



TEMA -2016: Sangrado Uterino Anormal



**ISSN
2215-2741**

Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845

Recibido: 08/05/2016
Aceptado: 06/10/2016

Alman Louis Orane Hutchinson¹

¹Médico Residente de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios. CCSS, San José, Costa Rica. Correo electrónico: alman.orane@gmail.com

RESUMEN

El sangrado uterino anormal, por los múltiples orígenes del trastorno, corresponde a un motivo de consulta importante, por lo tanto, todo médico que participe en la atención de mujeres debe estar preparado para poder evaluar adecuadamente un sangrado uterino anormal. Es importante lograr diferenciar entre un sangrado de características normales y cuando hay patología. Así mismo, identificar las posibles causas del sangrado a través del sistema de clasificación PALM-COEIN y a partir de este dar un tratamiento dirigido a la causa o referir a la paciente a un nivel de atención superior.

PALABRAS CLAVE

Sangrado uterino anormal; menstruación; patrón de menstruación; sistema PALM-COEIN

ABSTRACT

Abnormal uterine bleeding, due to its many possible origins, represents a common consult to physicians whose practice involves women. When approaching this condition, it is of most importance to differentiate the pathologic events from the normal variations of menstruation. Equally transcendent is identifying the possible cause of the abnormal bleeding with help of the PALM-COEIN system and indicating an appropriate treatment or referring the patient to a more specialized center to solve the situation.

KEY WORDS

Abnormal uterine bleeding; menstruation; bleeding pattern; PALM-COEIN

INTRODUCCIÓN

El sangrado uterino anormal es un motivo de consulta importante a los médicos encargados del cuidado de la mujer. En otras palabras, un médico



que participe en la atención de pacientes regularmente, en algún momento tendrá que enfrentarse a una situación que involucre alguna de las entidades causantes del sangrado uterino anormal.

El ciclo menstrual se caracteriza por no tener una duración específica, una pérdida sanguínea estándar o una frecuencia definida para todas las mujeres, sino que estas variables presentan un amplio rango de variabilidad. En cuanto a la duración normal, se describe una pérdida de sangre durante 3 a 8 días. Con un volumen de sangre liberado de entre 5 a 80 ml por ciclo. La frecuencia menstrual normal se refiere a la presencia de intervalos de sangrado de 24 a 38 días. Ya definido lo que corresponde a un ciclo normal, se puede proceder a desglosar el tema del sangrado uterino anormal (SUA).¹

DISCUSIÓN

Definición

El sangrado uterino anormal se refiere a la alteración en la del ciclo menstrual normal. Puede que se deba a cambios en la regularidad, la frecuencia del ciclo, la duración del flujo o el volumen de sangrado menstrual.¹

El SUA puede clasificarse en SUA de causas orgánicas y sangrado uterino disfuncional (SUD). El SUA orgánico puede subclasificarse en enfermedades del tracto reproductivo y en enfermedades sistémicas. Por otro lado, el SUD se puede, luego de descartar causas orgánicas, clasificar en anovulatorio (que comprende la mayoría de los casos) y en ovulatorio. Otra forma de clasificar el SUA es por medio del sistema PALM-COEIN que se describirá más adelante.²

Patrones de sangrado uterino anormal

Si bien el sangrado uterino anormal se puede clasificar de acuerdo a la causa, las diferentes entidades pueden manifestarse de formas variadas, en diferentes patrones de presentación:

1. Metrorragia/Hipermenorrea: se refiere al flujo aumentado o prolongado. La presencia de coágulos al evaluar el sangrado puede no considerarse anormal, pero si sugiere sangrado excesivo. Sangrado de

tipo grifo abierto siempre se considera patológico. Puede presentarse en pacientes con miomas submucosos, complicaciones del embarazo, adenomiosis, hiperplasia endometrial, tumores y SUD.³

2. Hipomenorrea/Criptomenorrea: se le denomina así al flujo menstrual escaso, que se puede presentar como spotting o manchado solamente. Causas de esta presentación pueden ser por obstrucción tanto estenosis himenial como cervical, sinequias uterinas como en el síndrome de Asherman y en pacientes que utilizan anticonceptivos orales.³
3. Metrorragia: este es el sangrado que se presenta entre menstruaciones a lo largo del ciclo. El sangrado ovulatorio ocurre a mitad de ciclo, se presenta como spotting. Otras causas son los pólipos endometriales, y carcinoma endometrial y cervical. Una causa reciente es el uso de estrógenos exógenos.³
4. Polimenorrea: se refiere a los periodos que ocurren muy frecuentemente. Se asocia más a anovulación y menos con fase lútea corta.³
5. Menometrorragia: es el sangrado que ocurre en intervalos irregulares, con un volumen y duración variable. Cualquier causa que produzca sangrado intermenstrual puede llevar a este. Un inicio repentino de sangrado puede sugerir un proceso tumoral maligno o complicaciones del embarazo.³
6. Oligomenorrea: este término describe los periodos que ocurren con intervalos mayores a 35 días. Amenorrea se diagnostica cuando no han ocurrido menstruación en más de 6 meses. usualmente, el sangrado es escaso y puede asociarse a anovulación ya sea de causas endocrinas o sistémicas. Tumores secretores de estrógenos producen oligomenorrea.³
7. Sangrado de contacto/Postcoital: es el que se presenta luego del coito y se consi-



dera un signo de cáncer cervical hasta demostrar lo contrario. Otras causas más comunes son el ectropión, pólipos cervicales, infección vaginal o cervical y vaginitis atrófica.³

El sangrado uterino anormal agudo se presenta como un episodio de sangrado abundante el cual es de gravedad suficiente para requerir intervención inmediata para evitar una pérdida mayor de sangre. Puede ocurrir en el contexto de sangrado uterino anormal crónico o puede ser manifestación inicial del cuadro.⁴

Causas

El Grupo de Trastornos Menstruales de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), desarrolló un sistema de estratificación que permite clasificar las causas del sangrado uterino anormal en dos grupos. Los componentes o entidades estructurales que son identificables por medio de estudios de imagen o histopatológicos, es decir, las alteraciones anatómicas. El otro grupo corresponde a las entidades no estructurales, es decir, que requieren estudios de laboratorio, pruebas hormonales o son diagnósticos de exclusión. Estos dos grupos se denominan PALM y COEIN, siendo los acrónimos de las distintas entidades que componen cada grupo.^{1,4}

P: Pólipos

Los pólipos uterinos son excrescencias focales endometriales que pueden encontrarse en cualquier parte de la cavidad uterina. Típicamente están formados por tejido fibroso, vasos sanguíneos y espacios glandulares. Se clasifican en presentes o ausentes. Se definen por medio de ultrasonido, histerosonografía y/o histeroscopia, con o sin estudios histopatológicos. El endometrio de apariencia polipoide no debe incluirse en esta categoría ya que puede ser una variante normal.^{1,4,5,6}

A: Adenomiosis

Tradicionalmente, la adenomiosis se diagnostica a través de la evaluación histopatológica de la profundidad del tejido endometrial por debajo de la interfase endometrio-miometrial de las muestras de histerectomía. Este método tiene un valor limi-

tado para la clasificación clínica. Gracias a la implementación de técnicas de imagen, se han desarrollado criterios diagnósticos con base en la sonografía y la resonancia magnética. Hallazgos sonográficos que sugieren la presencia de adenomiosis son: 1) Ecogenicidad miometrial heterogénea difusa, estriaciones y la unión endometriometrial indefinida. 2) Lagunas anecoicas y/o quistes. 3) Ecotextura miometrial anormal focal, bordes indefinidos. 4) Útero globular y/o asimétrico sin relación con leiomiomas.^{1,4}

L: Leiomiomas

La mayoría de los miomas son asintomáticos, es decir no siempre su presencia explica el sangrado uterino anormal. Es por esto que para los leiomiomas se creó un sistema de clasificación primario, secundario y terciario.^{1,4}

El sistema primario indica la presencia o ausencia de uno o más miomas sin considerar la localización, el número y el tamaño. El sistema secundario requiere que se identifiquen los miomas que afectan la cavidad endometrial, es decir los submucosos y diferenciarlos de los otros. El sistema terciario o de Wamsteker fue diseñado para los leiomiomas submucosos, sin embargo, se expandió para clasificar los intramurales y los subserosos como muestra el cuadro 1.⁴

M: Malignidad y premalignidad

Pese a que son cuadros poco comunes en pacientes en edad reproductiva, la hiperplasia atípica y la malignidad son causas potenciales o hallazgos relacionados con el sangrado uterino anormal. Debe considerarse en cualquier mujer en edad reproductiva y más en las que presenten factores de riesgo. Estas pacientes que, al presentar un proceso neoplásico, deberán subclasificarse con el sistema de la Organización mundial de la Salud o el de la FIGO.^{4,1,6}



Los anteriores corresponden a los componentes de la clasificación de la FIGO que describe las causas estructurales. A continuación se describirán los no estructurales.

C: Coagulopatía (trastornos sistémicos de la hemostasia)

Este concepto engloba los trastornos sistémicos de la hemostasia que pueden causar sangrado uterino anormal. 13% de las mujeres con sangrado abundante tiene trastornos sistémicos de la hemostasia, siendo el más frecuente la enfermedad de von Willebrand. El 90% de las pacientes que padecen de trastornos de la coagulación pueden identificarse con una historia clínica adecuada respondiendo a los siguientes enunciados: 1) Sangrado menstrual abundante desde la menarquía, con coágulos de más de 2 cm o uso de más de 1 toalla por hora. 2) uno de los siguientes: a. hemorragia posparto; b. sangrado relacionado con un procedimiento quirúrgico; c. sangrado relacionado con un procedimiento dental. 3) Dos o más de los siguientes síntomas: a. equimosis una o dos veces por mes; b. epistaxis una a dos veces por mes; c. sangrado frecuente de encías; d. antecedentes familiares de síntomas de sangrado.^{1,4,7}

O: Trastornos ovulatorios

Las alteraciones ovulatorias pueden llevar a una mezcla de tiempo de sangrado y volumen de flujo variable. La mayor parte de los trastornos ovulatorios carecen de un origen definido sin embargo, muchas veces se consideran como endocrinopatías, por ejemplo, hipotiroidismo, hiperprolactinemia, obesidad, anorexia, síndrome de ovario poliquístico, etc. Otra causa de las alteraciones ováricas puede ser de origen iatrogénico, ya sea por el uso de esteroides exógenos o medicamentos que afecten el metabolismo de la dopamina.^{1,4,6}

E: Causas Endometriales

Se considera que la causa primaria del sangrado es el endometrio cuando el sangrado se presenta en un contexto de menstruaciones predecibles, cíclicas, que sugieren ovulación normal, en ausencia de otras causas.^{4,1,6}

El sangrado abundante puede hacer pensar en un trastorno primario de los mecanismos reguladores

locales de la hemostasia. Esto puede deberse a deficiencia en la producción de vasoconstrictores como endotelina y prostaglandina F2 α . Otra causa podría ser la lisis acelerada del coágulo endometrial originada por la producción aumentada de activador del plasminógeno. Además, puede deberse a la producción aumentada local de sustancias que promueven la vasodilatación (prostaglandina E2 y prostaciclina).⁴

La inflamación endometrial y la infección, las anomalías en la respuesta inflamatoria local o las aberraciones en la vasculogénesis del endometrio pueden provocar sangrado intermenstrual.⁴

I: Iatrogénico

El sangrado de avanzada se refiere al sangrado endometrial que se presenta por el uso de esteroides exógenos. Los dispositivos intrauterinos, como el liberador de levonorgestrel causan sangrados endometriales que clasifican dentro de este grupo, pueden presentar sangrado de avanzada en los primeros seis meses de terapia. Los sangrados asociados al uso de anticoagulantes se clasifican dentro del grupo C mientras que los medicamentos que alteran la ovulación se agrupan en la categoría O.^{1,4}

N: No clasificado

Dentro de este grupo de causas se encuentran las que se han definido deficientemente como causales del SUA, es decir que pueden o no contribuir al sangrado. También se incluyen las condiciones que se han evaluado de forma deficiente o son muy raras como las malformaciones arteriovenosas y la hipertrofia miometrial.^{1,4}

Evaluación

Debido a que el SAU puede tener múltiples causas probables, la evaluación de la paciente debe hacerse de forma sistemática y teniendo siempre en cuenta el gran abanico de posibilidades diagnósticas.

La historia clínica debe incluir síntomas sugestivos de anemia, historia sexual y reproductiva, calidad de vida, síntomas que sugieran causas sistémicas, síntomas asociados a causas pélvicas como descarga vaginal y dolor pélvico, uso de medicamentos o dispositivos intrauterinos y descartar



embarazo. Al realizar el examen físico siempre hay que valorar los signos vitales, el estado nutricional, examinar tiroides, piel y anexos, y el examen abdominal. No se debe dejar de lado el examen ginecológico completo, valorar vulva, vagina, ano, uretra y en pacientes con vida sexual activa cérvix. Realizar el examen bimanual y descartar la presencia de gestación. Se debe descartar el embarazo así como patología uterina benigna o maligna. Para esto se puede recurrir a la ultrasonografía endovaginal preferentemente, realizar la citología cérvicovaginal, tomar biopsia de endometrio dirigida o no por histeroscopia. Se puede medir además la prolactina y explorar la glándula tiroides, las cuales podrían verse alteradas en trastornos anovulatorios.^{1,2}

Se debe determinar la cantidad, frecuencia, regularidad del sangrado, la presencia de sangrado intermenstrual y/o poscoital, la existencia de síntomas premenstruales y dismenorrea puede contribuir a diferenciar entre sangrados anovulatorios y ovulatorios. Se debe evaluar la historia familiar de coagulopatía, miomatosis uterina.¹

El SUA de origen ovulatorio suele ser regular, se puede asociar a síntomas premenstruales y dismenorrea. Por otro lado, los cuadros anovulatorios se presentan más comúnmente en adolescentes y premenopáusicas, es irregular, prolongado y abundante.¹

Al evaluar la pérdida de sangre se debe tomar en cuenta lo subjetivo que puede ser la respuesta que de una paciente al preguntarle que cuánto sangra. Una forma de estimar la pérdida de sangre es cuantificando la cantidad de toallas sanitarias y tampones que utiliza una paciente. Aproximadamente, un tampón absorbe 5 ml de sangre y una toalla sanitaria absorbe cerca de 15 ml.¹

El cuadro 2 ilustra el volumen aproximado que se presenta de acuerdo con la saturación del tampón o la toalla sanitaria.

Se deben tomar en cuenta otros factores a la hora de evaluar a la paciente con un SUA, estos signos y síntomas pueden orientar al momento de indicar pruebas de laboratorio. Por ejemplo, una paciente que presente hirsutismo puede guiar a solicitar niveles de estradiol, hormonas folículo-estimulante (FSH) y luteinizante (LH), progesterona del día

21 del ciclo, dihidroepiandrosterona, testosterona, androstenediona, cortisol, etc., que contribuirán determinar si la paciente presenta un síndrome de ovario poliquístico, un tumor ovárico, hirsutismo constitucional o un trastorno suprarrenal. A una paciente que presente acantosis nigricans se le podría solicitar FSH, LH, estradiol, glucosa, insulina, etc., lo que permitirá diferenciar entre un síndrome de ovario poliquístico que presenta relación FSH-LH invertida, hipogonadismo hipogonadotrófico (FSH, LH y estradiol bajos), hipogonadismo hipergonadotrófico (LH y FSH altas, estradiol bajo) o resistencia a la insulina, entre otras causas.²

En caso de sospecharse un SUA secundario a coagulopatía, siempre se debe solicitar hemograma completo, tiempos de protrombina y de trombo-plastina parcial activada. Si se sospecha enfermedad de von Willebrand, el ensayo del factor VIII, antígeno en contra del factor de Von Willebrand medido por ensayo de cofactor de ristocetina permite llegar a este diagnóstico.²

Tanto la ultrasonografía como la histeroscopia pueden detectar anomalías intracavitarias. Se recomienda la sonografía previo a la realización de la histeroscopia al ser un procedimiento menos invasivo.⁸

En cuanto a los estudios histológicos y de gabinete que se pueden realizar, el ultrasonido es de primera elección. Permite identificar anomalías estructurales. La histeroscopia se puede realizar cuando los hallazgos ultrasonográficos no son concluyentes o se sospecha de alteración histológica. La biopsia endometrial permite determinar la presencia de cáncer endometrial o hiperplasia con atipia. Las indicaciones para la toma de biopsia incluyen: 1) línea endometrial ≥ 12 mm; 2) hemorragia persistente; c) edad ≥ 40 años; d) peso ≥ 90 kg; e) mujeres < 39 sin respuesta a tratamiento. Cuando no se logra realizar una aspiración manual endouterina (AMEU) o la histeroscopia, el legrado uterino instrumentado (LUI) es el siguiente paso a tomar.¹

Cuando se han descartado causas estructurales, iatrogénicas y sistémicas, se puede pensar en un SUD, el cual puede ser anovulatorio que se presenta alrededor de la menarca y el climaterio. Al haber falta de ovulación hay una secreción escasa



de progesterona, es por esto, que se da un crecimiento excesivo del endometrio, mediado por hiperestrogenismo persistente. Este endometrio se desprende intermitentemente, lo que lleva a SUA.²

Manejo

Lo primordial al momento de tratar un sangrado uterino anormal es determinar si es un evento agudo y severo que ponga en peligro la vida de la paciente. Ante un cuadro agudo con gran pérdida sanguínea lo primero es valorar el estado hemodinámico de la paciente. Una vez estable la paciente se administra dosis elevadas de anticonceptivos con un descenso escalonado. Un ejemplo consiste en el uso de etinilestradiol 30 µg/norgestrel 0,3 mg, 1 comprimido 4 veces por día, seguido de 3 veces por día durante 3 días, seguido de 2 veces por día 2 días, seguido de 1 vez por día, 3 semanas. Luego, la paciente suspende 1 semana el tratamiento y comienza otro ciclo similar, repetido por lo menos 3 meses.^{3,9}

Manejo médico

En pacientes que no presenten un cuadro agudo severo se pueden tomar otras vías menos agresivas para regular los ciclos menstruales. El tratamiento médico debe considerarse como la primera línea terapéutica del SUA no estructural. En los casos en que la causa es de origen estructural (PALM), el tratamiento irá dirigido a resolver la condición de fondo.¹

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) se sugieren como el tratamiento inicial. Las mujeres con sangrados intensos suelen asociar niveles elevados de prostaglandinas. La inhibición que ejercen los AINES sobre la ciclooxigenasa lleva a una disminución de las prostaglandinas endometriales. Su uso se asocia con un 20-50% de disminución del sangrado menstrual además de reducir la dismenorrea asociada en el 70% de las pacientes. La terapia se inicia el primer día de la menstruación y se continua por 5 días o hasta que cese el sangrado. Como ejemplo, se puede indicar ibuprofeno 600 mg cada día hasta 800 mg TID. Su uso se debe suspender si no se evidencia mejoría en los tres primeros ciclos del tratamiento.^{1,3,6,10,11}

Los agentes antifibrinolíticos como el ácido tranexánico, un derivado de la lisina, produce un bloqueo reversible del plasminógeno. Puede asociarse a náuseas y calambre en las piernas. Se ha evidenciado que 1 g cada 6 horas durante los primeros 4 días del ciclo menstrual reduce la pérdida sanguínea en 40%. Estos se deben evitar en pacientes con antecedentes de enfermedad tromboembólica, al igual que los anticonceptivos combinados.^{1,6,10,11}

El siguiente paso en la escala terapéutica corresponde a la utilización de esteroides exógenos. El Danazol es un esteroide sintético con propiedades androgénicas. Inhibe la producción esteroideogénica ovárica y tiene efecto a nivel endometrial. Se asocia con una reducción de la pérdida sanguínea en 80% un 20% de las pacientes reporta efectos adversos leves y tolerables, 50% no reporta efectos adversos con el uso de 100-200 mg /día por 3 meses. Los efectos adversos asociados son hirsutismo, acné, cambios de humor, cambio de voz ocasionalmente y ganancia de peso de entre 2-6 libras. Los efectos adversos limitan la utilización por un largo periodo.^{1,10}

Los progestágenos son útiles en pacientes con ciclos irregulares y anovulatorios. En estas pacientes, la pauta de tratamiento puede ser utilizar medroxiprogesterona 5-10 mg por día durante 12-14 del mes, esto induce una privación de progestágeno predecible, ordenada y autolimitada. El uso por 21 días continuos cada ciclo reduce la pérdida sanguínea en 90%. El uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito produce amenorrea en 60-80% de las pacientes que lo utilizan en el primer año, sin embargo pueden presentar sangrado irregular en algunas ocasiones. Esta es una opción para pacientes que desean los efectos anticonceptivos pero no son candidatas a la terapia oral (ACO) combinada o al dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel.^{1,3,10,11}

Los ACO combinados se asocian con una reducción de 43% en las pérdidas de sangre al utilizar compuestos con 30 µg de etinilestradiol. La ventaja de su uso es el efecto anticonceptivo a parte de la reducción en la pérdida de sangre. El uso continuo puede utilizarse para reducir el sangrado.^{3,10,1,6}



Los dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel se asocia a menor cantidad de eventos tromboticos y es una opción de tratamiento en pacientes en las que los ACO están contraindicados. Es también recomendado en pacientes que deseen conservar la fertilidad. Su utilización asocia una reducción del sangrado en 97% de los casos a los 12 meses y el 20-80% de las pacientes presentan amenorrea al año de uso.^{1,3,6,10,11,12}

Los agonistas de GnRH como la Goserelina, inducen un estado reversible estrogénico. Esto lleva a una reducción en el volumen perdido de hasta 89%. Además de esto, se han asociado con la reducción del tamaño de los miomas de 40-60%. Una vez que se suspende la terapia, el efecto sobre los miomas y el volumen de sangre perdido se revierte. Su uso se ve limitado por los efectos adversos y se suele utilizar en el contexto prequirúrgico.^{1,3,10}

Manejo Quirúrgico

Las medidas quirúrgicas son muy efectivas en controlar el sangrado, sin embargo no son la primera línea de tratamiento. Se debe considerar el manejo quirúrgico cuando se presenta: 1) Falla en el tratamiento médico. 2) Contraindicaciones farmacológicas. 3) Anemia con alteración hemodinámica. 4) Impacto en la calidad de vida. 5) Deseo de mejorar la calidad de vida y la salud sexual.¹

La dilatación y curetaje se asocia con una reducción temporal inmediata en la pérdida sanguínea, sin embargo, se ha evidenciado un aumento en la pérdida sanguínea en el segundo ciclo posterior al procedimiento, es por esto que no se recomienda como medio terapéutico.^{3,10}

La ablación endometrial se puede realizar con diferentes técnicas quirúrgicas. Se puede llevar a cabo por medio histeroscópico con fotocoagulación, electrocoagulación, etc. Aproximadamente un 10% de las pacientes llegan a requerir una histerectomía y otro 10% requieren otra ablación endometrial. Se ha visto que es un procedimiento más efectivo en pacientes mayores de 40 años. El tratamiento médico prequirúrgico mejora la facilidad del procedimiento, sin embargo no se ha visto un beneficio a largo plazo. Está indicado en pacientes con falla en el tratamiento médico sin enfermedad orgánica, con útero sin anomalías

anatómicas o que presenten miomas de menos de 3 cm.^{1,3,10}

La histerectomía corresponde a una solución permanente, con un alto nivel de satisfacción en las pacientes adecuadamente seleccionadas. Es el procedimiento de última elección en pacientes sin interés de embarazo y en las cuales haya falla de tratamiento médico y de ablación endometrial, esto debido al alto riesgo de morbilidad como lesión ureteral, lesión vesical (en hasta 2% de los casos), hemorragia, atelectasias, enfermedad tromboembólica, infarto miocárdico, falla renal, etc.^{1,10,13}

CONCLUSIONES

El sangrado uterino anormal es una entidad amplia y bastante común en el día a día médico. Si no se aborda de una forma con una mente abierta, tomando en cuenta los distintos diagnósticos posibles puede que no se logre dilucidar la causa de fondo que está generando en la paciente esta alteración. Puede que no sea fácil determinar la razón del sangrado, sin embargo, un abordaje ordenado y sistemático puede facilitar el manejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Diagnóstico y tratamiento del sangrado uterino anormal de origen no anatómico*. Antonio Matías, Luis Antonio, Basavilvazo Rodríguez, María Antonia y González López, Nelly Judith. México: CENETEC, 2015, Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica.
2. *Sangrado uterino anormal (y el endocrinológico)*. Alanis-Fuentes, José, Zacarias-Castillo, Rogelio y Aragón-Hernández, Juan Pablo. 1, 2005, Revista de Endocrinología y Nutrición, Vol. 13, págs. 39-46.
3. *Shushan, Asher. Complications of Menstruation & Abnormal Uterine Bleeding*. [aut. libro] Alan DeCherney, y otros. CURRENT Diagnosis Treatment: Obstetrics & Gynecology. 11th. s.l.:



- The McGraw-Hill Companies, Inc, 2013, Vol. I, 38, págs. 611-619.
4. *La clasificación FIGO de causas de sangrado uterino anormal en los años reproductivos.* Munro, Malcolm G, Critchley, Hilary OD y Fraser, Ian G. 85, 2011, Revista del Climaterio, Vol. 15, págs. 9-17.
 5. *A randomised controlled trial of Outpatient versus inpatient Polyp Treatment (OPT) for abnormal uterine bleeding.* Clark, T. Justin, y otros. 61, 2015, Health Technology Assessment, Vol. 19. ISSN 1366-5278.
 6. *Recent advances in managing and understanding menstrual disorders.* Bahamondes, Luis y Ali, Moazzam. 33, 2015, F1000 Prime Reports, Vol. 7.
 7. *Screening of Von Willebrand Disease in Iranian Women With Menorrhagia.* Rahbar, Nahid, y otros. 1, 2015, Iran Red Crescent Med J, Vol. 17.
 8. *Role of Transvaginal Sonography and Diagnostic Hysteroscopy in Abnormal Uterine Bleeding.* Veena, B. T. y Nirmala, Shinalingaiah. 12, 2014, Journal of Clinical and Diagnostic Research, Vol. 8, págs. 6-8.
 9. *Abnormal Uterine Bleeding: A Management Algorithm. Evidenced-Based Clinical Medicine.* Ely, John W., y otros. 19, 2006, Journal of American Board of Family Medicine, págs. 590-602.
 10. *Tratamiento de Sangrado Uterino Anormal.* Salazar-Quirós, Arturo y Sáenz-Campos, Desirée. 2005, Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica.
 11. *Abnormal Uterine Flow. Taking the stress out of controlling the flow.* Farrukh, Jill Blaser, Towriss, Kellie y McKee, Nora. 2015, Canadian Family Physician, Vol. 61, págs. 693-697.
 12. *Levonorgestrel intrauterine system (Mirena): An emerging tool for conservative treatment of abnormal uterine bleeding.* Dhamangaonkar, Pallavi C, Anuradha, K y Saxena, Archana. 1, 2015, Journal of Mid-life Health, Vol. 6, págs. 26-30.
 13. *Clinical pattern and spectrum of endometrial pathologies in patients with abnormal uterine bleeding in Pakistan: need to adopt a more conservative approach to treatment.* Abid, Mariam, y otros. 132, 2014, Bio Med Central, Vol. 14.

CONFLICTO DE INTERÉS Y/O AGRADECIMIENTOS

Los autores declaran que no existió ningún conflicto de interés en el presente reporte.



ANEXOS

Cuadro 1. Sistema de clasificación que comprende el subsistema de leiomioma terciario.

| | | |
|--|--|---|
| SM-Submucoso | 0 | Pedunculado intracavitario |
| | 1 | <50% intramural |
| | 2 | >50% intramural |
| O-Otro | 3 | Contacta con el endometrio, 100% intramural |
| | 4 | Intramural |
| | 5 | Subseroso \geq 50% intramural |
| | 6 | Subseroso <50% intramural |
| | 7 | Subseroso pedunculado |
| | 8 | Otro (especificar, ya sea cervical, parasitario, etc.) |
| Leiomiomas híbridos (afectan endometrio y serosa) | Se enlistan dos números separados por un guión. El primero se refiere a la relación con el endometrio y el segundo a la relación con la serosa | |
| | 2-5 | Submucoso y subseroso, cada uno con menos de la mitad del diámetro en las cavidades endometrial y peritoneal. |
| | | |

Modificado de: Revista del Climaterio Volumen 15, Núm. 85, noviembre-diciembre, 201



Cuadro 2. Cuantificación subjetiva del sangrado uterino anormal

| Toalla Sanitaria | Tipo | Volumen de sangrado (ml) | Tampón sanitario | Tipo | Volumen de sangre (ml) |
|------------------|----------|--------------------------|------------------|------------|------------------------|
| | Regular | 1 | | Regular | 0.5 |
| | Nocturna | 1 | | Súper | 1 |
| | Regular | 2 | | Súper Plus | 1 |
| | Nocturna | 3 | | Regular | 1 |
| | Regular | 3 | | Súper | 1.5 |
| | Nocturna | 6 | | Súper Plus | 2 |
| | Regular | 4 | | Regular | 1.5 |
| | Nocturna | 10 | | Súper | 3 |
| | Regular | 5 | | Súper Plus | 6 |
| | Nocturna | 15 | | Regular | 4 |
| | | | | Súper | 8 |
| | | | | Súper Plus | 12 |

Modificado de: Antonio Matías, Basavilvazo Rodríguez, & González López, 2015