

# **7º Congreso Argentino de Pediatria General Ambulatoria “Salta 2018”**

**“Cuanto sabe el Pediatra de  
*Metrorragias y Anticoncepción  
de Emergencia*”?**

**Dra. Teresa D’Orsi  
Medica Pediatra-Hebiatra**

**CEPA /SAP**

# METRORRAGIAS



- Es toda Hemorragia Genital que proviene del útero, excluida la menstruación.
- Hipermenorrea: Sangrado excesivo por mas de 7 días con intervalos regulares.
- Menometrorragia: Sangrado abundante que se presenta con intervalos irregulares.

# **IMPORTANTE: Diferenciarlas de otras hemorragias genitales.**



- Vulvovaginitis, agudas, crónicas, recidivantes.
- Parasitosis.
- Traumatismos
- Cuerpo Extraño.
- Tumores del tracto genital u ováricos funcionantes.
- Discrasia sanguínea.
- Menarca Prematura.
- Estrógenos exógenos.
- **ABUSO .**

# Posibles etiologías de metrorragias en Adolescencia

- ANOVULACION SECUNDARIA A LA INMADUREZ DEL EJE HHG. (Mas frecuente)
- Trastornos de la coagulación: Déficit de factores de la coagulación: trombocitopenia, etc.
- Infecciones: Endometritis, cervicitis.
- Uterinas: Miomas, pólipos, CA, DIU.
- Medicación: anticoagulantes, anticonceptivos.
- Endócrinas:
  - patología tiroidea, SOP, hiperprolactinemia.
  - Traumatismos.
  - **EMBARAZO..**

# CICLO MESTRUAL NORMAL.



- El ciclo normal es la interacción de hormonas hipotalámicas, hipofisarias y ováricas. (HHO),
- se activa en la pubertad aumenta la secreción de la hormona hipotalámica liberadora de gonadotrofinas o GnRH.
- La GnRH se segrega induciendo la liberación, de las gonadotrofinas hipofisarias LH y FSH.
- Estas actuando sobre el ovario produce la secreción de los esteroides sexuales.

# Hemorragia Uterina Disfuncional

## Ciclo Ovulatorio **normal**:

- Secreción de estradiol: Crece el folículo, prolifera el endometrio.
- Secreción de progesterona: con la ovulación y el endometrio se transforma en secretor.

## Ciclo **Anovulatorio** :

- No hay secreción de progesterona, prolifera indefinidamente el endometrio y cuando descama da sangrados prolongados y de mayor intensidad.

# Hemorragia uterina disfuncional



- Es auto limitada, pocas veces lleva a hemorragia intensa con shock.
- Anovulación: 55 a 82% de los ciclos en el 2º año de edad ginecológica.
- 30 a 50% entre 2 y 4 años EG.
- 0 a 20% en el quinto año de la post menarca.  
(McDonough y Garnett).

# METODOS DIAGNOSTICOS



- **Abordaje Integral :**
- **Anamnesis.**
- **Examen físico.**
- **Exámenes complementarios.**

**Edad, Menarca, Antecedentes de Menstruaciones.**

**Uso de medicación.**

**Sangrados en otras circunstancias.**

**Historia de anemia.**

**Antecedentes familiares de coagulopatías.**

- **Descartar : debut de Leucemia aguda.**



# Evaluación del Pictograma



- Sangrado: 1 punto si es leve  
5 puntos moderada  
20 puntos abundante
- Coagulos: 1 punto , menor de 3 cm.  
5 puntos, mayor de 3 cm.
- Hemorragia: suma 5 puntos.
- Si la suma es mayor de 100, el sangrado es **excesivo** y se **debe** estudiar

# Anamnesis



- **Importante:**
  - acompañada, para saber bien antecedentes familiares.
  - a solas, para saber actividad sexual, uso de MAC, embarazo, administración de alguna medicación.
  - antecedentes personales: sangrados, cambios en el peso, actividad física, características de los ciclos.

# Examen Físico



- Desarrollo caracteres sexuales secundarios.
- Estado nutricional; peso, talla, IMC,
- Coloración de mucosas.
- Palpación tiroides.
- Acné, hirsutismo, acantosis nigricans, estrías.
- Trofismo mamario, si hay secreción mamaria (galactorrea).
- Inspección de genitales externos
- **Tensión arterial y FC**, parámetros para ver repercusión hemodinámica.

# Exámenes Complementarios



- Hemograma. (Hb. Hto) Rto de Plaquetas
- Coagulograma completo, dosaje de factor VIII, Factor de Von Willebrand (causa mas común).
- Dosaje de subunidad beta cuantitativa
- Ecografía ginecológica. (trasvaginal si IR).

# Objetivo del Tratamiento



1. Cohibir la hemorragia
2. Tratar la anemia y la descompensación hemodinámica.
3. Evitar la recidiva.
4. Restituir el ciclo bifásico.

# Tratamiento



- ***Sangrado leve***: Sin alteración hemodinámica y Hb > a 11g./l. **Expectante**
- Tranquilizar. dieta rica en hierro y AINE (Ac. Mefenámico) Postil Forte 500mg.
- Estimula la agregación plaquetaria y aumenta la vasoconstricción.
- Si esta ansiosa usar progestágenos cíclicos o preparados de estrógenos-progestágenos

# Tratamiento hormonal. Sangrado leve.



## ❑ *Progestágenos cíclicos del día 16 al 25:*

Acetato de medroxiprogesterona 10mg Via oral

- **Farlutale**

Acetato de noretisterona 5mg c/12h Oral

- **Primolut Nor**

- Progesterona micronizada 100mg/12h Oral. **Progest**

## ❑ *Estrógenos-Progestágenos:*

Valerato de Estradiol 2mg + Levonorgestrel 0,25mg  
1 comprimido / día, por 21 días.

- **Primosiston**

# ***Sangrado Moderado: Sin alteración hemodinámica, Hb 9 a 11 g/l.***

- ❑ ***Tratamiento Hormonal : Cohíbe la hemorragia Regula los ciclos***
- ❑ ***Suplemento de hierro por 3 meses.***

# Tratamiento hormonal. **Sangrado Moderado**



- ***Primosiston:*** Acetato de noretisterona 2mg+etinilestradiol 0,01mg. 1 comp, oral cada 8h. 3 comp por día . 10 días. Cesa la hemorragia.
- ***Anticonceptivos combinados, estrógenos y progesterona, con 30 mcg de estrógenos***
  - ❖ *1comp cada 6h, hasta el cese del sangrado .*
  - ❖ *Luego se disminuye un comp, cada 2 días hasta completar 21 días sin sangrado.*
  - ❖ *Al finalizar habrá un sangrado por privación y quedará con ACO por 3 meses.*
- ***Primolut*** Acetato de Noretisterona 5mg. *1 por día 10días.*

# Tratamiento, Sangrado Grave



- Hb < 9g./l . Repercusión hemodinámica
- INTERNACION :
  - Reposición de volumen.
  - Hb < de 7g./l trasfundir.
  - Cesar la hemorragia con tratamiento hormonal combinado *estrógenos y progesterona inyectable.*
  - ***Primosiston cada 4hs hasta cese de sangrado.***
  - ***Primosiston oral 1 comp/ 12 hs 10 días.***
  - ***Por privación en 10 días aparece menstruación***
  - ***Superada la urgencia; tratamiento con ACO oral por 6 meses, ferroterapia y dieta rica en hierro.***

# MUCHAS GRACIAS

