

# **HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL**

## **DEFINICIONES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

**31/05/2010**

**SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO.**

**Rafael Martínez Huertas**

**Honorio Ruiz Santiago**

# Hemorragia Uterina Disfuncional

## **...Hablando un poco de la Hemorragia Uterina Anómala.**

La hemorragia uterina anómala representa casi una tercera parte de todas las consultas ginecológicas ambulatorias y es el motivo más frecuente de consulta Ginecológica entre las adolescentes. Se hace importante comprender las causas, la evaluación y el tratamiento de las Hemorragias Uterinas Anómalas.

La edad sigue siendo el factor de mayor predicción para el desarrollo de alteraciones del ciclo menstrual. Estudios longitudinales han mostrado que las mujeres en los extremos de la edad reproductiva presentan la mayor incidencia de alteraciones menstruales. El intervalo entre ciclos tiende a ser más variable en los 5-7 años que siguen a la menarquía y en los 5-8 años que preceden a la menopausia. No obstante el 20% de las mujeres en edad reproductiva experimentan irregularidades menstruales.

La hemorragia uterina anómala puede ser precursora de enfermedades sistémicas y alteraciones patológicas. La posibilidad de sufrir una de estas enfermedades está directamente relacionada con la edad a la que diagnosticamos esta H.U. Anómala.

Ahora vamos a intentar proveer un acercamiento a la causa de la Hemorragia Uterina Anómala en función de la Edad del Diagnóstico.

### **Nacimiento a Primera semana de Vida:**

La H.U. en la neonata en los primeros días de vida es exclusivamente resultado de la retirada de los estrógenos maternos.

### **Desde la primera semana de vida a menarquía:**

Tras la primera semana de vida la hemorragia vaginal es una manifestación extremadamente rara. Aunque hemos de pensar en la posibilidad de la existencia de tumores y de la pubertad precoz es fundamental descartar los abusos sexuales en niñas de este grupo etario.

La causa más frecuente de hemorragia en niñas pre-puberales es la Vulvovaginitis. También deberíamos estar atentos a la posibilidad de traumatismos perineales.

### **La adolescente perimenárquica (8-15 años de edad):**

El eje Hipotálamo-Hipofisario se encuentra en esta fase inmaduro y es incapaz de responder al incremento de los estrógenos con una Hormona Luteinizante. A medida que madura el eje, van apareciendo periodos regulares (Habitualmente a los 2-3 años de la menarquía). Los ciclos durante esta época de transición suelen estar dentro de parámetros de 21 a 45 días. La hemorragia que se produzca de forma repetida con una frecuencia que supere los 90 días debe ser estudiada. Aunque la inmadurez del Eje Hipotálamo-Hipofisario es sin duda la causa más frecuente el Ginecólogo debe considerar causas secundarias como el embarazo, el S.O.P. o las Coagulopatías. De igual modo es necesario pensar siempre en la posibilidad de la existencia de una Anorexia o Bulimia.

### **Mujeres en edad reproductiva (Menarquia a Perimenopausia):**

Cabe pensar que cerca del 80% de las mujeres que se encuentran en este grupo no tienen una causa anatómica. Tradicionalmente las mujeres que sangran sin ninguna causa anatómica ni patológica han recibido el nombre de **HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL**, puesto que la mayoría sufren anovulación como causa principal subyacente, el ACOG (Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología) recomienda que se utiliza el término METRORRAGIA FUNCIONAL que consideran más descriptivo para referirse a la H.U.D. Posteriormente vamos a exponer este punto que es el núcleo central de la Sesión Clínica.

Hemorragia por lesiones anatómicas: Entre las distintas causas anatómicas frecuentes de hemorragias anómalas encontramos los LEIOMIOMAS UTERINOS, PÓLIPOS ENDOMETRIALES Y PÓLIPOS CERVICALES, es atrayente suponer que en estas patologías las hemorragias que se producirán son imprevisibles ya que no se encuentran directamente

influenciadas por el control hormonal sin embargo los estudios clínicos demuestran que la manifestación más frecuente en estas mujeres es la menorragia no la metrorragia.

### **Perimenopausia a Menopausia:**

Previa a la desaparición de la menstruación las mujeres suelen atravesar un periodo de menstruaciones irregulares llamado "Perimenopausia", se debe a la reducción del número de Folículos, a su rápido agotamiento y a la inhibición de la autorregulación de la Hipófisis conllevando esto la aparición de ciclos erráticos con cambios en el patrón de sangrado. Su diagnóstico fundamental es clínico ayudándonos de forma importante las determinaciones Hormonales de FSH y LH. En esta época se hace fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial con las patologías orgánicas del Endometrio que podrían quedar enmascaradas por un patrón de sangrado perimenopáusico alterado.

### **Postmenopausia:**

La Hemorragia Postmenopáusica requiere una evaluación exhaustiva dado que suele ser el signo que nos pone en la pista de la posible existencia de un carcinoma o una hiperplasia endometrial. Entre las mujeres con Ca. de endometrio el 90% presentará una Hemorragia Postmenopáusica. Sin embargo tras una evaluación exhaustiva el diagnóstico más frecuente sigue siendo benigno como la atrofia de endometrio o la vaginitis atrófica. Atrofia endometrial (50%), hiperplasia de endometrio (10%), adenocarcinoma de endometrio (8%), pólipos de endometrio (9%), Ca. Cérvix 1%)...

# HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

## Definición de H.U.D.

La Hemorragia Uterina Disfuncional, definida por la presencia de sangrado anormal no causado por patología orgánica, medicaciones, embarazo o enfermedad sistémica, es la **causa más común de sangrado uterino anormal**. Como ya hemos dicho antes es más frecuente al principio y al final de la edad fértil de la mujer: el 20% de los casos se produce en adolescentes y más del 50% en mujeres de más de 45 años. La base del diagnóstico es un **diagnóstico de exclusión** y sólo puede establecerse cuando hayan descartado otras causas de sangrado que incluyan patologías orgánicas genitales u otras tales como embarazo, uso de medicamentos (Antipsicóticos, Corticoides, estrógenos progesterona, ISRS...), trastornos de la coagulación, hepatopatías, enfermedades renales o alteraciones en el tiroides...

## Clasificación

Según la S.E.G.O. y atendiendo a su etiología las H.U.D pueden clasificarse en Ovulatorias y Anovulatorias:

### Etiología:

- **ANOVULATORIAS:** Constituyen el 70% de las HUD. La hemorragia se produce como consecuencia de un estímulo prolongado de los estrógenos sobre el endometrio en ausencia de progesterona. Esta es la causa más frecuente, especialmente durante el período premenopáusico y en la

adolescencia. Su manifestación clínica suele ser la MENORRAGIA. Las causas pueden ser:

1. **Ciclos de onda baja** (Frecuentes en adolescentes se deben a que en el Ovario se producen modificaciones funcionales sin que los folículos lleguen a desarrollarse; sin embargo la producción hormonal es suficiente para producir cambios endometriales el endometrio suele ser de tipo Hipotrófico.
2. **Persistencia folicular Cíclica:** En estos casos ya existe un mejor funcionamiento del ovario. Los folículos crecen y se desarrollan, pero no se produce el Pico de la LH y no llegan a ovular. Probablemente la causa resida sobre todo en mujeres jóvenes en una falta de respuesta hipotalámica a la retroalimentación positiva de los estrógenos. El endometrio es persistentemente proliferativo y el patrón menstrual más frecuente es el de la oligomenorrea (Reglas de escasa duración) u opsomenorrea (Intervalos de ciclos largos) que se asocian a hipermenorrea cuando menstrúan.
3. **Persistencia folicular Acíclica/ Micropoliquistosis:** Muchas veces el crecimiento folicular persiste mucho tiempo, o son varios los folículos en crecimiento (Micropoliquistosis) ya que no se produce la regresión de la cohorte folicular no dominante. La consecuencia de esto es una producción estrogénica que por sobreestimulación del endometrio conduce a hipertrofia, hiperplasia y finalmente a hiperplasia glandular quística. La manifestación es la de un retraso menstrual seguido de una hemorragia menstrual profusa que se produce por disrupción.
4. **Hipertecosis:** Consiste en una Hiperplasia de células del estroma ovárico, que se agrupan en masas densas y que poseen capacidad de síntesis esteroidea. Se suele relacionar con el S.O.P pero también se presenta de forma aislada.

•**OVULATORIAS:** Ésta se presenta generalmente en mujeres con edades comprendidas entre los 20-40 años y son mujeres que han tenido previamente ciclos habitualmente regulares. La hemorragia es causada generalmente por una insuficiencia del cuerpo lúteo. La producción reducida de estrógenos y progesterona durante la segunda mitad del ciclo menstrual, condiciona también una duración de éste anormalmente corta. Suele manifestarse clínicamente como una POLIMENORREA precedida o no por un "spotting" premenstrual.

Clásicamente se han dividido en HUD con Ovulación pero con alteración de la función ovárica y HUD con función ovárica normal.

Las causas de la **HUD con Ovulación** pueden ser:

1. **Fase folicular acortada:** En este caso la alteración menstrual más frecuente es la Proiomenorrea (intervalos de ciclos cortos < 21-18 días). Hay que decir que en ciclos ovulatorios es difícil que la fase folicular se acorte por debajo de los 7 días además la intensidad del sangrado suele ser normal y no presentar más problema que una depleción en los depósitos de hierro por una frecuencia menstrual aumentada.
2. **Fase folicular alargada:** Que se suele asociar a opsomenorreas.
3. **Deprivación hormonal intermenstrual:** En ocasiones sucede que el normal descenso del nivel de estrógenos que se produce justo previamente o coincidiendo con la ovulación alcanza unos niveles que provocan una deprivación estrogénica en el endometrio suficiente para provocar una pequeña hemorragia que es rápidamente solventada por la producción hormonal del cuerpo lúteo.
4. **Insuficiencia lútea:** Se asocia una insuficiencia en la producción de progesterona por parte del cuerpo lúteo. Nos encontramos ante un cuerpo lúteo que no produce suficiente progesterona en tiempo/cantidad tras una acción de los estrógenos sin alteraciones en la primera fase. Esto nos lleva a la aparición de hemorragias por deprivación que se presentan generalmente como spotting

premenstrual o incluso hipermenorreas. Las Hemorragias premenstruales deben considerarse muy típicas de esta alteración y nos orientan muy claramente el diagnóstico.

5. **Persistencia funcional del cuerpo lúteo:** La regresión del cuerpo amarillo no se realiza de manera rápida y la progesterona sigue realizando su acción durante más tiempo de lo normal. Esto provoca una descamación irregular del endometrio, el endometrio llega a descamarse en parte y regenerarse en parte. La manifestación fundamental es la Hipermenorrea.

**HUD con función ovárica normal:** Entre sus causas destacaremos:

1. **Maduración irregular del endometrio:** Es un trastorno en los receptores hormonales del endometrio y tiene un posible origen genético.
2. **Atrofia de endometrio:** Producido por muchos embarazos sucesivos o legrados con sinequias (Ashermann).

### Diagnóstico:

Lo primero que hemos de tener en cuenta a la hora de Diagnosticar una HUD es como dijimos antes que se trata de un **diagnostico de exclusión**, aparte de esto también tenemos que tener claro que es fundamental tratar de aproximarnos a la **Etiología de esa HUD**.

La exclusión de patología orgánica genital, imprescindible para el diagnóstico de una H.U.D, exige la práctica de una exploración física completa (inspección general y genital, palpación del tiroides, de la mama, del abdomen y de los genitales internos), la medición de la T.A., del peso y de la talla, la evaluación del estado de la coagulación



sanguínea, de la función renal (urea y creatinina) y de la función hepática (transaminasas y bilirrubina).

La utilización de otras pruebas complementarias variará en función de la edad de la paciente y de los hallazgos obtenidos en la exploración básica. La **BIOPSIA DEL ENDOMETRIO** debe de realizarse, excepto en las adolescentes, en toda mujer que presente este tipo de hemorragias. La **ecografía** (abdominal o vaginal), el estudio endocrinológico, el legrado diagnóstico, la **histeroscopia** y/o la laparoscopia no son imprescindibles, salvo en aquellos casos en que las exploraciones básicas no son concluyentes.

**\*\*\*Según el Proceso asistencial del SAS ante una Hemorragia Uterina Anormal se debe realizar lo siguiente:**

#### **En Atención Primaria**

Valoración adecuada del sangrado con realización de historia clínica que incluya en todos los casos:

Anamnesis, detallando: fórmula menstrual (tipo, tiempo y cantidad de sangrado y desde cuando sucede), antecedentes de coagulopatías, trastornos endocrinos (tiroides) y toma de terapia hormonal y anticoagulantes, edad y fecha de la última citología cérvico-vaginal realizada.

Realización de pictograma.

Exploración clínica: inspección de genitales externos y cérvix, palpación abdominal, tacto bimanual, índice de masa corporal, tensión arterial.

Pruebas analíticas incluyendo hemograma y hemoglobina (Hb), pruebas de coagulación si está indicado, test de gestación y pruebas de función tiroidea si existe sospecha de enfermedad de tiroides.

Tratamiento según esquema terapéutico definido en el proceso, de las pacientes menores de 35-40 años, que no tengan exploración patológica ni precisen ingreso para transfusión sanguínea.

Seguimiento y valoración del tratamiento **a los seis meses**, comprobando el nuevo patrón de sangrado mediante pictograma y valorando las cifras de Hb.

Derivación a consulta de Atención Especializada en caso de:

Pacientes de HUA juvenil que precisen transfusión.

Pacientes con más de 18 años con exploración patológica, o si no se ha podido realizar exploración ginecológica.

Pacientes con más de 35-40 años, para la realización de una ecografía.

Pacientes postmenopáusicas para la realización, si procede, de un estudio histológico.

Pacientes con cuadro de sangrado anormal persistente tras dos ciclos de tratamiento.

**En atención especializada:**

Valoración adecuada del sangrado con realización de historia clínica que incluya en todos los casos:

Anamnesis, detallando: fórmula menstrual (tipo, tiempo y cantidad de sangrado y desde cuando sucede), antecedentes de coagulopatías, trastornos endocrinos (tiroides) y toma de terapia hormonal y anticoagulantes, edad y fecha de la última citología cérvico-vaginal realizada.

Realización de pictograma.

Exploración clínica: inspección de genitales externos y cérvix, palpación abdominal, tacto bimanual, índice de masa corporal, tensión arterial, así como exploración ginecológica, ecográfica e histológica según grupo de edad de acuerdo a lo especificado en el proceso.

Pruebas analíticas, si no se han realizado en Atención Primaria.

Ecografía, valoración y tratamiento según esquema terapéutico si:

Exploración física anormal.

Fracaso del tratamiento médico convencional.

Mujeres de 40 ó más años.

Mujeres con factores de riesgo de cáncer de endometrio.

Estudio histológico, con obtención ambulatoria de la muestra y priorizando el método:

Histeroscopia ambulatoria en post-menopáusicas.

Aspiración endometrial en pre-menopáusicas.

Biopsia por legrado en los supuestos recogidos en el proceso.

Valoración del estudio histológico, que será siempre informado por escrito de acuerdo a la clasificación específica que consta en el proceso, e indicación terapéutica.

Tratamiento según esquema terapéutico recogido en el proceso.

Seguimiento con valoración médica para el control de la paciente en tratamiento médico, según cronograma del proceso.

Tratamiento quirúrgico, según indicación, mediante:

Polipectomía, preferentemente histeroscópica, en presencia de pólipos.

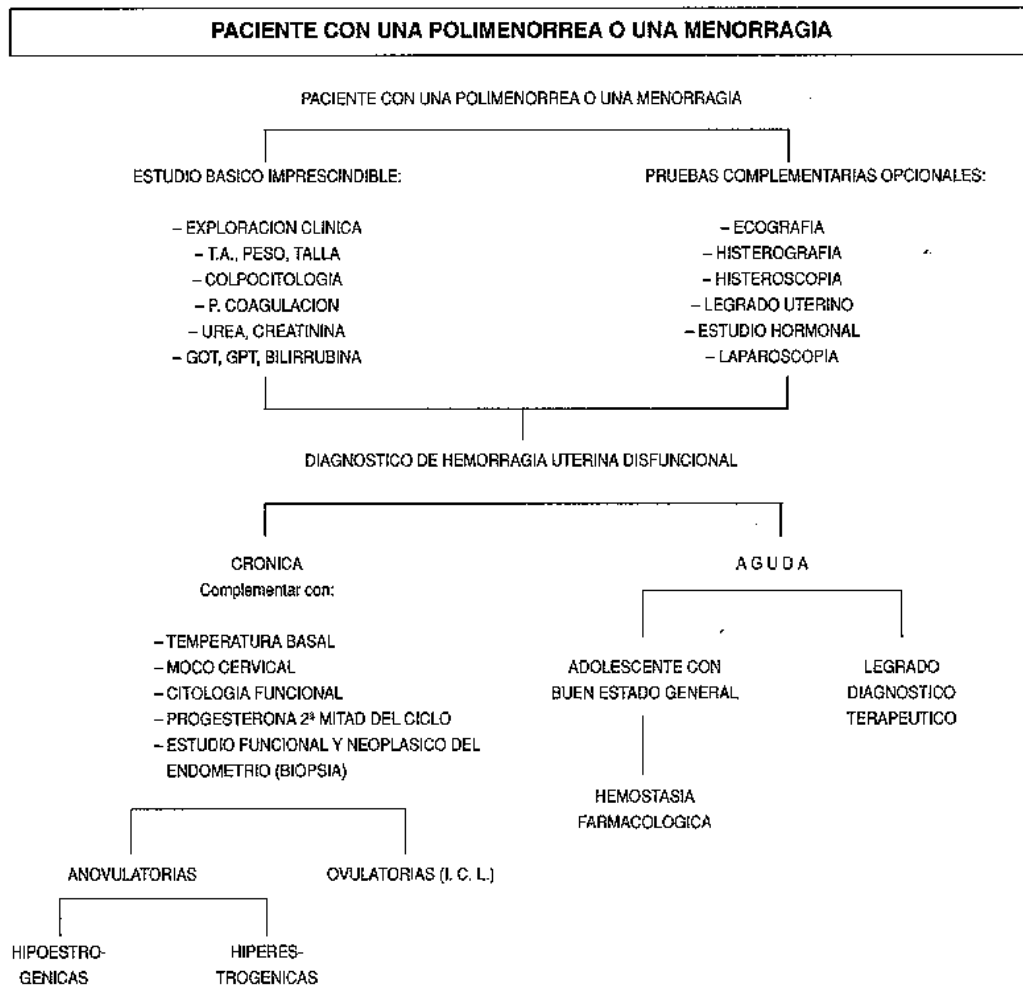
Resección/ablación endometrial, en endometriosis normales disfuncionales, hiperplásicos sin atipias o ante la persistencia de sintomatología tras seis meses de tratamiento adecuado.

Histerectomía, en los supuestos definidos en el proceso.

El alta en el proceso se acompañará siempre de informe y se producirá en caso de:

- a. Pacientes histerectomizadas
- b. Otras pacientes con
  - más de 6 meses sin anemia.
  - más de 6 meses sin tratamiento.
  - pictograma normal.

## Algoritmo Diagnostico de la H.U.D. (SEGO)



# Tratamiento de la H.U.D.

Existen estudios que hablan sobre la efectiva disminución en la calidad de vida de las mujeres que sufren HUD y esto es debido fundamentalmente a las meno-metrorragias en si y a los consecuentes cuadros de anemia que padecen por ello.

El enfoque terapéutico de las H.U.D depende de la **intensidad, de la evolución, edad de la paciente, la presencia de ciclos ovulatorios o anovulatorios, la necesidad de contracepción, el deseo de embarazo, el estado de salud, las preferencias de las pacientes y las contraindicaciones** de los distintos tratamientos.

En términos generales según la SEGO...

- A. Si es **aguda**, debe de practicarse un legrado uterino hemostático. En las adolescentes, cuyo estado general lo permita, es de primera elección el empleo de una hemostasia farmacológica realizada con estro-progestágenos a altas dosis aunque en el caso de no obtener respuesta se practicará un legrado.
- B. Las H.U.D de evolución **crónica** requieren diferente actitud terapéutica, según sean ovulatorias o anovulatorias como dijimos antes. Las ovulatorias son generalmente debidas a la existencia de una insuficiencia del cuerpo lúteo; y en consecuencia, debe de tratarse con gestágenos durante la segunda mitad del ciclo.

Aunque las posibilidades de tratamiento son mucho mayores y hemos de estudiar cada una de ellas de forma aislada. Las Guías de Práctica Clínica nos ayudan a acercarnos a cada una de las posibilidades de tratamiento en la HUD (SOGC, ACOG, RCOG...)

El manejo debe ser individualizado y consensuado entre diversos especialistas donde sobre todo los Médicos de Atención Primaria, Hematólogos y Ginecólogos deben coordinarse para buscar la mejor de las opciones terapéuticas. Esto nos acercará a una mejora substancial

en la calidad de vida de las mujeres y también a una disminución en la tasa de realización de Histerectomías.

## **TRATAMIENTOS MÉDICOS:**

### **Tratamientos Hormonales:**

La terapia hormonal suele estar en la primera línea en los trastornos del sangrado menstrual en las mujeres y es además una terapia eficaz y segura en términos generales.

#### **1. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES:**

Los ACHO son un tratamiento efectivo y seguro en la HUD y reducen el sangrado en un 50% de los casos aproximadamente y a menos que estén específicamente contraindicados (Ej: Mujeres fumadoras mayores de 35 años) su uso se considera de primera línea y tienen una alta tasa de éxito. Incluso aumentan, en parte los niveles de factor de VW o Factor VIII de la coagulación. Son la terapia de elección para las mujeres que desean anticoncepción. Tienen la ventaja, además, de mejorar la dismenorrea. En mujeres perimenopáusicas con sintomatología climatérica son útiles como tratamiento de mantenimiento preparados que combinan estrógenos y gestágenos no anticonceptivos.

Los anticonceptivos orales son efectivos en las mujeres con HUA al inducir la atrofia endometrial y disminuir las pérdidas menstruales.

Incluso algunas Guías de Práctica Clínica como la Canadiense recomiendan el uso de ACHO monofásicos en un régimen continuo sin descansos en mujeres con anemia y cuadros hemodinámicos alterados con las menstruaciones. Esta misma Guía recomienda su uso doblando o triplicando (1c/8horas) la dosis de ACHO durante los primeros 3 o 4 días (Otros estudios dicen 5-7 días) del ciclo si el sangrado es

importante continuando con un comprimido diario hasta finalizar el envase.

## 2. PROGESTÁGENOS:

La terapia con Progestágenos en la fase lútea del ciclo ha sido ampliamente utilizada en el tratamiento de la HUD aunque hemos de decir que hay estudios sin placebo randomizados y controlados que muestran la menor eficacia que el uso de AINEs y Acido Tranexámico. Su utilidad en este caso se restringe a mujeres con ciclos menstruales irregulares dado que es capaz de regular los ciclos.

Aunque el papel de la terapia progestágenos en la fase lútea es controvertido en mujeres con HUD en ciclos regulares, esta ha sido utilizada para la supresión de emergencia de un sangrado uterino continuo. Esto se puede conseguir dando noretisterona (15 mg/día) o acetato medroxiprogesterona (30 mgs/día) durante 3 semanas. La Hemorragia debe cesar en la primera semana tras el cese de la administración de progesterona, pero si esto no ocurre puede aumentarse la dosis en otro ciclo de tratamiento.

Los fármacos más empleados son como hemos dicho la noretisterona y el acetato de medroxiprogesterona (30mg/día) y la progesterona natural micronizada (200-300 mg/día) y su administración puede ser cíclica, pautada en la segunda fase del ciclo durante 10 días (16º-25º) o continua, durante 21 días (5º-26º).

Existe una revisión Cochrane de 2008 y Guías de Práctica Clínica como la neozelandesa que nos explican que los progestágenos administrados desde el día 15 o 19 hasta el día 26 del ciclo no muestran ventajas sobre otros tratamientos tales como danazol, Ac. Tranexámico, AINEs... en el tratamiento de la menorragia en mujeres con ciclos ovulatorios. La terapia con progesterona durante **21 días del ciclo** , desde el 5 al 26 día del ciclo consigue una **significativa reducción del sangrado menstrual** (Grado de recomendación A).

### 3. ESTRÓGENOS:

La utilidad de los estrógenos aislados ha disminuido mucho aunque no dejan de ser una posibilidad de tratamiento alternativo a un legrado ginecológico en una Hemorragia Aguda importante. Pueden administrarse estrógenos equino conjugados I/V: 25 mg cada 4-6 horas durante 24 horas o estrógenos conjugados por vía oral: 10-20 mg/día divididos en 4 dosis.

### 4. DIU LIBERADOR DE LEVONORGESTREL:

El DIU-Ing (mirena®) consiste en un dispositivo de plástico en forma de T, con un depósito que contiene 52 mg de Ing en el interior de su vástago central, lo que asegura una liberación diaria de 20 mcg del gestágeno directamente en la cavidad uterina, durante al menos cinco años. Se observó que las mujeres que utilizaban el siu-Ing como método anticonceptivo presentaban una importante reducción en la cantidad de sangre menstrual, y que hasta un 20% presentaban amenorrea al cabo del primer año, mientras que **se mantenía la función ovulatoria**. El siu-Ing es fundamentalmente un método de contracepción reversible, altamente eficaz, de larga duración y seguro, que debido a su particular mecanismo de acción, presenta otros efectos terapéuticos adicionales, no contraceptivos. Como resultado de la acción directa del Ing sobre el endometrio se produce, además de la reacción a cuerpo extraño común a los DIUs, una atrofia de la mucosa debido al efecto antiproliferativo del gestágeno. Se modifica notablemente la morfología del endometrio, que muestra decidualización masiva del estroma, atrofia de las glándulas y de toda la capa funcional. El endometrio normal produce muchos compuestos activos (prostaglandinas, estrógenos factores de crecimiento... En el endometrio suprimido por el Ing se encuentra inhibida la producción de estos factores.



Alrededor del 20% de las mujeres pueden presentar amenorrea al cabo del primer año, por efecto de la supresión endometrial, conservando la función ovulatoria.

La evidencia actual dice que el DIU-Ing es una opción razonable para el tratamiento de la menorragia en mujeres que desean evitar la cirugía y parece especialmente apropiado para las mujeres que además precisan anticoncepción (Grado Recomendación A).

## **Tratamientos No Hormonales:**

### **1. AINES:**

Las Prostaglandinas Endometriales están elevadas cuando la menstruación es excesiva. Los AINEs reducen los niveles de prostaglandinas inhibiendo la Enzima Cicloxigenasa. El Acido Mefenámico, Ibuprofeno, Diclofenaco, Naproxeno... disminuyen la cantidad del sangrado en las Hemorragias Uterinas de forma eficaz (Grado de Recomendación A). Además los AINEs son también eficaces en el tratamiento de la Dismenorrea por lo cual deben ser tenidos en cuenta de manera constante.

Se habla de una reducción del sangrado en torno a un 20%. Aún así en la revisión Cochrane de 2007 se dice que son menos efectivos que el Acido Tranexámico, el Danazol o el DIU de Levonorgestrel.

Los efectos secundarios de los AINEs son bien conocidos por todos nosotros y engloban dispepsia, vómitos, diarrea, nauseas...

Están contraindicados en pacientes con Úlcera Péptica o intolerancia a los AINEs. También debe tenerse en cuenta que en paciente asmáticos es capaz de provocar exacerbaciones del cuadro de base.

Actualmente no existen suficientes estudios que nos hagan decantarnos más claramente por un tipo específico de AINEs frente a otro.

## **2. Agentes Antifibrinolíticos:**

Los agentes antifibrinolíticos tales como el Acido Tranexámico han mostrado una disminución efectiva del patrón de sangrado de aproximadamente un 40% (Rango de reducción entre el 33% y el 55%) (Grado de Recomendación A). Su modo de acción es el de disminuir la acción fibrinolítica a través de la inhibición de la Activación del Plasminógeno. No se ha demostrado un aumento de efectos secundarios gastrointestinales ni aumento de la incidencia de enfermedad tromboembólica, incluso cuando es usado en mujeres de alto riesgo.

El ácido tranexámico se administra a dosis de 500 mg i.v. o i.m. cada 8-12 horas. Se usa en las hemorragias agudas para controlar el sangrado y en pacientes que presentan hipermenorrea o menorragias; en este último caso se pauta a dosis de 1 gramo cada 6-8 horas durante los días de sangrado. El ácido aminocaproico se pauta a dosis de 1 ampolla v.o. o i.v. cada 4-6 horas o solución 15 ml/6 horas.

## **3. Análogos GnRH:**

El tratamiento con análogos de la GnRH induce un cuadro de hipoestrogenismo que provoca un adelgazamiento endometrial y un establecimiento de una amenorrea. El problema de ello radica en los efectos indeseables del tratamiento como son la aparición de sintomatología menopáusica con sofocos, la pérdida de masa ósea, sequedad vaginal... Estos efectos hacen que este tratamiento sea menos aceptado por las pacientes. El tratamiento con análogos de GnRH puede ser útil en la menorragia/Hipermenorrea y en este caso para evitar los efectos

indeseables se puede asociar a tratamiento con Estrógenos y Progestágenos: “Terapia addback”.

#### **4. Danazol:**

El Danazol es otro tratamiento efectivo para la menorragia y ha sido utilizado con éxito en el control del sangrado excesivo. Se trata de un esteroide sintético con propiedades androgénicas, antiestrogénicas y antiprogestagénicas; y tiene un efecto directo sobre el tejido endometrial. La oligomenorrea e incluso la amenorrea se pueden inducir dando una dosis de 100 a 200mgs por día durante tres-seis meses y se puede mantener administrando una dosis de 100 mg. por día.

Su uso puede estar limitado por sus efectos secundarios, aceptabilidad de la paciente y la necesidad de continuar el tratamiento. El escaso número de ensayos clínicos limita sus recomendaciones en la actualidad.

## TRATAMIENTO EPISODIO AGUDO:

TRATAMIENTO Episodio agudo:	PAUTA	Recomendación
Anticonceptivos orales	30-50 mcg EE x 2-3 comp/día, hasta inhibir sangrado mantener 1-2comp/día 21 días mantener varios meses, según respuesta	A
PROGESTÁGENOS ORALES EN FASE LUTEA	<b>NO EFECTIVA</b>	<b>D</b>

## TRATAMIENTO MANTENIMIENTO:

Anticonceptivos Orales	30 mg EE+ 150 mg LNG, o DSG , EE trifásico+NGT, 1 c/día-21 días, evaluar cada 3 meses	A
Ac. Tranexámico	1gr/6 horas (4 grs diarios), vía oral, durante 3-5 días	A
AINEs: Ac. Mefenámico Ibuprofeno Naproxeno	500 mg/8h 400 mg/8h 550 mg inicial, seguidos de 275 mg/6h	A
SIU-LNG	Inserción intrauterina, Efecto 5 años	A
Noretisterona	<b>5 mg x 3 / día, 22 días(5°-26°) 3 meses</b>	<b>A</b>
Noretisterona	5-10 mg/día x 1-3/día, del 16° al 25°, fase lútea	B
Progesterona micronizada vaginal	200 mg/día, oral, 14° al 25°, fase lútea	B

## **BIBLIOGRAFÍA**

Acién P. Hemorragias Uterinas Anormales. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2004; 302-333.

ACOG practice bulletin. Management of anovulatory bleeding. Int J Gynecol Obstet 2001

SOGC Clinical Practice Guidelines. Gynaecological and Obstetric Management of Women With Inherited Bleeding Disorders. 2005.

NZGG. Guidelines for The Management of Heavy Menstrual Bleeding. 1998.

Hemorragias uterinas anormales: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. 2003.

Gudelia Hernández L. Hemorragia Uterina Anormal. Protocolos Actuación Hospital Primero de Mayo.

Martínez F. Protocolos Del Servicio De Ginecología Categoría: Ginecología General. Menorragia. Departamento Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Instituto Dexeus. Barcelona. 2006.

Gallo Vallejo JL, Diaz Lopez M.A. Opciones Médicas en el Manejo de la Hemorragia Uterina Anormal. Curso de Actualización en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario "Virgen de las Nieves". Granada. 2008.

Protocolos Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Hemorragia Uterina Disfuncional. 1993.

Documento Consenso SEGO. Menorragia. 2002.

Documento Consenso SEGO. Anticoncepcion. 2006.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. The Management of Menorrhagia in Secondary Care. Evidence-Based Clinical Guidelines Nº 5, 1999

Barr RD, Sek J, Horsman J, Furlong W, Saleh M, Pai M, et al. Health status and health-related quality of life associated with von Willebrand Disease. *Am J Hematol* 2003;73:108–14.

Thomas EJ. Add-back therapy for long-term use in dysfunctional uterine bleeding and uterine fibroids. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103(suppl 14):18-21.