

Mesa: Misión Imposible.



# Sangrado Uterino Anormal

Dra. Cecilia Zunana.  
Tocoginecóloga.  
Especialista en Ginecología  
Especialista en Ginecología Infanto Juvenil.



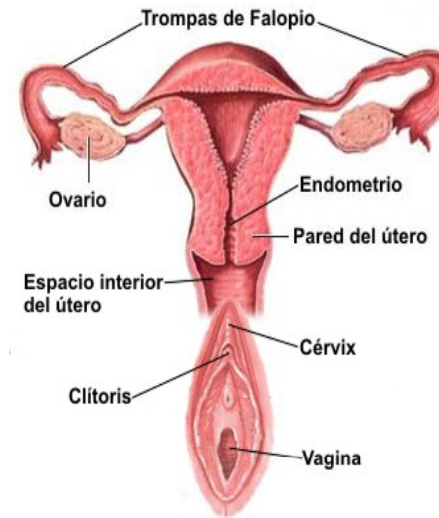
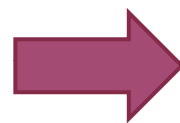
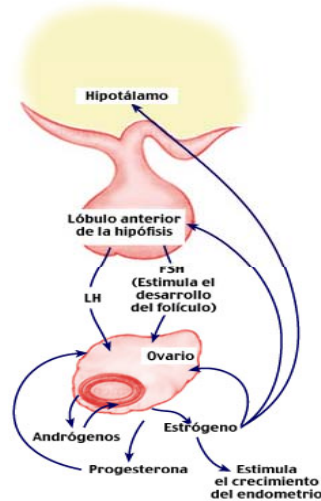
**Sociedad Argentina de Pediatría**

9º Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente  
6º Jornadas de Salud y Educación  
24, 25 y 26 de agosto de 2016



# Sangrado Uterino Anormal

## TRASTORNO EN EL PATRÓN DE SANGRADO MENSTRUAL



Volumen	Regularidad	Frecuencia	Duración	Otros
Abundante	Irregular	Frecuente	Prolongada	Intermenstrual
Normal	Regular	Normal	Normal	Premenstrual
Escaso	Ausente	Infrecuente	Acortada	Postcoital

--- Best Prac Reser Clin Obste and Gyn, 2007 ---

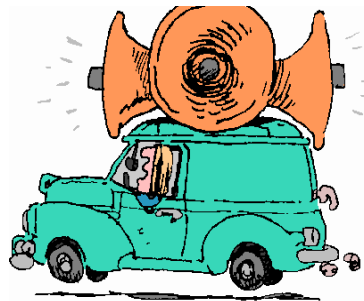
- Obt Gyn Rep Med 2013; 24:1; 1-8.
- Hum Repr Up, , 2003 ;9 (5) 493±504

# Sangrado Uterino Anormal

---

**NORMAL: 30-80 ml**

- 3-6 paños
- < 10 tampones
- Sin rebasamiento
- Coágulos < 2,5 cm

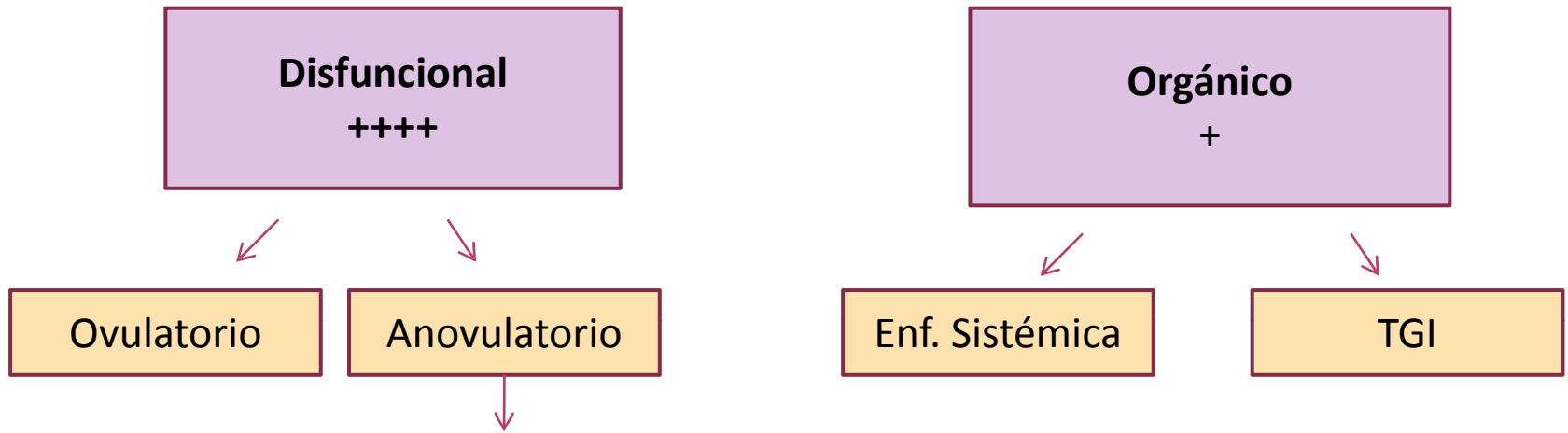


**> 1-2 paños/h**

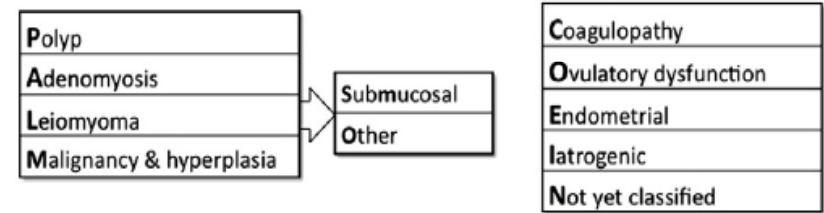
**> 6 paños/día**

**> 7 días**

# Sua: Fisiopatogenia

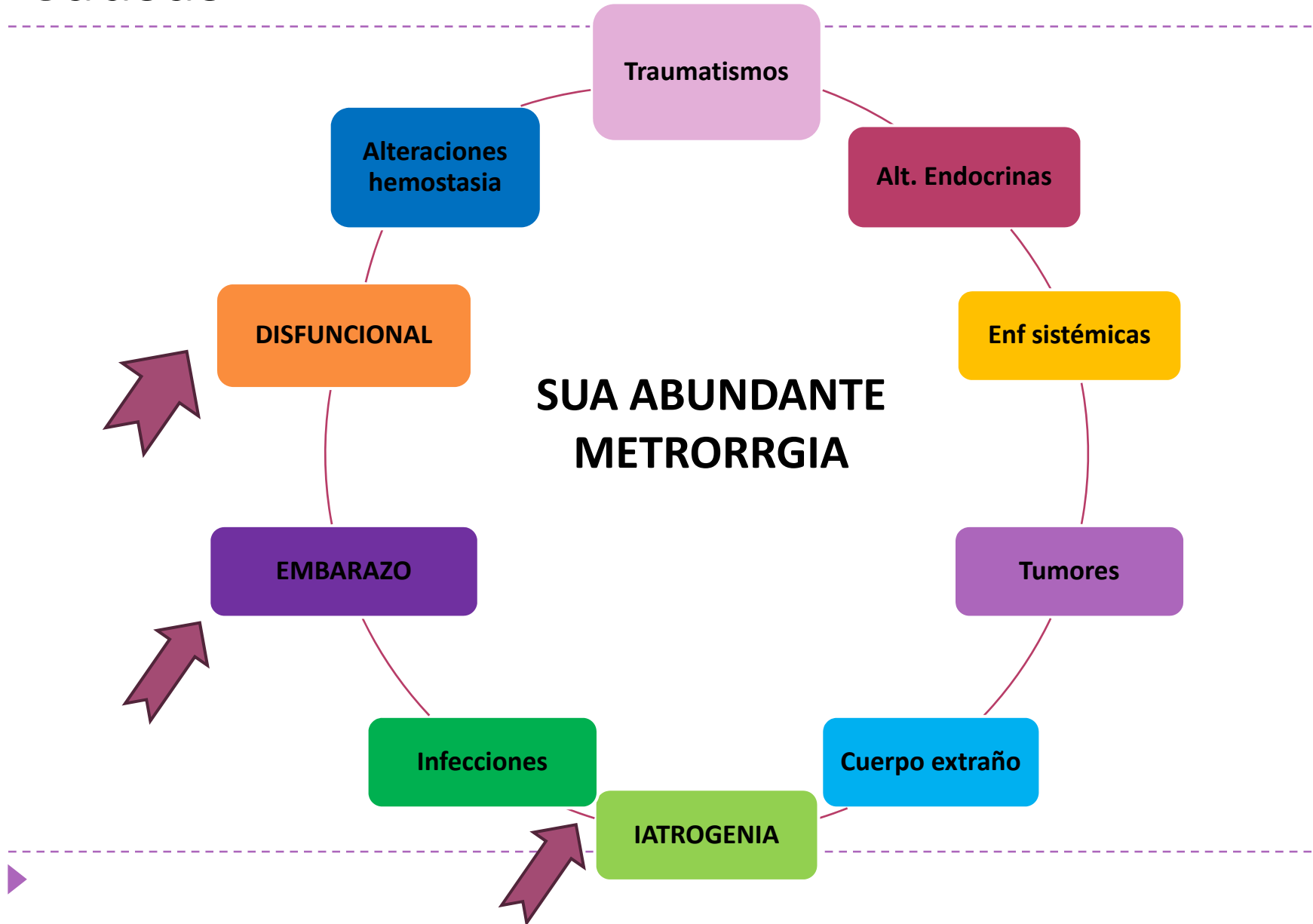


AÑOS Postmenarca	%ciclos anovulatorios
1 y 2°	55-82%
3	50%
5	10-20%



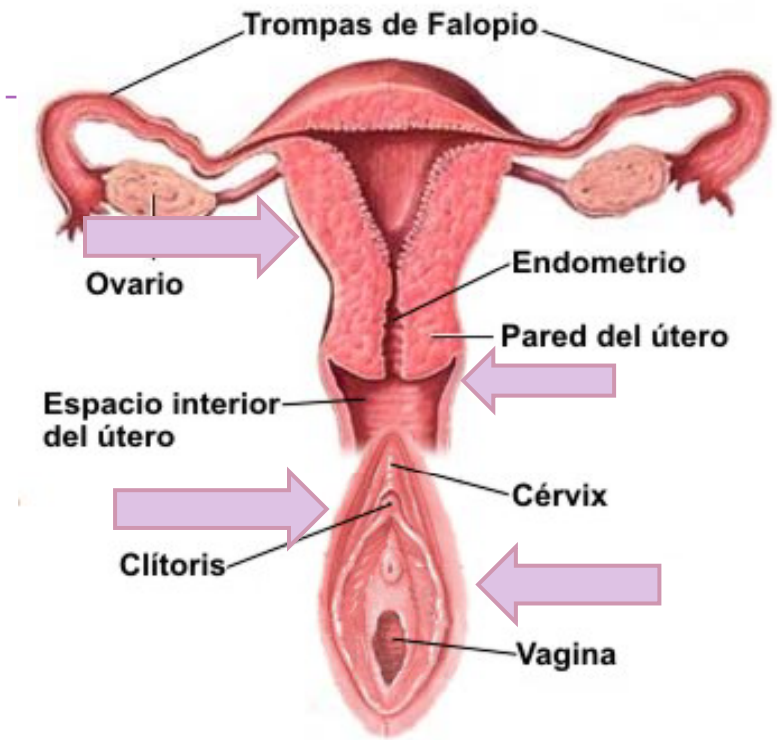
Obstet Gynecol. 2012;120(1):197  
 Am J Public Health. 1996 Feb;86(2):195-9.  
 J Pediatr Adolesc Gynecol 2010; 23:22-30

# Causas



# Manejo

- ▶ **Individualizado**
- ▶ Evaluar estado general
- ▶ Determinar etiología/origen
- ▶ Controlar el sangrado
  
- ▶ Valoración inicial
  - ▶ Anamnesis
  - ▶ Examen clínico general y genital
  - ▶ Descartar embarazo



- ▶ Emerg Med Clin N Am 30 (2012) 991–1006  
Obstet Gynecol (2013)121:891-6

# Datos de importancia:



- ▶ ATC personales, medicación, *quirúrgicos*
- ▶ Edad de la menarca. Ciclos menstruales
- ▶ Fecha de última menstruación (FUM)
- ▶ ENTREVISTA A SOLAS

DURACIÓN

CANTIDAD

FRECUENCIA

IRS

MAC



J Pediatr Adolesc Gynecol (2010) 23:62e70

Obstet Gynecol Clin N Am 35 (2008) 219–234

Human Reproduction Update, (2003 )9 (5): 493-504

# Estudios complementarios

---

- ▶ Subunidad BHCG
- ▶ Hemograma. HB/Hto
- ▶ Rto plaquetario
- ▶ Coagulograma



## ➤ Según Ex. Físico

- Perfil tiroideo. **TSH**
- Andrógenos
- PRL
- Cultivo de flujo

## ➤ *ECOGRAFÍA*

*NO 1era línea*

## *Desódenes Coagulación*

*(7 -48%)*

- ▶ SMP, SMA desde el inicio
- ▶ ATC familiar de coagulopatía
- ▶ Sg de diátesis hemorrágica (Equimosis/ Gingivorra./Epistaxis )

J Pediatr Adolesc Gynecol 2010;23:22-30

- J.Obstet.Gynaecol.Can.2013;35(5.eSuppl):S1-S28

▶ Pediatr Adolesc Gynecol (2011) 24: e35ee38

Thrombosis Research 143 (2016) 91-100



# Abordaje

*No existe consenso sobre el mejor tratamiento*

- ▶ Rápido
- ▶ Disponible
- ▶ Contraindicaciones estrógenos
- ▶ Prevenir recidivas

**HORMONAL (+++)( 50-95%)**

**NO HORMONAL**

Acido Tranexámico (++) ( 50-60%)

Antiprostaglandinas(+) (43%)

**EXCEPCIONALMENTE** quirúrgico



•Estrógenos + Progestágenos ( 60%)

•Progestágenos solos (50%)

•DIU c/LVG (95%)

•Análogos de GnRh (95-99%)

--- SAGIJ 2015- Ed Journal.---

- ▶ Obstet Gynecol Surv 2015 Feb;70(2):115-30
- ▶ Obst Gyne Rep Med. 2014.(1)1-8.

# Clasificación de los sangrados

## LEVE

- < 10 días // Abundantes // ciclos acortados
- **HB > 11 mg/dl** ---- HTO 33 y 36%

## MODERADO

- + prolongadas(> 10 días) // **MUY abundante** // ciclos acortados.
- **HB 9 - 11 mg/dl** -----HTO 27 y 33%.
- No compromete la vida de la paciente

## SEVERO

- **HB ≤9** -----HTO ≤27.
- Puede o no comprometer la vida de la paciente
- **EVALUAR INTERNACIÓN** con HB <7 mg/dl

# SUA Leve

## Tratamiento Hormonal Combinado

---

**EXPECTANTE**

**ANTICONCEPTIVOS ORALES**

**PROGESTÁGENOS**  
**Ciclos**  
**cortos o largos**

2x día  
1 x día

AMP 10mg/día  
AC NET 10mg/día  
Prog Micr 200  
mcg/día

---

Obstet Gynecol Clin N Am 35 (2008) 219–234

▶ J.Obstet.Gynaecol.Can.2013;35(5.eSuppl):S1–S28

Am J Obst Gyn 2016 ,214 (1) , 31 - 44

# SUA Moderado

## Tratamiento Hormonal Combinado

### **ANTICONCEPTIVOS ORALES**

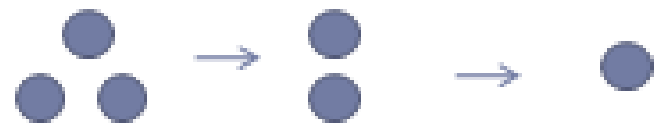
*EE+ levonorgestrel*



***3 pastillas día x 3 días***  
***2 pastillas día x 3 días***  
***1 pastilla día mín 2 sem***

### **PRIMOSISTON®**

*EE 0.01 mg + Ac NET 2mg*



Obstet Gynecol Clin N Am 35 (2008) 219–234

J.Obstet.Gynaecol.Can.2013;35(5.eSuppl):S1–S28

Am J Obst Gyn 2016 ,214 (1) , 31 - 44

# SUA Severo

## Tratamiento Hormonal Combinado

---

➔ **Benzoato de estradiol 10 mg + Caproato de hidroxiprogesterona 250mg**  
(**PRIMOSISTON® ampolla**) IM



**PRIMOSISTON COMP o ACO combinado** 1 comp c/ 6 hs (VO)



Cese de la hemorragia

1 c/ 8 hs x 3 días ➔ 1 C/ 12 hs x 3 días ➔ 1x día x 2-3 semanas.

➔ PREVENCIÓN de recidiva

# Tto para Contraindicacion a Estrógenos



## ATC PERSONAL

- Historia de trombosis o ACV
- HTA no controlada
- Migraña con aura
- Enfermedad coronaria
- Enfermedad Hepática
- Cáncer de mama
  
- CI relativa: enfermedades autoinmunes LES

- ▶ **Acetato de medroxiprogesterona** (*FARLUTALE®*, *LIVOMEDROX®* 10 mg), 1 a 2 comp C/12 hs x 10 días
  
- ▶ **Acetato de norestisterona** (*PRIMOLUT NOR®* 10 mg) 10-15 mg / día x 10 días
  
- ▶ **Progesterona micronizada** 200-300mg x 10 días (*PROGEST®*, *UTROGESTÁN®*, *FASELUT ICN®*, *GESTER®*, *MAFEL®*)

*Obstet Gynecol 2006;108:924-9*

▶ *J.Obstet.Gynaecol.Can.2013;35(5.eSuppl):S1-S28*

*Vademecum PR 2016*

# SUA Anemizante: Prevención de recidivas

Sostén por 3-6 meses



Combinado

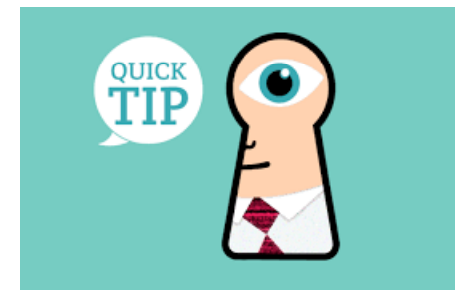


10 a 21 días de progestágenos mensuales

- ▶ ANEMIA IMPORTANTE
- ▶ COAGULOPATÍA PERSISTENTE
- ▶ PLAQUETOPENIA

## Ventaja:

- Sangrados uterinos
  - ✓ Regulares
  - ✓ Predecibles
  - ✓ Escasos
- Anticoncepción segura
- Mejora dismenorrea y SDPM



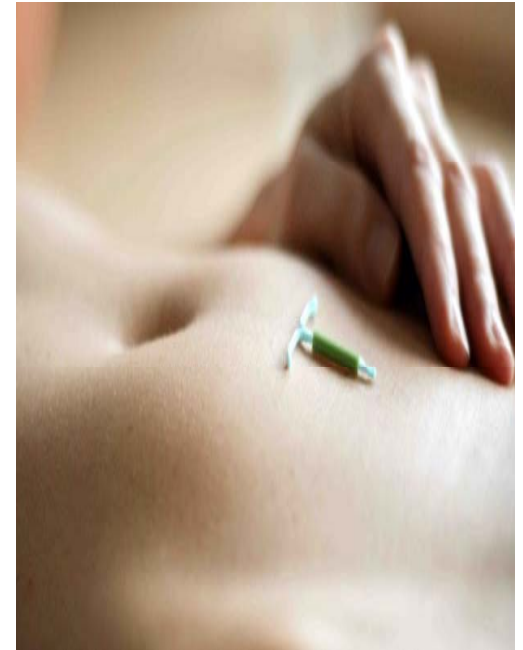
Considerar ACO **RANGO EXTENDIDO** X **3 CICLOS DE 21**  
**COMPRIMIDOS** o hasta spotting

▶ J.Obstet.Gynaecol.Can.2013;35(5.eSuppl):S1-S28  
Am J Obst Gyn 2016 ,214 (1) , 31 - 44

# SIU: Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel

---

- ▶ Mejora DISMENORREA + SUA
- ▶ Duración: 5 años
- ▶ AMENORREA AL AÑO 20-80%
- ▶ Reduce el sangrado en **95%**



***ACOG: “DIU debería ser considerado opción de primera línea tanto en nulíparas adolescentes como en mujeres con hijos”***

- 
- ▶ ACOG Committee Opinion N°539.(2012) .  
Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2007 .21( 6) 1007–1021



# Alternativa: AINES

---

## SANGRADOS OVULATORIOS REGULARES PREDECIBLES



- **Acido mefenámico 500 mg c/ 8 hs.**  
*Ponstil forte*
- **Ibuprofeno 400 mg c/ 8 hs**
- **Naproxeno sódico 500mg c/12 hs**



CI en desórdenes hemorragíparos por efecto en agregación plaquetaria.

**Ac. Tranexámico. 1 gr 2-3 veces/día x 5 días. CI en TEV.**

# Conclusión

---

- ▶ Existe alta frec. de alteraciones menstruales en adolescencia
- ▶ La mayoría son **disfuncionales** por inmadurez HHG.
- ▶ SIEMPRE descartar
  - ▶ Embarazo así niegue IRS /ITS
  - ▶ Desórdenes de coagulación

SUA AGUDO debe ser dirigido con rapidez

- Considerando contraindicaciones y riesgo de TEV
- **Uso 1era línea combinación de Estrógenos y Progesterona en dosis Decrecientes**
- Prevención de recidivas





# Diagnósticos diferenciales SUA en adolescentes

Endocrino	DS coagulación	Embarazo	Infecciones	uterino	Medicación	Otra
Anovulación	Von Willebrand	Aborto	Cervicitis	Mioma	ACMP	Trauma
PCO	Disf. Plaquetaria	Embarazo	Endometritis	DIU	AntiCoag	Cuerpo extraño
Sme Met.		EE		Pólipo		
Alt. Tiroideas	Trombocitopenia				Otras	
Otras	Alt prod coagulación	Enf. trofoblástica		Cáncer		Cáncer vagina