

## PROCOLO DE HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES

### URGENCIAS GENERALES DEL HOSPITAL "LA INMACULADA"

- \* Paciente postmenopáusica y mayores de 40 años: derivar a Consulta Preferente de Ginecología.
- \* Paciente con necesidad de transfusión: derivar a urgencias de Ginecología.
- \* Resto de pacientes: derivar preferente a Centro de Salud.
- \* Pacientes obstétricas y oncológicas: hablar con ginecólogo de guardia. (Están fuera de proceso).
- \* Si la paciente insiste en ser vista en ese momento:
  - Analítica: Hemograma y coagulación. Test de gestación en no postmenopáusicas.
  - Pautar tratamiento y derivar a consulta correspondiente.
- \* Tratamiento:
  - Acido Tranexámico: 2 comp/8 h hasta disminuir sangrado.
  - Si porta DIU: Acido Mefenámico 250: 2 comp/8 h.
  - Si sangrado actual muy abundante: Neogynona<sup>®</sup>: 1 comp/8 h hasta disminuir el sangrado, (asociar Primperan<sup>®</sup>), seguir con 1 comp/12 h durante 5 días, seguir con 1 comp/24 h durante 10 días.

## PROCOLO DE HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES

### CENTROS DE SALUD del LEVANTE ALMERIENSE

**Tipos** de Hemorragia Uterina Anormal (HUA):

- \* **Hipermenorrea o menorragia:** reglas abundantes. Supone
  - > 80 cc/ciclo o
  - > 6-8 compresas/día o
  - > 8 días/ciclo o
  - Intervalos intermenstruales < 21 días
  
- \* **Metrorragia:** sangrado fuera de la regla (incluye todas las postmenopáusicas sin THS).

**Primera Consulta** en Centro de Salud:

Anamnesis, exploración, analítica, valorar posible derivación a A.E., tratamiento.

\* Anamnesis:

- Cantidad, duración y frecuencia del sangrado.
- Factores de riesgo: edad, obesidad, diabetes, hipertensión, tratamientos estrogénicos sin oposición gestagénica, tamoxifeno, antecedentes familiares de cáncer de endometrio o colon.
- Tratamientos anticoagulantes/antiagregantes asociados.
- THS o ACHO asociados.

\* Exploración:

- T.A.
- Peso.
- Ver cantidad de sangrado.
- Origen del sangrado: vaginal, uretral, anal.
- Tacto bimanual (en mayores de 18 años) (grado recomendación C).

\* Analítica: hemograma y coagulación. Ferritina si Hb normal.

Test gestación en no postmenopáusicas.

Descartar posible beta-talasemia menor.

\* Criterios de derivación a A.E. (Consulta Preferente de Ginecología. Cita < 15 días):

- Mujeres mayores de 40 años.
- Postmenopáusicas.
- Fracaso tras dos ciclos de tratamiento médico.
- Exploración patológica.
- Pacientes con necesidad de transfusión: se derivarán a urgencias de Ginecología.

Todas se derivarán con copia de analítica.

\* Tratamiento:

- Ferroterapia si anemia.
- Tratamiento de elección: **ACHO** monofásico de media dosis (etinilestradiol = 30-35 mcg. Vgr: Diane 35<sup>®</sup>, Gynovin<sup>®</sup>, Microdiol<sup>®</sup>). Aconsejar suspender tabaquismo o reducirlo, y evitar ACHO si factores de alto riesgo cardiovascular.
- **Acido Tranexámico**: 2 comp/8 h. (Muy eficaz y con excepcionales efectos secundarios).
- **AINE** (Acido Mefenámico: 2 comp/8 h. Otros: Naproxeno y Diclofenaco). De elección en portadoras de DIU.
- Si sangrado actual muy abundante: **Neogynona<sup>®</sup>**: 1 comp/8 h hasta disminuir el sangrado, (asociar Primperan<sup>®</sup>), seguir con 1 comp/12 h durante 5 días, seguir con 1 comp/24 h durante 10 días, descansar 7 días y seguir con ACHO de media dosis.
- Si tratamiento previo con ACHO o THS, modificar dosis o pauta.
- Si precisa tratamiento hormonal y tiene contraindicaciones para ACHO o han fracasado, utilizar gestágenos: **Acetato de Noretisterona** (NETA: Primolut-Nor<sup>®</sup> 5 mg): 1 comp/8-12 h del 5° al 25° día de cada ciclo.

Acido Tranexámico y AINEs se utilizarán sólo los días de mayor sangrado (3-5 días/ciclo). Se pueden utilizar sólo o asociados entre sí o con ACHO o NETA.

En mujeres con presumible mal cumplimiento del tratamiento, valorar **Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg** I.M. cada 3 meses (Depo-progevera® 150), que también sirve como anticonceptivo.

\* Entrega de Pictograma (grado recomendación C).

**Segunda Consulta** en Centro de Salud, a los 6 meses:

Valoración del patrón de sangrado (pictograma) y Hb.

\* Si patrón de sangrado normal: suspender tratamiento.

\* Si patrón de sangrado anormal: nuevo ciclo de 6 meses de tratamiento. Se puede aumentar la dosis o cambiar ACHO por NETA.

**Tercera Consulta** en Centro de Salud, a los 12 meses:

Valoración del patrón de sangrado (pictograma) y Hb.

\* Tras 2ª consulta con patrón normal:

I. Si patrón de sangrado normal: **alta** del proceso.

II. Si patrón anormal: repetir **tratamiento** del primer ciclo de 6 meses o intentar otro distinto durante otros 6 meses, y control tras ello.

\* Tras 2ª consulta con patrón anormal:

I. Si patrón de sangrado normal: **suspender tratamiento** y control en 6 meses.

II. Si patrón de sangrado anormal: **derivación** preferente a consulta de Ginecología.

### **Alta del Proceso:**

Debe cumplir los siguientes criterios:

- a) Más de 6 meses **sin anemia**.
- b) Más de 6 meses **sin sangrado anormal**.
- c) **Pictograma normal**. Si la paciente no ha realizado el pictograma, se puede aceptar como sangrado normal a aquella mujer que muestra una **ferritina normal**.

O bien, estar histerectomizada.

El informe de alta debe incluir: edad, peso, T.A., exploración, Hb, juicio clínico, y tratamiento (tipo y duración).

### **Indicadores de Calidad:**

- a) Informe de alta en 100% de HUA.
- b) 100% de informes de alta con edad, peso y T.A.
- c) 100% controladas antes de 1 año (preferible en 6 m.)
- d) Utilización del esquema terapéutico en más del 80%.



**HISTORIA CLÍNICA DE HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES**  
**CENTROS DE SALUD del LEVANTE ALMERIENSE**

Centro de Salud:

Doctor:

APELLIDOS Y NOMBRE:

F.N.:     /     /     . Edad:             . Menopáusica:    si    no.

Motivo de consulta:    Hipermenorrea                    Metrorragia

Otros ttos. asociados:

Factores Riesgo Ca Endometrio:

**PRIMERA VISITA:**

\* Características del sangrado:

Comienzo hace:

Cantidad: Spotting    Leve    Moderado    Severo

Tipo Menstrual:     /

\* Exploración:

Peso:        kg.            T.A.:        /        .

Especuloscopia:

Tacto bimanual:

\* Analítica:

Hb:         . VCM:         . P. Coagulación:

Otras (Ferritina...):

\* Actitud:

Tratamiento (fármaco, dosis y duración):

Derivación a Consulta Preferente de Ginecología.

**SEGUNDA VISITA (6 m) :**

\* Patrón del sangrado:    Normal            Anormal  
Cantidad: Spotting    Leve    Moderado    Severo  
Tipo Menstrual:    /            .  
Pictograma:        /            /            /            /            /

\* Analítica:  
Hb:            . VCM:            . Ferritina:

\* Actitud:  
Suspende Tratamiento.  
2º Tratamiento:

**TERCERA VISITA (12 m) :**

\* Patrón del sangrado:    Normal            Anormal  
Cantidad: Spotting    Leve    Moderado    Severo  
Tipo Menstrual:    /            .  
Pictograma:        /            /            /            /            /

\* Analítica:  
Hb:            . VCM:            . Ferritina:

\* Actitud:  
Suspende Tratamiento.  
2º Tratamiento:  
Derivación a Consulta Preferente de Ginecología.  
Alta del proceso.

**CUARTA VISITA (posible. 18 m) :**

\* Patrón del sangrado:    Normal            Anormal  
Cantidad: Spotting    Leve    Moderado    Severo  
Tipo Menstrual:    /            .  
Pictograma:        /            /            /            /            /

\* Analítica:  
Hb:            . VCM:            . Ferritina:

\* Actitud:  
Derivación a Consulta Preferente de Ginecología.  
Alta del proceso.

## PROCOLO DE HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES

### SERV. DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL "LA INMACULADA"

#### Primera Consulta:

Anamnesis, exploración, ecografía transvaginal, analítica (si no aporta), eventual biopsia de endometrio y/o programación de histeroscopia diagnóstica o quirúrgica, tratamiento.

#### \* Anamnesis:

- Cantidad, duración y frecuencia del sangrado.
- Factores de riesgo: menopausia, edad, obesidad, diabetes, hipertensión, tto. estrogénico sin gestágenos, tamoxifeno, antecedentes familiares de cáncer de endometrio o colon.
- Valorar tratamientos asociados: THS, ACHO, anticoagulantes, antiagregantes...

#### \* Exploración:

- T.A. y Peso.
- Cantidad y origen del sangrado. Tacto bimanual.

\* Analítica: hemograma y coagulación. Ferritina si Hb normal. Test gestación en no postmenopáusicas.

\* Entrega de Pictograma (grado recomendación C).

\* Histología: Perimenopáusicas preferentemente con aspiración endometrial (Cornier), y postmenopáusicas preferentemente con histeroscopia diagnóstica.

Algunas indicaciones: postmenopáusicas con EE  $\geq$  5 mm, perimenopáusicas con metrorragia, perimenopáusicas con hipermenorrea resistente a tto. o con ECO patológica.

\* Esquema terapéutico: (en negrita, el tto de elección)

- Ferroterapia si anemia.
- HUA juvenil: **ACHO**, Ac Tranexámico, AINE.
- HUA < 40 años (primer tto): **ACHO**, Ac Tranexámico, AINE.

- HUA < 40 a (persistencia a 6-12 m): Cambiar ACHO, Gestágenos (NETA o DIU-LNG), Ac Tranexámico, AINE.
- HUA perimenopáusica > 40 años (primer tto): **NETA** o AMP-Depot (siempre si hiperplasia), ACHO, Ac Tranexámico, AINE.
- HUA perimenopáusica > 40 años e Hiperplasia (persistencia a 6 m): **DIU-LNG**, Ablación Endometrial.
- HUA perimenopáusica > 40 años e Hiperplasia (persist. a 12 m): **Ablación Endometrial**, Histerectomía.
- HUA con pólipo endometrial: Polipectomía **HSC-Q<sup>a</sup>**.
- HUA postmenopáusica con EE < 5 mm (con ECO-TV satisfactoria): no precisa histología ni tto. Control ecográfico en 6 meses si EE ≥ 4 mm.
- HUA postmenopáusica con histología: tto. según resultado.

\* Tipos de tratamientos:

- **Acido Tranexámico:** 2 comp/8 h VO ó 1-2 amp/8 h IV (Muy eficaz y con excepcionales efectos secundarios).
- **AINE:** Naproxeno 550: 1 comp/12 h; Acido Mefenámico: 2 comp/8 h; Diclofenaco 50: 1 comp/8 h. De elección en portadoras de DIU. Acido Tranexámico y AINE se utilizarán sólo los días de mayor sangrado (3-5 días/ciclo). Se pueden utilizar sólo o asociados entre sí o con ACHO o gestágenos.
- Tto. de mantenimiento con **ACHO:** monofásico de media dosis (etinilestradiol = 30-35 mcg).
- Si sangrado actual muy abundante: **Neogynona<sup>®</sup>**: 1 comp/8 h hasta disminuir el sangrado, (asociar Primperan<sup>®</sup>), seguir con 1 comp/12 h durante 5 días, seguir con 1 comp/24 h durante 10 días, descansar 7 días y seguir con ACHO de media dosis.
- Si tratamiento previo con ACHO o THS, modificar dosis o pauta.
- Gestágeno de elección: **Acetato de Noretisterona** (NETA: Primolut-Nor<sup>®</sup> 5 ó 10 mg): 10-15 mg/día del 5° al 25° día de cada ciclo. En mujeres con presumible mal cumplimiento del tratamiento, valorar **DIU-LNG** (Mirena<sup>®</sup>) o **Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg** I.M. cada 3 meses (AMP: Depo-progevera<sup>®</sup> 150), que también sirve como anticonceptivo.

\* Tto. fuera de Proceso Asistencial:

- Hiperplasia simple y compleja con atipias: histerectomía. Si deseo gestacional: NETA 6 meses, intento de gestación, y valorar histerectomía según biopsia tras parto.

- Pólipo con atipias: polipectomía con atipias vía HSC-Q<sup>a</sup> o Histerectomía.

- Mioma/s con > 50% intracavitario: miomectomía HSC-Q<sup>a</sup>; si fracasa, histerectomía.

- Mioma/s con < 50% intracavitario: gestágenos; si fracasa, ablación endometrial o histerectomía.

- Cáncer de endometrio o cérvix: Histerectomía.

**Segunda Consulta**, a los 6 meses:

Valorar patrón de sangrado (pictograma), Hb, ECO-TV, y valorar biopsia endometrial.

\* Si patrón de sangrado normal: suspender tratamiento.

\* Si patrón de sangrado anormal: nuevo ciclo de 6 meses de tratamiento, cambiándolo según esquema terapéutico.

**Tercera Consulta**, a los 12 meses:

Valorar patrón de sangrado (pictograma), Hb, ECO-TV, y valorar biopsia endometrial.

\* Tras 2<sup>a</sup> consulta con patrón normal:

I. Si patrón de sangrado normal: alta del proceso.

II. Si patrón anormal: repetir tratamiento del primer ciclo de 6 meses o intentar otro distinto, durante otros 6 meses y control tras ello.

\* Tras 2<sup>a</sup> consulta con patrón anormal:

I. Si patrón de sangrado normal: suspender tratamiento y control en 6 meses.

II. Si patrón de sangrado anormal: pautar tercer tratamiento según esquema terapéutico y control 6 m.

### **Alta del Proceso:**

Debe cumplir los siguientes criterios:

- a) Más de 6 meses **sin anemia**.
- b) Más de 6 meses **sin sangrado anormal**.
- c) **Pictograma normal**. Si la paciente no ha realizado el pictograma, se puede aceptar como sangrado normal a aquella mujer que muestra una **ferritina normal**.

O bien, estar histerectomizada.

El informe de alta debe incluir: edad, peso, T.A., exploración, ecografía, histología endometrial (si hubiere), hemoglobina, juicio clínico, y tratamiento/s (tipo y duración).

### **Indicadores de Calidad:**

- a) Informe de alta en 100% de HUA.
- b) 100% de informes de alta con edad, peso y T.A.
- c) 100% controladas antes de 1 año (preferible en 6 m.)
- d) Utilización del esquema terapéutico en más del 80%.
- e) Utilización de E.T. en más del 80% de HUA.
- f) Bx Endometrio en más del 80% de MPM.
- g) Más del 90% de MPM inician tto. antes de 2 meses.
- h) Legrados diagnósticos < 10%.
- i) Número máximo de histerectomías en HUA (estándar no establecido).

### **Objetivos de la Unidad Clínica:**

- 1) Realización de PICTOGRAMA si Hb > 12.
- 2) Biopsia Endometrial si EE ≥ 12 mm en US-TV.
- 3) No LEGRADO para tto. de la HUA.
- 4) Tto. con Progestágenos en todas las hiperplasias endometriales no operadas.

Modificaciones planteables a objetivos:

- 1) Sustituir Pictograma por Ferritina normal.
- 2) Si EE > 12 mm, repetir US-TV en día 3°-5° del ciclo en no postmenopáusicas.



**HISTORIA CLÍNICA DE HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES**  
**Sº GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL "LA INMACULADA"**

APELLIDOS Y NOMBRE:

Historia: N° S.S.:

F.N.: / / . Edad: . Menopáusica: si no.

Motivo de consulta: Hipermenorrea Metrorragia

Otros ttos. asociados:

Factores Riesgo Ca Endometrio:

**PRIMERA VISITA:**

\* Características del sangrado:

Comienzo hace:

Cantidad: Spotting Leve Moderado Severo

Tipo Menstrual: /

\* Exploración:

Peso: kg. T.A.: / .

Especuloscopia:

Tacto bimanual:

\* Analítica:

Hb: . VCM: . P. Coagulación:

Otras (Ferritina...):

\* ECO-TV:

\* Histología: Aspirado endometrial:

Solicitud de HSC-Dª.

\* Actitud:

Tratamiento (fármaco, dosis y duración):

Doctor:

**SEGUNDA VISITA (6 m) :**

\* Patrón del sangrado: Normal Anormal  
Cantidad: Spotting Leve Moderado Severo  
Tipo Menstrual: / .  
Pictograma: / / / / / /

\* Analítica:

Hb: . VCM: . Ferritina:

\* ECO-TV:

\* Histología: Aspirado endometrial HSC-D<sup>a</sup>  
Resultado:

\* Actitud:

Suspender Tratamiento.

2° Tratamiento:

Doctor:

**TERCERA VISITA (12 m) :**

\* Patrón del sangrado: Normal Anormal  
Cantidad: Spotting Leve Moderado Severo  
Tipo Menstrual: / .  
Pictograma: / / / / / /

\* Analítica:

Hb: . VCM: . Ferritina:

\* ECO-TV:

\* Histología: Aspirado endometrial HSC-D<sup>a</sup>  
Resultado:

\* Actitud:

Suspender Tratamiento.

2° ó 3° Tratamiento:

Alta del proceso.

Doctor:

**CUARTA VISITA (posible. 18 m):**

\* Patrón del sangrado:      Normal              Anormal

Cantidad:   Spotting      Leve      Moderado      Severo  
Tipo Menstrual:      /              .  
Pictograma:      /              /              /              /              /

\* Analítica:

Hb:              .      VCM:              .      Ferritina:

\* ECO-TV:

\* Histología:              Aspirado endometrial              HSC-D<sup>a</sup>  
Resultado:

\* Actitud:

3° Tratamiento:  
Alta del proceso.

Doctor:

## **ABLACIÓN O RESECCIÓN ENDOMETRIAL: AR-E.**

**Indicación** de AR-E: H.U.A. con fracaso de tto. médico, sin contraindicaciones para AR-E, y con deseo genésico cumplido.

**Contraindicaciones** para AR-E:

a) Absolutas: carcinoma endometrial e hiperplasia con atipias.

b) Relativas: adenomiosis, uteros con histerometría > 12 cm, miomatosis uterina.

En ablación endometrial sin resección ("roller" y técnicas de 2ª generación) es imprescindible toma histológica previa de endometrio.

**Preparación** cervical: misoprostol (400 mcg 3-4 h antes)  
Preparación endometrial (en AR-E y miomectomías):  
Análogos-GnRH 2 meses antes. Menos eficaz son los ACHOs, pero puede ser una alternativa válida, sobre todo ante una polipectomía. Sin premedicación, intentar cirugía en fase proliferativa precoz, y realizar legrado previo en AR-E.

**Técnica:**

Histeroscopia quirúrgica con glicina. Presión a 85-100 mmHg y flujo a 100-400 ml/min.

AR-E 1ª gen: Resección con asa monopolar a 60-100 w, incluyendo de 1-3 mm de miometrio. El "roller" con corriente de corte puro a 100 w. Se puede utilizar la técnica mixta (asa + "roller"). 90% de pacientes satisfechas al año y 70-80% a 5 años.

AR-E 2ª gen: balón térmico, balón multielectrodo, hidrotermoablación, microondas, ELLIT (hipertermia con láser), terapia fotodinámica, crioablación.

**Complicaciones** de la HSC-Qª (5-7%): perforación, infección, hemorragia, y sdr. retención hídrica (intuirlo ante náuseas, vómitos, cefalea, desorientación, y suspensión automática de cirugía).

Ante sospecha de paso de glicina a cavidad abdominal (perforación, balance glicina negativo):

- Si isonatremia: observación.
- Si  $Na < 120$ : suero salino isotónico, 1 amp furosemida IV.