

Introducción: Generalmente los ciclos menstruales normales son de 21 a 35 días, y típicamente el flujo menstrual normal dura 5 días. Se han utilizado términos descriptivos para caracterizar el patrón del sangrado uterino anormal, los cuales incluyen menorragia definido como pérdida de sangre mayor a 80 ml, que en la práctica la pérdida de sangre excesiva debe ser basada en la percepción de la paciente. Otra definición usada es metrorragia definida como perdida sanguínea entre periodos. Polimenorrea es definida como hemorragia que ocurre con mayor frecuencia que cada 21 días, y oligomenorrea definida como aquella que ocurre con menor frecuencia que cada 35 días. En el 2011 se introdujo el acrónimo PALM-COEIN para clasificar el sangrado uterino anormal según el patrón y su etiología por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. **Objetivo:** Determinar las características clínico epidemiológicas de las pacientes premenopáusicas con sangrado uterino anormal que acudieron al Hospital Materno Infantil, en el año 2019.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal que se atendieron en el servicio de ginecología en el Hospital Materno Infantil de Mexicali en el año 2019. Las variables estudiadas fueron: edad, uso de métodos anticonceptivos, gestas, menarca, ritmo, comorbilidades, tratamiento médico o quirúrgico otorgado, complicaciones, diagnóstico final. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y porcentajes con el programa estadístico SPSSv21.

Resultados: Se revisaron 112 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal en el Hospital Materno Infantil de Mexicali, Baja California en el año 2019, con el propósito de identificar los datos clínico-epidemiológicos en las pacientes con trastorno de sangrado uterino anormal, posterior a revisar criterios de exclusión y eliminación se incluyeron en la investigación un total de 74 expedientes. El promedio de edad fue de 40 años, casi el 90% con antecedente de ser multigesta, el 58% con salpingoclasia como método anticonceptivo, casi el 80% cursó con algún grado de obesidad (el 35% con

obesidad morbida). Como complicación principal el 49% cursó con anemia leve y el 39% con anemia severa. Entre los tratamientos ofrecidos el médico se otorgó al 66% de las pacientes predominando el DIU medicado en el 32% y se realizó histerectomía en el 44% de las pacientes. Tan solo el 14% de las tratadas con tratamiento médico requirió histerectomía por persistencia de sangrado (10.2% para DIU medicado, 2% para etamsilato y con el 2% para hormonal inyectable).

Conclusiones: Las pacientes de nuestra unidad tienen características clínico epidemiológicas similares a las reportadas en la literatura. Contamos con amplia oferta de tratamiento médico conservador el cual es menor en costos económicos así como disminuye la necesidad de transfusión sanguínea por su adecuada respuesta, ya que tan solo el 14% de las pacientes requirió tratamiento invasivo para la solución definitiva del problema, y aunque no se observó asociación estadísticamente significativa entre la población que recibió tratamiento médico previo a histerectomía con el diagnóstico, es de reconocer que los resultados histopatológicos contemplan etiología estructural como adenomiosis y leiomiomatosis.

Palabras clave: Tratamiento, Sangrado Uterino Anormal

INTRODUCCIÓN

Definición

La terminología de sangrado uterino anormal ha sido un tema de discusión internacional, con definiciones inconsistentes y carentes que ayuden a unificar el término empleado por los médicos. Son cuatro síntomas base lo cuales un grupo de expertos internacionales han sugerido que sería de mayor beneficio para el empleo de descripciones más simples de sangrado menstrual, como: regularidad (regular, irregular o ausente), frecuencia (frecuente, normal o infrecuente) duración del flujo (prolongado, normal, o acortado) y el volumen menstrual del flujo (abundantes, normal o ligero). Algunos términos se definen de la siguiente manera, sangrado uterino disfuncional: sangrado uterino anormal en la ausencia de enfermedad sistémica o anatómica, menometrorragia: excesiva o prolongada menstruación en intervalos irregulares, menorragia: excesiva o prolongada menstruación en intervalos regulares mayor a 80 ml o que perdura más de 7 días (hipermenorrea), metrorragia: sangrado en intervalos irregulares, oligomenorrea: menstruación infrecuente, ciclos menstruales mayor a 35 días, polimenorrea: menstruación frecuente, ciclos que duran menos de 21 días. Los médicos siempre deben considerar el embarazo primero en mujeres en edad reproductiva. Los sangrados anovulatorios son más comunes en adolescentes, perimenopáusicas y en obesas, también se debe sospechar de infección como etiología de base.¹

El sangrado uterino anormal afecta al 30% de las mujeres durante su edad reproductiva. Es de gran impacto en la calidad de vida asociado a menor productividad y mayores costos de salud.²

Las patologías intracavitarias como pólipos endometriales y miomas submucosos, la hiperplasia endometrial en menor frecuencia y el cáncer endometrial, son las causas más frecuentes de hemorragia uterina anormal. En México, aproximadamente 10 millones de mujeres se ven afectadas por hemorragia uterina, y alrededor de 6 millones buscan atención médica. Dichas mujeres enfrentan un

problema médico que limita sus responsabilidades familiares y laborales, ya que pueden padecer anemia, dolor pélvico e incapacidad.³

El sangrado uterino anormal es una condición frecuente en la mujer, se considera la segunda causa de consulta ginecológica, y dependiendo de su origen puede ser anatómico o disfuncional. El diagnóstico inicial de sangrado uterino anormal se realiza mediante la historia clínica, destacando en el interrogatorio, la frecuencia, cantidad, duración y regularidad del sangrado, es decir, sus características; complementando con antecedentes heredofamiliares, farmacológicos, personales patológicos, uso de anticonceptivos. Además de añadir la exploración física y ginecológica en búsqueda de la posible causa para finalizar con estudios auxiliares y obtener un diagnóstico final.⁴

La histerectomía es considerada como tratamiento definitivo, otras opciones menos invasivas han incrementado su disponibilidad, como son el uso del DIU levonorgestrel y la ablación endometrial.⁵

MARCO TEÓRICO

Generalidades

El sangrado en cualquiera de las siguientes situaciones se considera anormal: sangrado intermensual o sangrado poscoital, sangrado abundante, necesidad de varios apósitos durante el día o mayor a 8 días, ciclo menstrual mayor a 38 días o menor a 21 días, sangrado postmenopausia.⁶

Etiología

Se agrupa en relación con el embarazo, uterinas orgánicas o estructurales, neoplásicas, hematológicas y endocrinas. La hemorragia uterina disfuncional, es la hemorragia anormal en la que se han descartado lesiones locales (orgánicas uterinas) y sistémicas.³

Epidemiología.

En Estados Unidos, se ha valorado un costo alto en el tratamiento que se otorga a mujeres con hemorragia uterina anormal, de alrededor de mil millones de dólares anuales.⁷ Además, se estiman pérdidas indirectas como ausencia laboral, incapacidades entre 12 a 36 billones de dólares anuales, así como el ausentismo estudiantil.⁸

Clasificación

Un sistema universalmente aceptado de nomenclatura y clasificación ha sido necesario para la evolución de la investigación basada en la evidencia para la aplicación de resultados en la práctica clínica. En el 2011, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia introdujo un sistema de nomenclatura para estandarizar y describir las anomalías del sangrado uterino. Son nueve categorías principales, los cuales están acomodados de acuerdo al acrónimo PALM-COEIN, pólipo, adenomiosis, leiomioma, malignidad e hiperplasia; siendo estos el primer grupo que compone entidades estructurales, usualmente identificados por métodos de imagen o histopatológicos que corresponden al sangrado uterino anormal anatómico. El segundo grupo compuesto por entidades

que no se detectan por imagen o estudio histopatológicos, como: coagulopatía, disfunción ovulatoria; endometrial, iatrogénico, y aun no clasificado, comúnmente definidos por estudios de laboratorio, o por exclusión y que corresponden al sangrado uterino anormal de origen no anatómico.⁶

Diagnóstico

El diagnóstico y el manejo de sangrado uterino anormal debe ser con una historia clínica completa y el examen físico. La historia menstrual debe establecer frecuencia y duración por cada ciclo menstrual, así como una línea del tiempo que indique el inicio de menstruaciones abundantes. Menstruaciones con flujo abundante que inician en relación a la menarca se puede sospechar de desórdenes de la coagulación, mientras que en sangrados abundantes que se presentan ms recientes hacen sospechar de otras etiologías. Algunas preguntas específicas pueden ayudar al médico a estimar la pérdida sanguínea, como qué tan seguido se empapan los apósitos usados, si la paciente tiene sangrados tan abundantes que mojen su ropa, y si ha requerido atención en sala de urgencias médicas por anemia aguda secundario a sangrado menstrual. Al mismo tiempo se debe interrogar sobre el deseo de fertilidad, esto para apoyar la decisión sobre el tratamiento a recomendar posteriormente.⁹

Hasta el 20% de las mujeres con sangrado abundante pueden cursar con coagulopatías, mientras que el 13% tienen una variante de la enfermedad de Von Willebrand.¹⁰

Se debe realizar el examen físico, posterior a los signos vitales se debe completar con un examen pélvico para evaluar la fuente de sangrado. Se debe iniciar con un examen genital externo, realizar especulosocopia y así valorar la cantidad de sangrado, pero además observar el tracto genital bajo, examinando epitelio vaginal, el cérvix, posteriormente realizar un examen bimanual para evaluar tumores sugestivos de causas estructurales.⁹

Los estudios de laboratorio como auxiliares diagnósticos pueden ser solicitados, de inicio se recomienda realizar biometría hemática y prueba inmunológica de embarazo, tiempos de coagulación, y en caso de sospecha enfermedad de Von Willebrand solicitar factor antígeno específico, prueba de factor VIII, otros estudios de laboratorio pueden incluirse prueba de función tiroidea (TSH), función hepática, hierro en suero y niveles de ferritina; además considerar pruebas para infección de transmisión sexual ya que las infecciones pueden causar sangrado.⁹

Cualquier mujer mayor a 45 años, debe tener una muestra de endometrio como prueba de primera línea; mujeres menores de 45 años con historia de exposición a estrógenos sin oposición, persistencia de sangrado, o falla al tratamiento médico también requieren muestra de endometrio.¹⁰

Tratamiento

Varios son los factores de los cuales depende el tratamiento a ofrecer estos incluyen, comorbilidades, deseo de embarazo y preferencias generales. En general se otorga tratamiento médico o quirúrgico. El tratamiento médico tiene dos subcategorías: hormonales (anticonceptivos orales combinados, medroxiprogesterona oral o intramuscular y sistema intrauterino con levonorgestrel) y no hormonales (ácido tranexámico y anti-inflamatorios). Pacientes con desórdenes de la coagulación se recomienda manejo conjunto con hematología. El tratamiento quirúrgico incluye dilatación y curetaje (herramienta útil para muestreo endometrial, usualmente no considerada como tratamiento suficiente a largo plazo), la histeroscopia con posible polipsectomía o miomectomía, ablación endometrial, embolización de arterias uterinas y la histerectomía.⁹

El tratamiento se basa en la causa del mismo si no se determina una causa, el tratamiento se dirige a aliviar los síntomas. Métodos anticonceptivos hormonales combinados (estrógeno y progestina), métodos hormonales con solo progestina (DIU levonorgestrel) pueden reducir el sangrado incluso que cese el sangrado completamente después de un año, y la histerectomía que es el último recurso en el tratamiento de la menorragia. La técnica más aceptable, dado que el útero está

aparentemente normal, es la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. Como complicaciones está una morbilidad del 7 % al 15 % y una mortalidad del 12 por 10000.¹¹

Los anticonceptivos orales combinados disminuyen la cantidad de sangrado y la dismenorrea ya que producen atrofia endometrial, se conoce también que disminuye hasta en 43 % la cantidad de pérdida hemática. Se debe recordar algunas contraindicaciones para su administración como: hipertensión, diabetes, mujeres mayores de 35 años con tabaquismo positivo y antecedente de enfermedades tromboembólicas.¹¹

Los antiinflamatorios no esteroideos pueden ser una opción terapéutica, ya que en la hemorragia uterina anormal se sabe que las prostaglandinas están elevadas a nivel endometrial, por lo que son efectivos para la reducción de la hemorragia, sin embargo, son menos efectivos que el ácido tranexámico, danazol o el dispositivo medicado con levonorgestrel.¹²

Las progestinas cíclicas se pueden utilizar de manera efectiva sin embargo en un metaanálisis se concluyó que no existe ventaja si se compara con danazol, dispositivo intrauterino con levonorgestrel o aines para la disminución de pérdida sanguínea.³ Otro metaanálisis, reportó que no existen trabajos en donde se compare el dispositivo intrauterino con otros tratamientos y/o con placebo, en cambio hay resultados en cuanto a disminución de pérdida hemática menor en comparación con ablación endometrial. El tratamiento quirúrgico, a base de ablación endometrial, fue significativamente más efectivo para controlar la hemorragia a 4 meses de seguimiento, en comparación con el tratamiento oral. También se comparó el dispositivo con levonorgestrel con ablación endometrial y con histerectomía a un año de seguimiento en cuanto la satisfacción y calidad de vida, concluyeron que el dispositivo medicado parece mejorar de igual manera la calidad de vida al reducir significativamente la hemorragia.¹³ Según Matesson et al.,¹⁴ menciona que son incapaces de concluir en la efectividad del tratamiento médico

en comparación al tratamiento quirúrgico porque la evidencia para compararlos aun es limitada.

ANTECEDENTES

En un estudio realizado en el 2018, se demostró que 102 mujeres tuvieron una disminución significativa en la cantidad de sangrado al usar dispositivo intrauterino levonorgestrel. EL DIU-levonorgestrel (LNG) fue bien tolerado por todas las mujeres, 56% tuvo escaso sangrado a los 6 meses y 52 % al año. La media hemoglobina pre tratamiento 10.65 g/dl, al año fue de 12.5 g/dl.¹⁵

En el 2017, un grupo de investigadores reportaron que el DIU-LNG fue más efectivo en reducir el sangrado menstrual en 94 % de pacientes en comparación con noretisterona (73 %) a los 6 meses después de tratamiento.¹⁶

Matteson et al.,¹⁴ no encontraron diferencia en cuanto a dolor abdominal a los 5 años posterior a uso de DIU-LNG vs histerectomía. Las tasas de satisfacción a los 5 años fueron muy elevadas en ambos grupos DIU-LNG (93 %), Histerectomía (94 %). En general, la evidencia no mostró diferencia.

El Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel (DIU-LNG), libera 20 µg del progestágeno cada día, reduce la menorragia en 78.7 %, 83.8 %, 97.7 % y 85.0 % a los 6, 12, 24 y 36 meses respectivamente y a los 6 meses produce atrofia endometrial y amenorrea en el 33 % de las pacientes. Para regular los ciclos menstruales y frenar el crecimiento endometrial, los contraceptivos orales combinados son útiles. Aquellos que contienen 50 µg de etinil estradiol han mostrado evidencias en reducción hasta del 68 % del sangrado y los de microdosis una reducción del 43 % con placebo, demostrado en una revisión de Cochrane.¹¹

Un metaanálisis menciona que el DIU levonorgestrel, la cirugía conservadora y la histerectomía fueron igualmente efectivos en el tratamiento de la menorragia, sin embargo, tres estudios mostraron mejor resultado con la cirugía conservadora que con el DIU-LNG.¹⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sangrado uterino anormal, es un problema común en las pacientes que repercute en su calidad de vida con una prevalencia del 30 % en México, y se considera una carga para el sistema de salud.¹⁸

Alrededor del 20% de la consulta ginecológica en Colombia, el motivo es la hemorragia uterina anormal.¹⁹ La tasa de cirugías por este trastorno es de 18 por cada 10 000 mujeres entre 25 y 40 años en el Reino Unido.²⁰

Desde el 2009 en Estados Unidos y Europa, el DIU levonorgestrel ha estado disponible para el tratamiento del sangrado uterino anormal, elaborado inicialmente como método anticonceptivo sirve además para reducir el sangrado menstrual.²⁰

En el Hospital Materno Infantil de Mexicali, no se cuenta con un registro de pacientes con sangrado uterino anormal, características, tratamiento otorgado, así como la resolución final a su problema.

Por lo que surge el siguiente cuestionamiento:

¿Cuáles son las características de las pacientes con sangrado uterino anormal que acuden al Hospital Materno Infantil, en el año 2019?

JUSTIFICACIÓN

El sangrado uterino anormal, es una de las razones más comunes por las que las mujeres acuden a consulta ginecológica. Este sangrado puede ocurrir a cualquier edad y debido a diferentes causas. El sangrado uterino anormal es una condición frecuente, el cual tiene un impacto social y económico significativo.

El tratamiento médico debe ser indicado en todos los casos, y si no hay respuesta al mismo se decidirá tratamiento quirúrgico.

Aunque la histerectomía es una intervención quirúrgica de rutina, su morbilidad tiene repercusión económica en términos de cuidados de salud y pérdidas de días hábiles. Además de las complicaciones inherentes a este procedimiento como son: infección, sangrado intenso, lesión de vías urinarias u otros órganos adyacentes, trombosis, complicaciones en relación procedimiento anestésico, muerte.

La eficacia relativa de alternativas conservadoras en comparación con la histerectomía mejorará la orientación del paciente, facilitará la información toma de decisiones y reducirá la carga innecesaria de procedimientos tanto para el paciente como para el sistema de atención médica.⁵

Es reconocido que, la calidad de vida, se reduce en todos los aspectos tanto físico, psicológico, sexual y emocional, de las pacientes con este trastorno con un impacto negativo. Generando complicaciones como la anemia que puede ser tan grave para la salud, así como generar altos costos hospitalarios desde recursos económicos y recursos limitados como hemocomponentes.

El Hospital Materno Infantil de Mexicali, es un hospital de alta demanda obstétrica por lo que la atención ginecológica puede verse limitada sobre todo en padecimientos agudos derivados del sangrado uterino anormal. Se cuenta con suficiente recurso para otorgar manejos conservadores efectivos con menores costo para disminuir intervenciones con mayor complejidad y morbilidad.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar las características clínico epidemiológicas de las pacientes premenopáusicas con sangrado uterino anormal que acudieron al Hospital Materno Infantil, en el año 2019.

Objetivos Específicos

- Identificar a las pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal de acuerdo a: edad, gestas, menarca, ritmo menstrual, método anticonceptivo, niveles de hemoglobina/ hematocrito de inicio y de control.
- Asociar a las pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico como histerectomía, posterior a cualquiera de los tratamientos médicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de la investigación:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Marco muestral:

Hospital Materno Infantil de Mexicali

Objeto de estudio: Mujeres en edad reproductiva con sangrado uterino anormal en el año 2019.

Tamaño de muestra: Por conveniencia, se incluyeron a todas las pacientes que presentaron diagnóstico de sangrado uterino anormal en el año 2019.

Criterios de Selección:

Criterios de Inclusión:

- Mujeres premenopáusicas con sangrado uterino anormal, con citología cervical normal, biopsia endometrial negativa para malignidad, ultrasonido pélvico y/o endovaginal.

Criterios de Exclusión:

- Presencia de formaciones anexiales, citología cervicovaginal positiva para malignidad y/o biopsia de endometrio positiva para malignidad.
- Enfermedad inflamatoria pélvica, antecedentes de trombosis y determinadas enfermedades asociadas (enfermedad renal o hepática, coagulopatías, epilepsia).
- Embarazo.

Criterios de Eliminación:

- Embarazo durante el tratamiento
- Expediente incompleto

Operacionalización de las variables

Independientes:

Colocación DIU-LNG, administración de hormonal orales, legrado hemostático
biopsia, histerectomía.

Dependientes:

Sangrado uterino anormal, nivel de hemoglobina

Variable	Definición operacional	Categoría	Indicador
Edad	Años cumplidos	Cuantitativa discreta	13 a 54 años
Gesta	Número de embarazos	Cualitativa discreta	1. Nuligesta 2. Primigesta 3. Multigesta
Embarazo	Tener el diagnóstico de embarazo en el expediente	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No
Antecedente de diabetes	Tener diagnóstico de diabetes en el expediente	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No
Antecedente de Obesidad	Índice de masa corporal mayor a 30 kg/m ²	Cuantitativa discreta	1. Grado I 2. Grado II 3. Grado III
Nivel de hemoglobina	dependiente	Cuantitativa Discreta	g/dl

Variable	Definición Operacional	Categoría	Indicador
Uso de métodos anticonceptivos	Uso de los siguientes anticonceptivos	Cualitativa Politómica	1. Ninguno 2. Anticonceptivos hormonales orales 3. Anticonceptivos hormonales inyectable 4. Dispositivo intrauterino 5. Oclusión tubaria bilateral

Instrumento de Medición

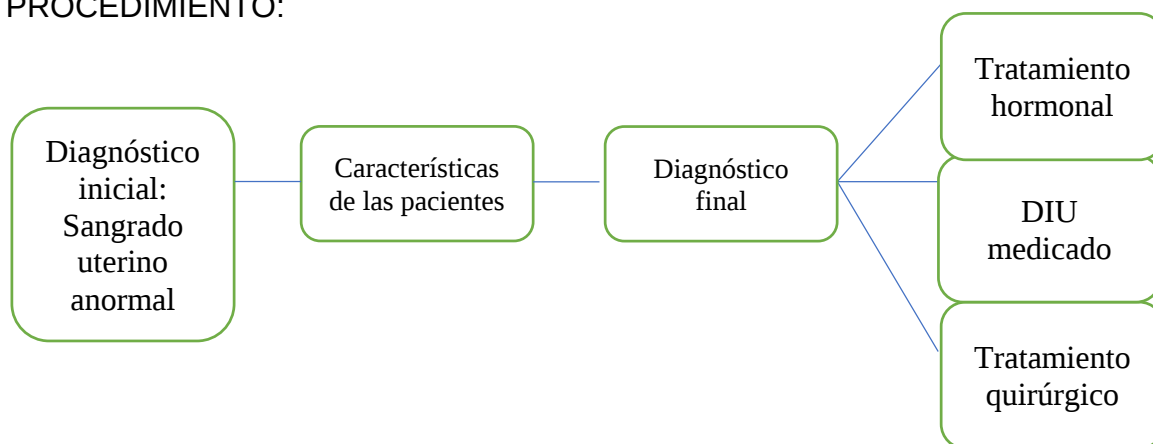
- Hoja de recolección de datos: edad, gesta, hemoglobina/hematocrito, prueba de embarazo, estudio patología, método anticonceptivo, tratamiento otorgado. Antecedente de diabetes, antecedente de obesidad. (Anexo 1)

Procedimientos

Previa autorización por el Comité de Ética del Hospital Materno Infantil de Mexicali, se revisaron expedientes de las pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se siguieron los siguientes pasos:

PROCEDIMIENTO:



Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva; para variables cuantitativas con medidas de tendencia central y para las variables cualitativas con proporciones o porcentajes. con el programa estadístico SPSS versión 21.

Aspectos éticos

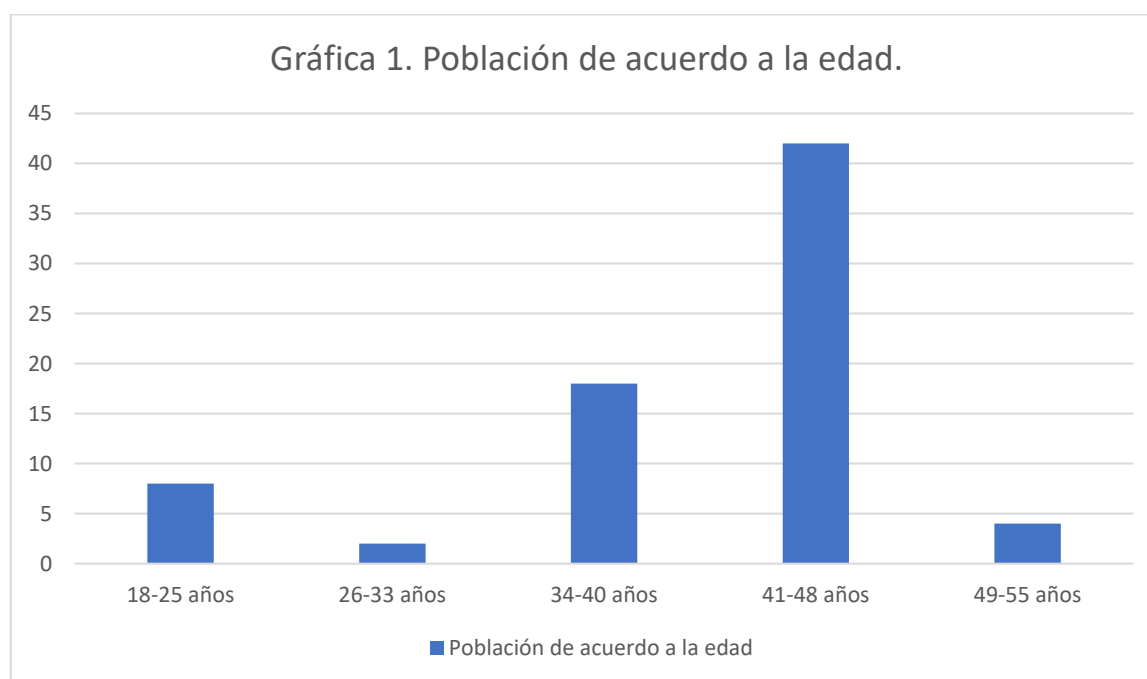
El presente estudio se efectuó con apego a la Declaración de Helsinki de 1975 y siguiendo los lineamientos establecidos en el artículo 17 de la Ley General de Salud en relación a la investigación en seres humanos, así como los lineamientos del manual de procedimientos del Hospital Materno Infantil de Mexicali. Previa aprobación por el Comité de Ética del Hospital Materno Infantil de Mexicali con número de registro: **02-01-HMI/GO/UABC-2021-02-03-283**

Se guardará la confidencialidad del individuo.

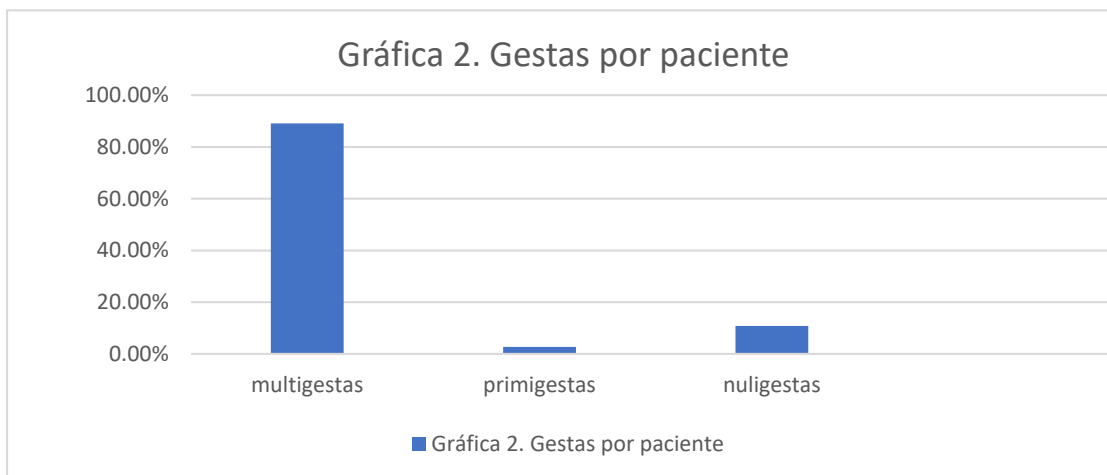
RESULTADOS

Se revisaron 112 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal en el Hospital Materno Infantil de Mexicali, Baja California en el año 2019, con el propósito de identificar los datos clínico-epidemiológicos en las pacientes con trastorno de sangrado uterino anormal, de los cuales 29 expedientes fueron excluidos según criterios de exclusión y 9 fueron eliminados, por lo que se incluyeron en la investigación un total de 74 expedientes.

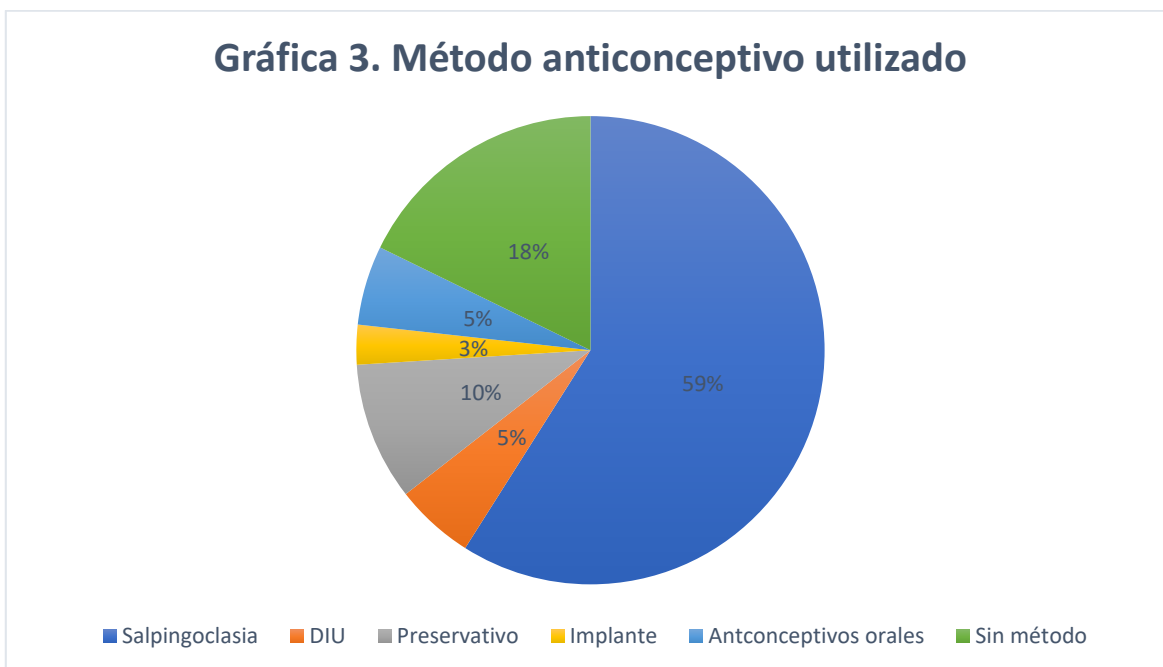
El promedio de edad fue de 40.46 años, con un rango de 18 a 55 años. Gráfica 1. Población de acuerdo a la edad.



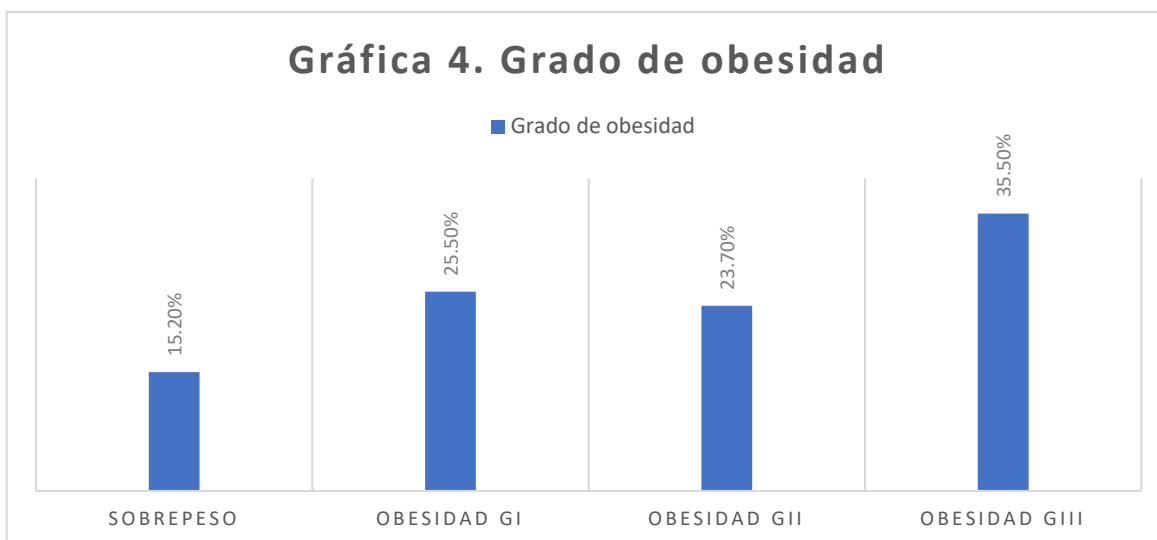
El 89.1 % de las pacientes con antecedente de multigestas, el 10.8 % nuligestas, y el 2.7 % primigestas. Gráfica 2.



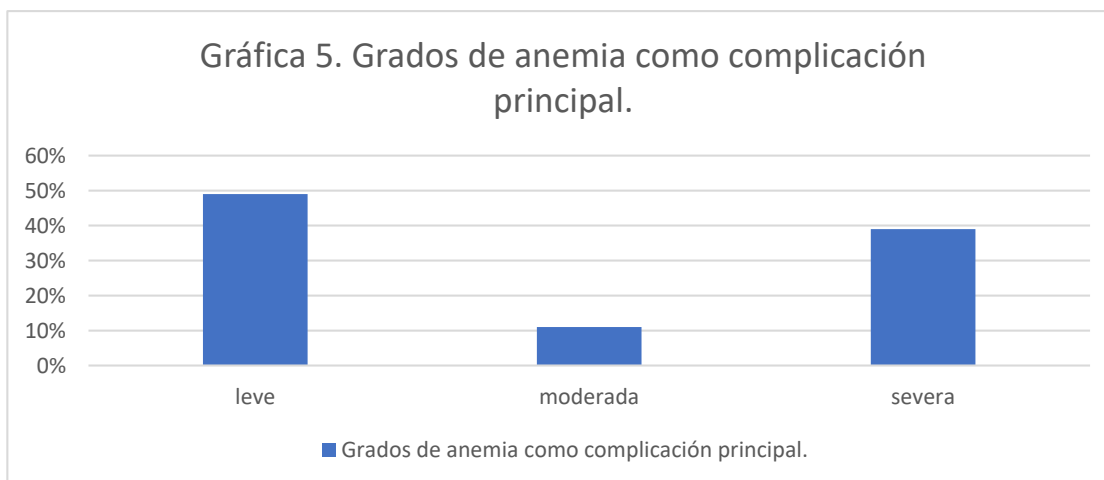
La edad de menarca promedio fue de 13 años, y como antecedente de método anticonceptivo el 58.1 % se realizó salpingoclasia, el 9.4 % usó como método el preservativo, el 5.4 % con DIU de cobre, el 5.4 % con anticonceptivos orales, el 2.7 % con implante subdérmico y el 17.5 % sin método anticonceptivo. Gráfica 3.



Según registros de peso y talla, se calculó índice de masa corporal, ya que la obesidad es un factor de riesgo para este trastorno. El 79.7 % cursó con algún grado de obesidad siendo el 35.5 % con obesidad grado 3, 23.7 % con obesidad grado 2, el 25.4 % con obesidad grado 1 y 15.2 % con sobrepeso. Gráfica 4.

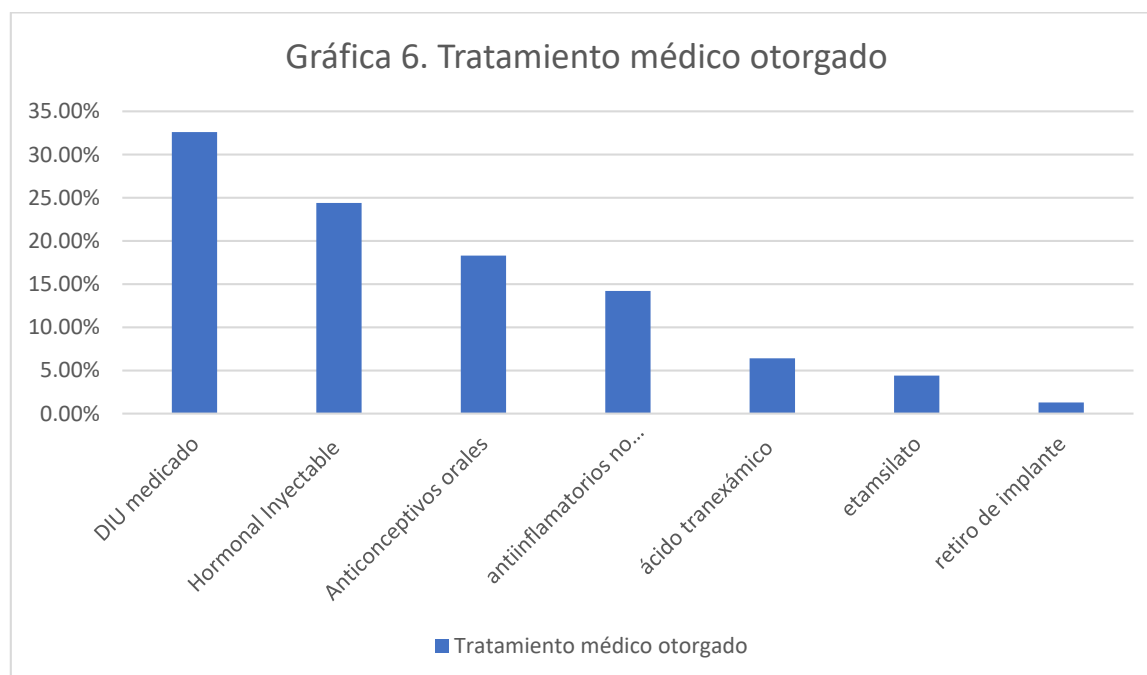


Del total de las pacientes, el 49% presentó anemia leve, 11 % anemia moderada y el 39 % anemia severa, de las cuales el 27 % requirió transfusión sanguínea. Gráfica 5.



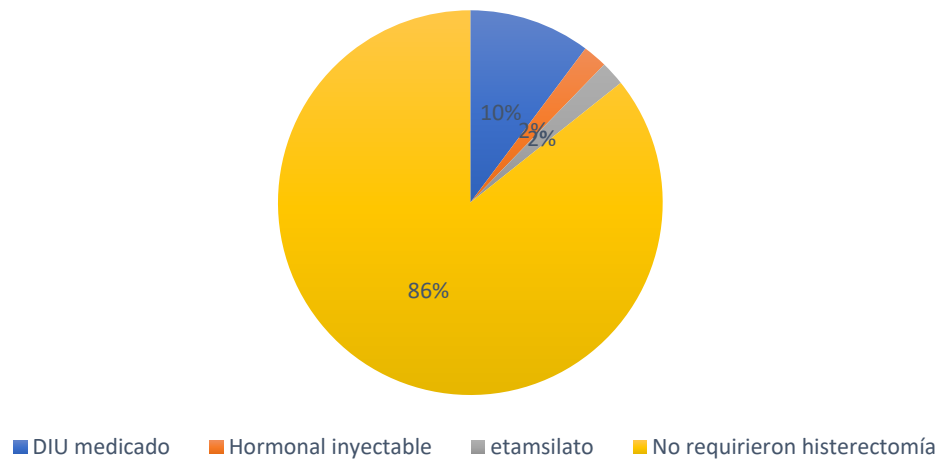
Se realizó tratamiento quirúrgico como histerectomía en el 44 % de las pacientes y se realizaron legrados hemostáticos en el 28 %.

Se otorgó tratamiento médico en el 66 % de las pacientes, de las cuales se colocó DIU medicado al 32.6 %, se otorgó hormonal inyectable al 24.4 %, anticonceptivos orales 18.3 %, antiinflamatorios no esteroideos 14.2 %, ácido tranexámico 6.4 %, etamsilato 4.4 % y se realizó retiro de implante 1.3 %. Gráfica 6.



Y el 14.2 % de las pacientes manejadas con tratamiento médico requirió histerectomía por persistencia de sangrado (10.2 % de las tratadas con DIU medicado, el 2.04 % con hormonal inyectable, y el 2.04% con etamsilato. El estudio histopatológico de estas piezas quirúrgicas reportó el 6.06 % con diagnóstico de adenomiosis, el 14.9 % con leiomiomas de grandes y medianos elementos. Gráfica 7.

**Gráfica 7. Pacientes que requirieron
histerectomía a pesar de tratamiento médico**



ASOCIACIÓN DE LA POBLACIÓN CON TRATAMIENTO MÉDICO PREVIO A HISTERECTOMÍA Y EDAD

Una paciente de 38 años recibió AINES, 1 de 45 años hormonal inyectable y DIU medicado, de 46 años 1 recibió Etamsilato y otra hormonal inyectable, 1 de 49 y 52 años recibieron ACO y DIU medicado y por último 1 de 53 años recibió hormonal inyectable, AINES y DIU medicado. Cuadro 1.

Cuadro 1. Asociación de la población con tratamiento médico previo a histerectomía y edad.

	ACO, DIU MEDICADO	AINES	ETAMSILATO	HORM. INYECTABLE, AINES, DIU MEDICADO	HORMONAL INYECT,	HORMONAL INYECT, DIU MEDICADO	
38	0	1	0	0	0	0	0
45	0	0	0	0	0	0	1
46	0	0	1	0	0	1	0
49	1	0	0	0	0	0	0
52	1	0	0	0	0	0	0
53	0	0	0	0	1	0	0

Entre estos dos criterios no existe asociación (Chi-cuadrada=28, $p=0.308$), son independientes.

ASOCIACIÓN DE LA POBLACIÓN CON TRATAMIENTO MÉDICO PREVIO A HISTERECTOMÍA DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO.

En cuanto diagnóstico y tratamiento médico; 1 paciente con Adenomiosis recibió hormonal inyectable y DIU medicado, 1 con disfunción endometrial recibió Etamsilato, y el diagnóstico con Miomatosis de grandes elementos 2 recibieron ACO y DIU medicado, 1 hormonal inyectable, AINES y DIU medicado y 1 hormonal inyectable y 1 con Miomatosis de medianos elementos recibió AINES. Cuadro 2.

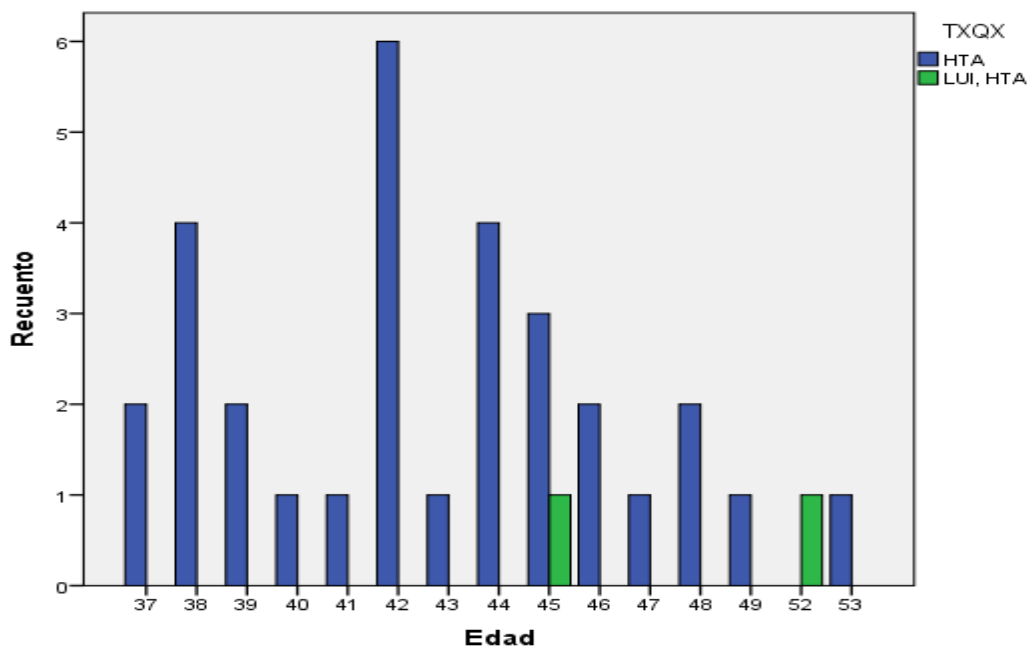
Cuadro 2. ASOCIACIÓN DE LA POBLACION CON TRATAMIENTO MÉDICO PREVIO A HISTERECTOMÍA DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO.

		Tratamiento médico previo a histerectomía					
		ACO, DIU medicado	AINES	Etamsilato	H.Iny. AINES, DIU medicado	H. Inyec.	H. Inyec. DIU medicado
DX	Adenomiosis	0	0	0	0	0	1
	Disfunción Endometrial	0	0	1	0	0	0
	Miomatosis						
	Grandes Elementos	2	0	0	1	1	0
	Miomatosis						
	Medianos Elementos	0	1	0	0	0	0

No se observó asociación entre la población que recibió tratamiento médico previo a histerectomía con el diagnóstico (Chi cuadrado 21, $p=0.137$).

ASOCIACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ACUERDO A LA EDAD

La edad que presentó mayor frecuencia de histerectomías fueron la de 42 años, seguida de las de 38 y 44 años. Una de 45 años y otra de 52 años se les realizó legrado uterino instrumentado (LUI) e histerectomía. Gráfica 8.



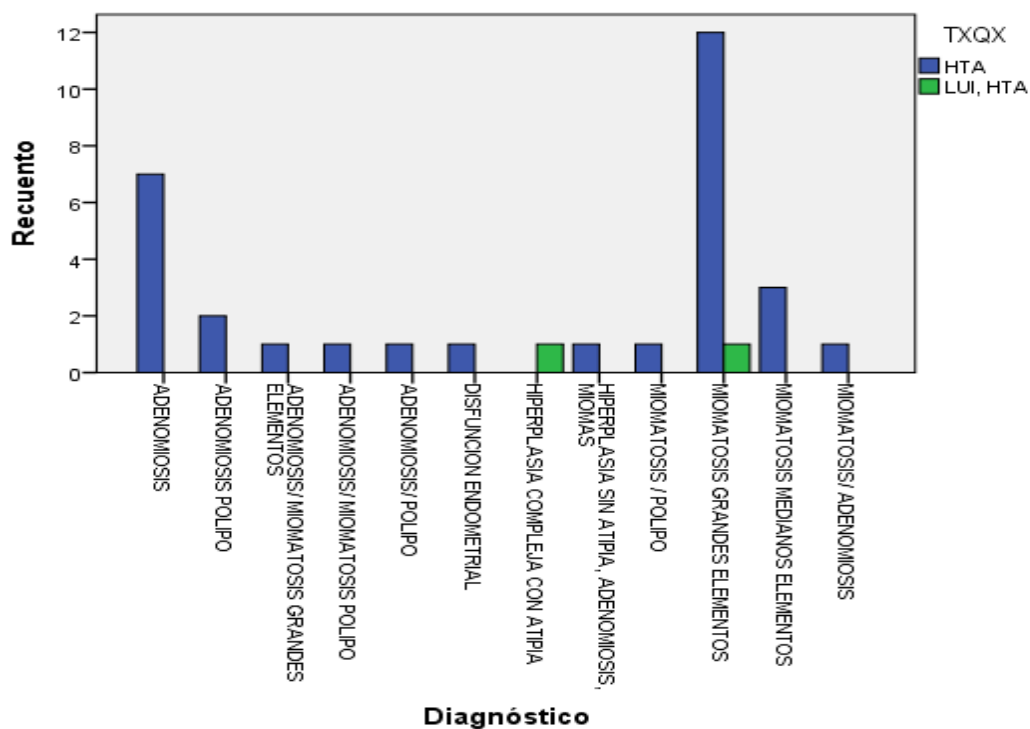
Gráfica 8. Tratamiento quirúrgico de acuerdo a la edad

No se observó asociación entre la población que recibió tratamiento quirúrgico con la edad (Chi cuadrado 19.827, $p=0.312$).

ASOCIACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO

En cuanto al diagnóstico y tratamiento quirúrgico predominó la Miomatosis de grandes elementos, seguido de la Adenomiomatosis. En las pacientes que se les

aplicó LUI e histerectomía el diagnóstico fue de Hiperplasia compleja con atipias y miomatosis de grandes elementos con hiperplasia simple sin atipia. Gráfica 9.



Gráfica 9. Tratamiento quirúrgico de acuerdo al diagnóstico

No se observó asociación entre la población que recibió tratamiento quirúrgico con el diagnóstico (Chi cuadrado 16.787, $p=0.439$).

DISCUSIÓN

En este estudio, el promedio de edad para sangrado uterino anormal fue de 40 años, similar al estudio de Lethaby et al.,¹² realizado en el Reino Unido, donde 1 de cada 20 mujeres en edades entre 39 y 49 años acuden a consulta ginecológica por este padecimiento. Por tal motivo se ha descrito que a mayor edad aumenta el riesgo de padecer sangrado uterino anormal, esto en relación a cambios hormonales.²²

Casi el 80 % de las pacientes investigadas sobre su perfil clínico, cursaron con obesidad, de las cuales el 35 % se presentó obesidad mórbida, contribuyendo a una exposición a estrógenos endógenos sin oposición, lo cual está relacionado con sangrados persistentes como menciona en el estudio de Sepúlveda et al.⁷

Como antecedente en número de gestas se reportó que el 89.1 % de las pacientes corresponde a pacientes multigestas, el 10.8 % nuligestas, y el 2.7 % primigestas, resultado similar al estudio realizado por Colin MDH y colaboradores en el 2020 en un hospital de México, quienes consideran este resultado como un patrón epidemiológico frecuente en el país.²³

El sangrado uterino anormal, regularmente es prolongado y excesivo, cuando el sangrado menstrual sobrepasa de 80 mililitros, la incidencia de anemia se incrementa significativamente, predisponiendo a la paciente a mal estado general y morbilidad. En el presente estudio, se encontró que el 82 % de las pacientes presentaron anemia, de las cuales el 39 % fue severa, necesitando transfusión sanguínea el 27 % de los casos.

El tratamiento quirúrgico como histerectomía se realizó en el 44.5 % y en el 28 % se realizó legrado hemostático. El 18 % de las pacientes tratadas con DIU medicado requirió histerectomía, esto dado por persistencia de sangrado o por expulsión del dispositivo intrauterino. En un metaanálisis, se incluyeron 9 ensayos aleatorizados

(en 783 mujeres) de DIU medicado en comparación con tratamientos no hormonales y hormonales, mostraron una reducción del sangrado desde 3 a 12 meses de seguimiento. Aun no es claro, si el beneficio persiste ya que el tiempo fue corto, ya que las tasas de discontinuación del tratamiento con DIU medicado son altas hasta del 28 % en 2 años. (Middleton, 2010)

CONCLUSION

Las pacientes de nuestra unidad tienen características clínico epidemiológicas similares a las reportadas en la literatura a nivel nacional e internacional.

La obesidad como factor de riesgo sobre todo para persistencia de sangrado, es un factor modificable por lo que se debe continuar el manejo conjunto con el servicio de nutrición y buscar estrategias más efectivas para la reducción de peso.

En este hospital se cuenta con amplia oferta de tratamiento médico el cual es menor en costos económicos así como disminuye la necesidad de transfusión sanguínea por su adecuada respuesta, se sugiere continuar y aumentar su uso, ya que tan solo el 14% de las pacientes requirió tratamiento invasivo para la solución definitiva del problema.

Aunque no se observó asociación entre la población que recibió tratamiento médico previo a histerectomía con el diagnóstico, es decir son independientes, se reconoce que los resultados histopatológicos contemplan etiología estructural como adenomiosis y leiomiomatosis

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. James AH, Kouides PA, Abdul KR, Dietrich JE, Edlund M, Fererici AB, et al. Evaluation and management of acute menorrhagia in women with and without underlying bleeding disorders: consensus from an international expert panel. *Eur J Obstetric Gynecol Reprod Biol.* 2011; 158(2):124–134.
2. Davidson BR, Dipiero CM, Littleton SS, Neal J. Abnormal uterine bleeding during the reproductive years. *J Midwifery Women's Health.* 2012. 57 (3), 248-254.
3. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C. 2013. Disponible en: http://www.comego.org.mx/GPC_TextoCompleto/9-Diagnostico%20y%20tratamiento%20de%20la%20hemorragia%20uterina%20disfuncional.pdf
4. Diagnóstico y Tratamiento del Sangrado Uterino anormal de origen no anatómico. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 26 de marzo de 2015.
5. Melado LV, Novelle M, Hernandez A, Muñoz M, Ordás J, 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.* 2008; 73(4): 263–267.
6. Munro MG, Critchley H, Broder MS, Fraser IS, FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynecol Obstet.* 2011; 113 (1):3–13.
7. Sepúlveda J, Díaz GG. Detención de la hemorragia uterina anormal en pacientes a quienes se realizó histeroscopia operatoria. *Ginecol Obstet Mex.* 2018; 86(1):13-25.
8. Magaña DA, Rojas ML, Montoya S. Epidemiología del sangrado uterino anormal en el Hospital Benito Juárez del IMSS, Mérida, México. *Rev Biomed* 2013: 24:13-20.
9. Oberman E, Rodriguez-Triana V. Abnormal uterine Bleeding: treatment options. *Clinic Obstet Gynecol.* 2018, 61(1):72-75.
10. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive aged women. *Practice Bulletin. Obstet Gynecol.* 2012; 120(1):197-206.

11. Pérez LE, Hemorragia uterina anormal: Enfoque basado en evidencias. Revisión sistemática. *Rev Med.* 2007;15(1):68-79.
12. Lethaby A, Augood C, Duckitt K, Farquhar C. Nonsteroidal antiinflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. *Cochrane database Syst Rev.* 2007 Oct 1(4):CD000400.
13. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Oct 19: (4): CD002126.
14. Matteson KA, Rahn DD, Wheeler TL, Casiano E, Siddiqui NY, Harvie HS, et al. Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review Group. *Obstet Gynecol.* 2013;121(3):632-643.
15. Cim N, Soysal S, Sayan S, Yildizhan B, Karaman E, Cetin O, et al. Two years follow up of patients with abnormal uterine bleeding after Insertion of the Levonorgestrel releasing Intrauterine System. *Gynecol Obstet Invest.* 2018; 83(6): 569-575.
16. Nadeem AM, Habib AUR, Shehzad Z, AlSharari SDA, Murtaza G. Clinical efficacy of levonorgestrel and norethisterone for the treatment pf chronic abnormal uterine bleeding. *J Pak Med Assoc.* 2017. 67(9): 1331-1338.
17. Marjoribanks J, Lethaby A, Farquhar C. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Apr 19;(2):CD003855. doi: 10.1002/14651858.CD003855.pub2.
18. Gupta J, Kai J, Middleton, Pattison H, Gray R, Daniels J. Levonorgestrel Intrauterine System versus medical therapy for menorrhagia. *N Engl Med* 368;2.
19. Gómez I. Hemorragia uterina anormal en la mujer. Enfoque básico. *Rev Colomb Enfermer.* 2007. 2:37-42.
20. Cromwell DA, Mahmood TA, Templeton A, van der Meulen JH. Surgery for menorrhagia within English regions: variation in rates of endometrial ablation and hysterectomy. *BJOG.* 2009: 116:1137-1139.
21. Middleton LJ, Champaneria R, Daniels JP, S Bhattacharya, Cooper KG, NH Hilken NH, et al. Hysterectomy, endometrial destruction, and levonorgestrel releasing intrauterine system (Mirena) for heavy menstrual bleeding: systematic review and meta-analysis of data from individual patients. *BMJ* 2010;341:c3929.

22. Moradan S, Ghorbani R, Lofti A, Epidemiology of abnormal uterine bleeding, Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2007; 21 (6): 887- 890.
23. Colin MDH, Romo AC. Correlación entre el diagnóstico clínico de un sangrado uterino anormal y el resultado anatomopatológico. Acta Médica Grupo Ángeles . 2020. 18 (1): 7-10.