



**Principal causa de hemorragia uterina anormal en pacientes atendidas en la clínica
Cartagena del Mar en el período comprendido entre enero de 2016 y diciembre de 2018**

María Fernanda Marzola Cumplido

Elisa Cristina Maturana Hernández

Andrea Carolina Montes Domínguez

Jeniffer Paola Narvaez Ruiz

Emmanuel Suarez Cabarcas

Universidad Del Sinu Elias Bechara Zainum

Seccional Cartagena

Escuela de Medicina

IX Semestre

Cartagena de Indias D. T. H. y C.

2019

**Principal causa de hemorragia uterina anormal en pacientes atendidas en la clínica
Cartagena del Mar en el período comprendido entre enero de 2016 y diciembre de 2018**

María Fernanda Marzola Cumplido

Elisa Cristina Maturana Hernández

Andrea Carolina Montes Domínguez

Jeniffer Paola Narvaez Ruiz

Emmanuel Suarez Cabarcas

Tutores

Asesora Metodologica

Dra. Luz Marina Padilla Marrugo

Asesora disciplinar

Dra. Iliana Vasquez Cardenas

Universidad Del Sinu Elias Bechara Zainum

Seccional Cartagena

Escuela de Medicina

IX Semestre

Cartagena de Indias D. T. H. y C.

2019

Dedicatoria

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes estamos cumpliendo una de nuestras metas propuestas.

A la doctora luz marina padilla por mostrarnos el camino indicado para realizar un excelente trabajo de investigación y por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral, que nos brindó a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A la clínica Cartagena del mar por brindarnos con amabilidad toda la información necesaria para realizar nuestro trabajo de investigación

Tabla de contenido

	Pág.
1. Introducción	6
2. El problema.....	8
2.1 Formulación del problema	8
2.2 Descripción del problema	8
3. Justificación	9
4. Objetivos	10
4.1 Objetivo general.....	10
4. 2. Objetivos específicos	10
5. Revisión literaria.....	11
5.1 Marco teórico	11
5.2 Clasificación etiológica de la hemorragia uterina anormal.....	11
5.2.1 Hemorragia uterina relacionada con embarazo.....	13
5.2.2 Hemorragia uterina orgánica o estructural.....	13
5.2.3 Hemorragia uterina de causa hematológica	16
5.2.4 Hemorragia uterina de causa endocrina.....	17
5.3 Tratamiento médico coadyuvante de las menorragias hematológicas y endocrinas.....	19
5.3.1 Cuando no requieren anticoncepción.....	19
5.3.2 Cuando requieren anticoncepción.....	21
5.3.3 Manejo quirúrgico de la menorragia hematológica y endocrina	22
5.3.4 Sistema de clasificación de la figo.....	25
5.4 Pólipos (categoría p)	25
5.5 Adenomiosis (categoría a)	26
5.6 Leiomiomas (categoría l)	27
5.7 Enfermedades malignas y premalignas (categoría m)	28
5.7.1 Coagulopatía (trastornos sistémicos de la hemostasia) [categoría c].....	28
5.7.2 Trastornos ovulatorios (categoría o)	29

5.7.3 Causas endometriales (categoría e).....	29
5.7.4 Iatrogénico (categoría i).....	30
5.7.5 No clasificado (categoría n).....	31
6. Marco conceptual.....	32
7. Marco legal (aspectos éticos).....	34
8. Estado del arte (antecedentes).....	35
9.1 Tipo de diseño.....	36
9.2 Población.....	36
9.3 Operacionalización de variables	36
9.4 Técnicas de recolección de la información.....	37
9.5 Técnicas de análisis estadístico.....	37
10. Resultados.....	38
.....	42
11. Presupuesto	45
12. Cronograma.....	46
10. Conclusiones.....	47
Recomendaciones	49
Referencias bibliográficas.....	51

Lista de tablas**Pág.**

Tabla 1. Operacionalización de variables	36
--	----

Lista de gráficos

	Pág.
Gráfico 1	38
Gráfico 2	39
Gráfico 3	39
Gráfico 4	40
Gráfico 5	41
Gráfico 6	41
Gráfico 7	42
Gráfico 8	43
Gráfico 9	43
Gráfico 10	44

1. Introducción

La menstruación es la única hemorragia uterina normal. Se caracteriza por una periodicidad de 28 ± 7 días, sangrado menstrual de 60 ± 20 ml y duración de 4 ± 2 días. La hemorragia uterina anormal es definida como cualquier sangrado que difiera del patrón menstrual en frecuencia, cantidad y duración. Sus manifestaciones son ⁽¹⁾:

- Polimenorreas: periodicidad menstrual menor de 21 días.
- Oligomenorreas: periodicidad mayor de 35 días.
- Amenorrea: ausencia de menstruaciones por más de 6 meses (práctico de 3 meses).
- Menorragia o hipermenorrea: menstruación mayor de 80 ml, o por más de 7 días.

En promedio un tampax absorbe 5 ml y una toalla higiénica 5 a 15 ml; sin embargo, existen varios métodos para cuantificarla, entre los cuales, el más cómodo es pesar las toallas higiénicas antes y después de usadas.

- Metrorragia: hemorragia, generalmente abundante, no relacionada con la menstruación. ⁽¹⁾

Manchados: intermenstruales, preovulatorios, premenstruales y poscoito.

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).

2. El problema

2.1 Formulación del problema

¿Cuál es la principal causa de la hemorragia uterina anormal en la clínica Cartagena del Mar en el periodo comprendido del año 2016 al 2018?

2.2 Descripción del problema

Gracias a las estadísticas que se han registrado por estudios ginecológicos podemos observar que la hemorragia uterina anormal es una de las principales causas de consultas 12 al 15% y el 25% de las cirugías ginecológicas en la actualidad. Encontrándose neoplasias malignas cervicales hasta en un 38% de las pacientes y neoplasias endometriales en 8% de las pacientes⁽²⁾.

Entre 2008 y 2009 se estudiaron menos casos de hemorragias uterinas anormal y por lo tanto se registraron menos casos de neoplasias malignas, sin embargo, destaca su importancia como causa de hemorragia uterina anormal nuestras pacientes.⁽²⁾

Teniendo estos importantes datos surgió la gran necesidad de averiguar o indagar cual es la causa principal de las hemorragias uterinas anormales pero enfocándonos en la clínica Cartagena de mar ya que esta patología tiene una gran incidencia y actualmente es uno de los principales motivos de consulta en estas entidades de salud y de morbilidad en la población femenina en todos los rangos de edad.

3. Justificación

La presente investigación estará enfocada con el objetivo de obtener la mayoría de casos de mujeres que presentaron hemorragia uterina anormal ⁽³⁾ en la clínica Cartagena del mar, comprendido de diciembre del 2016 hasta febrero del 2018, ya que es un problema que afecta a una gran cantidad de mujeres con mayor prevalencia en edad reproductiva; Para las pacientes puede ser un tema significativo de estilo de vida y un riesgo a la salud. Debido a que la hemorragia uterina anormal es un complejo resultado de causas estructurales, no estructurales y hormonas sistémicas en un órgano final, el útero ⁽⁴⁾. Es por esto que nos motivamos a realizar el presente proyecto de investigación, con el fin de conocer la causa más frecuente de hemorragia uterina anormal correspondiente a la población de Cartagena, a través de la revisión de historias clínicas que engloba a pacientes que hayan acudido a dicha entidad. Los resultados que obtengamos aquí servirán para hacer hincapié en esta situación, brindar un apoyo teórico-técnico y lograr compartir los conocimientos alcanzados.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Determinar la principal causa de hemorragia uterina anormal en la Clínica Cartagena del Mar en el periodo comprendido del 2016 hasta el año 2018.

4.2. Objetivos específicos

- Determinar el porcentaje de mujeres que presentan hemorragia uterina anormal por cualquier causa en la clínica Cartagena del mar en el periodo comprendido el 2016 hasta el año 2018
- Establecer los factores de riesgo más prevalentes que influyen en el desarrollo de hemorragia uterina anormal en la población de estudio.
- Establecer cual es principal antecedente patológico ginecológico causante de hemorragia uterina anormal en la población de estudio en el año 2016 hasta el 2018.
- Establecer el rango de edad de mayor prevalencia de mujeres que presentan hemorragia uterina anormal en la clínica Cartagena del mar en el periodo comprendido en el 2016 hasta el año 2018

5. Revisión literaria

5.1 Marco teórico

El sangrado uterino anormal se define como sangrado del cuerpo uterino que es anormal en volumen, regularidad, temporalidad (o los tres) que ha estado presente durante la mayor parte de los últimos seis meses. El sangrado uterino anormal agudo se distingue como un episodio de sangrado abundante que, en opinión del médico, es de gravedad suficiente para requerir la intervención inmediata para prevenir una mayor pérdida de sangre. El sangrado uterino anormal agudo puede ocurrir en el contexto del sangrado uterino anormal crónico o sin un antecedente. El sangrado intermensual se define como el que ocurre entre menstruaciones claramente definidas como cíclicas y predecibles; comprende la ocurrencia de episodios aleatorios, así como los que se manifiestan predeciblemente al mismo tiempo en cada ciclo. Esta definición se diseñó para reemplazar la palabra “metrorragia”, que fue uno de los términos que el grupo recomendó que deben abandonarse. ⁽⁵⁾

5.2 Clasificación etiológica de la hemorragia uterina anormal

En niñas suele ser secundaria a trauma (54%), a abuso sexual, a depravación a la ingesta involuntaria de estrógenos o alimentos contaminados con ellos, a cáncer genital y a pubertad precoz. En adolescentes es frecuente encontrar anomalías müllerianas, trastornos hematológicos, endocrinos, infección y, por supuesto, embarazo. En la edad reproductiva son frecuentes las

hemorragias relacionadas con embarazo, dispositivo intrauterino, adenomiosis, miomatosis, trastornos endocrinos anovulatorios y cáncer. Por último, en la peri y post menopausia las causas de hemorragia uterina son en orden de frecuencia: atrofia endometrial, pólipos, cáncer e hiperplasia. ⁽¹⁾ También hay causas iatrogénicas, generalmente relacionadas con manejos de alteraciones causantes de hemorragia uterina como anticoagulantes, inhibidores de recaptación de serotonina, corticoides, tamoxifén y estrógenos o fitoestrógenos, entre otros.

Todas estas causas de hemorragia uterina, múltiples y heterogéneas, sistémicas y locales, dan la impresión de no poder facilitar el enfoque clínico. De hecho, existen varias clasificaciones etiológicas. Sin embargo, en forma muy práctica, Hatasaka las ha agrupado en cuatro fuentes: relacionadas con el embarazo, uterinas orgánicas o estructurales, hematológicas y endocrinas. ⁽¹⁾ Esta clasificación no menciona la hemorragia uterina disfuncional, hemorragia anormal en la que se han descartado lesiones locales (orgánicas uterinas) y sistémicas, generalmente atribuida a las alteraciones endocrinas de la anovulación y más específicamente a la anovulación disfuncional como síndrome de ovario poliquístico y disfunción hipotalámica hipofisiaria, pero también, como hemorragia de etiología desconocida. ⁽¹⁾ El propósito de la clasificación es tratar de desconocer el mal acuñado término de disfuncional, para estimular la búsqueda de causas sistémicas hematológicas y endocrinas, a fin de tratarlas paralelamente al empleo de coadyuvantes. ⁽¹⁾ Y es que el sólo empleo de coadyuvantes en el tratamiento de las hemorragias hematológicas y endocrinas puede terminar en procedimientos quirúrgicos complicados. ⁽¹⁾

5.2.1 Hemorragia uterina relacionada con embarazo

Se deben considerar dos tipos de problemas: las hemorragias en el primer trimestre del embarazo y las del posparto. ⁽¹⁾ Las primera, especialmente, se pueden confundir con las otras hemorragias uterinas anormales. Por ello, en toda mujer en edad reproductiva con ciclos regulares y exposición sexual, ante cualquier retardo menstrual con posterior hemorragia se deben descartar, en primera instancia, complicaciones del embarazo tales como aborto, embarazo ectópico, o enfermedad trofoblástica. ⁽¹⁾ En el examen físico se pueden encontrar signos de Chadwick, útero aumentado con signo de Hegar, restos ovulares en cuello uterino o vagina, etc. ⁽¹⁾ La prueba de embarazo (β -HCG) y la ecografía, son básicos en el diagnóstico. Una vez diagnosticada, el tratamiento debe ser específico ⁽¹⁾. La hemorragia uterina posparto ocurre entre las 24 horas y las 12 semanas ⁽¹⁾. En países desarrollados ocurre en el 2% de las puérperas y casi en la mitad de las veces el tratamiento es quirúrgico y constituye, junto con las hemorragias del parto, el 50% de la mortalidad materna. ⁽¹⁾ Las causas son restos placentarios, infección y desgarros, para los cuales ya existen procedimientos terapéuticos específicos. Una revisión del grupo Cochrane, hasta diciembre de 2003 en 45 artículos, no encontró ningún estudio aleatorio que comparara los diferentes tipos de intervenciones médico-quirúrgicos existentes al respecto. ⁽¹⁾

5.2.2 Hemorragia uterina orgánica o estructural

Las lesiones orgánicas que con más frecuencia causan hemorragia son ⁽¹⁾:

1. Alteraciones müllerianas de fusión vertical o lateral, con septos incompletos.
2. Infecciones: cervicitis, endometritis, piometra, tuberculosis.

3. Patología benigna uterina: ectropión, pólipo, miomatosis, adenomiosis, hiperplasia, malformaciones arteriovenosas.

4. Patología maligna uterina: cervical, endometrial o miometrial.

5. Traumas: cuerpo extraño, dispositivo intrauterino, perforación uterina o trauma sexual. Historia clínica. ¹ La hemorragia uterina orgánica es sugestiva cuando las pacientes presentan metrorragias, manchados post coito, metro-menorragias, dispareunia, dolor pélvico, e inestabilidad hemodinámica por anemia.

- **Historia clínica:** La hemorragia uterina orgánica es sugestiva cuando las pacientes presentan metrorragias, manchados post coito, metro-menorragias, dispareunia, dolor pélvico, e inestabilidad hemodinámica por anemia.

- **Examen físico:** La correcta inspección quizás deje notar que la hemorragia no sea uterina, sino vaginal, uretral, o de la vulva; o bien, por lesiones del cuello uterino. El tacto pélvico bimanual revela anormalidades uterinas y pélvicas.

- **Laboratorio:** El cuadro hemático es necesario para saber el grado de anemia y si hay necesidad de transfusión.

- **Ecografía transvaginal:** Sensibilidad de 80% a 96% y especificidad de 68% a 90%, para patologías endometriales y miometriales. En una revisión de Smith y colaboradores con 35 estudios y 5.982 pacientes posmenopáusicas, la ecografía mostró una prevalencia de cáncer endometrial del 13% y del 40% en hiperplasia y pólipos; además, se estableció como normal un espesor endometrial de 4 mm o menos, como sospechoso de hiperplasia 10 ± 3 mm y como sospechoso de carcinoma endometrial 20 ± 6 mm.

- **Biopsia endometrial:** Necesaria para el diagnóstico histopatológico en pacientes con riesgo de cáncer endometrial: mayores de 35 años, obesas, diabéticas, con anovulación crónica, con células glandulares atípicas en la citología, o con historia de ingesta de tamoxifeno. Es claro que el riesgo del cáncer endometrial por 100.000 mujeres aumenta con la edad: 2,8 entre los 30 y 34 años; 6,1 entre los 35 y 39; y 36,5 entre los 40 y 49. ⁽¹⁾

La cureta Pipelle es la recomendada para la toma de la biopsia: es elástica, permite la succión y es menos molesta y más efectiva que la cureta de Novack y la Vabra. Dijkhuizen en un metaanálisis de 19 estudios con 7.914 pacientes, determinó sensibilidad del 99,6% y especificidad del 91% para detectar cáncer endometrial, y para hiperplasia 81% y 98% respectivamente. ⁽¹⁾

Otra forma de hacerlo es con raspado biopsia, bajo anestesia general en forma ambulatoria.

⁽¹⁾ Además, es necesario para detener el sangrado cuando el hematocrito es menor de 30; pero con éste no se puede explorar el fondo uterino y deja sin diagnóstico pólipos, miomas submucosos, hiperplasia o cáncer endometrial hasta en un 40% de las veces. ⁽¹⁾

Histerosonografía: Es el método a seguir, ante un hallazgo de anormalidad endometrial en la ecografía transvaginal. De Kroom, en un meta-análisis de 24 estudios con 2.278 casos, determinó que se puede realizar completamente en el 98% de premenopáusicas y en el 87% de mujeres posmenopáusicas. Su sensibilidad es del 95% (95% ic 93-97) y su especificidad del 88% (95% ic 85-92), para patología endometrial. ⁽¹⁾

Histeroscopia: Permite tomar la muestra endometrial bajo visión directa y también permite el tratamiento inmediato de patologías benignas. Con ella se diagnostican patologías como miomas submucosos e intramurales, pólipos, hiperplasia endometrial, cáncer localizado, etc. Clarck, en una revisión sistemática de 65 estudios con 26.346 pacientes, demostró sensibilidad de 97% a 98% y especificidad de 93% a 100% para diagnóstico de cáncer endometrial e hiperplasia. ⁽¹⁾

Resonancia nuclear magnética: Es el procedimiento de elección en el diagnóstico de adenomiosis y de alteraciones müllerianas. ⁽¹⁾

Otros procedimientos como citologías, colposcopia, biopsias cervicales, laparoscopia, etc., pueden ser necesarios para el diagnóstico específico de la hemorragia uterina orgánica, acorde a la evaluación por el ginecólogo. ⁽¹⁾

Tratamiento: Debe ser específico y para realizarlo adecuadamente las pacientes deben ser remitidas al ginecólogo o ginecólogo-oncólogo. ⁽¹⁾

5.2.3 Hemorragia uterina de causa hematológica

La hemorragia uterina puede estar asociada a alteraciones en cualquiera de las tres fases del proceso de coagulación: hemostasia primaria, secundaria y fibrinólisis; pero, la asociada a alteraciones de la proteína puente de adhesión plaquetaria, o a enfermedad de von Willebrand es la más frecuente, constituyendo del 11% al 20% de las hemorragias uterinas anormales y el 65% de las hematológicas ⁽¹⁾. Generalmente se inician con la menarquia, con historia de petequias, hemorragias mucocutáneas, menorragia, prolongación del tiempo de sangría, curva

de agregación plaquetaria reducida y reducción del cofactor ristocetina. ⁽¹⁾ Se trata con acetato de desmopresina en aerosol nasal en cada fosa por dos a 3 tres días durante la menstruación, acompañado de coadyuvantes como anticonceptivos orales, ácido tranexámico, ácido mefenámico, o dispositivo con levonorgestrel, para quienes no quieren más hijos. ⁽¹⁾ Otra alteración de la fase de agregación plaquetaria es la trombocitopenia, que se trata transfusiones de plaquetas, entre otros. ⁽¹⁾ Los trastornos de la hemostasia secundaria dependen de deficiencias congénitas o adquiridas de factores de coagulación, que se manifiestan con hemorragias en articulaciones, tejidos blandos y útero. ⁽¹⁾ El diagnóstico se hace midiendo el tiempo de trombina (PT), el tiempo de protrombina activada (aPTT) y los niveles de factores de coagulación (VIIIaIX - XI), entre otros. ⁽¹⁾ Se tratan con crioprecipitados y coadyuvantes. En la fase de fibrinólisis también hay alteraciones que superactivan éste sistema, destruyendo rápidamente los coágulos y produciendo hemorragia; estas alteraciones se pueden identificar midiendo el tiempo de lisis del coágulo de euglobina, e indirectamente con dímero D. ⁽¹⁾ Se tratan con antifibrinolíticos como el ácido tranexámico. ⁽¹⁾

5.2.4 Hemorragia uterina de causa endocrina

Esta hemorragia es ocasionada, en el 95% de los casos, por las mismas causas de anovulación y solo en el 5% por ovulación disfuncional (folículo luteinizado no roto, cuerpo lúteo ineficiente), que son las manifestaciones iniciales de algunas de las anteriores. ¹ En todas hay trastornos del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. El síndrome de ovario poliquístico representa el 70% del problema anovulatorio, pero se deben considerar las otras siete causas principales: hipotiroidismo, hiperprolactinemia (prolactinomas), hiperplasia adrenal, tumores productores de andrógenos,

lesiones hipotálamo-hipofisiarias (adenomas), o disfunciones hipotálamo-hipofisiarias (frecuentes en la adolescencia y el climaterio). Además, como causa endocrina, las niñas pueden presentar hemorragias por pubertad precoz, o por deprivación hormonal al ingerir accidentalmente estrógenos y comidas que los contengan. La hemorragia endocrina ocurre por cuatro mecanismos:

(1)

1. ***Deprivación de estrógenos:*** es el mecanismo del manchado preovulatorio con la caída del pico de los estrógenos, o al suspenderlos.
2. ***Trans-estrogénica:*** éstos sin oposición de progesterona, causan hiperplasia endometrial. Cuando se elevan, bajan las gonadotropinas y ellos mismos caen, fallando la proliferación endometrial con presencia de ulceraciones y hemorragia.
3. ***Deprivación de progesterona:*** cuando hay mal funcionamiento del cuerpo lúteo.
4. ***Transprogestacional:*** ocurre en tratamientos con concentraciones de progesterona superiores a las de estrógenos. ⁽¹⁾

Historia clínica, examen físico y laboratorio: La acción de las hormonas se ven en la mujer, por lo cual casi siempre hay datos llamativos en la historia clínica y signos en el fenotipo, como manifestaciones de endocrinopatías: ciclos irregulares (polimenorreas, oligo y amenorreas), infertilidad, estrés, ejercicio intenso, alteraciones de índice de masa corporal, anormal distribución de la grasa, hirsutismo, galactorrea, infertilidad, envergadura mayor que la talla, atrofia genital, etc. ⁽¹⁾ El perfil hormonal corrobora la impresión diagnóstica; entre las pruebas endocrinas, la hormona estimulante del tiroides (TSH) y la prolactina (PRL), la hormona folículo estimulante (FSH) y la testosterona libre. ⁽¹⁾

Tratamiento: Depende de la causa, pero paralelamente las pacientes se tratan como en la hematológica con coadyuvantes. ⁽¹⁾

5.3 Tratamiento médico coadyuvante de las menorragias hematológicas y endocrinas

5.3.1 Cuando no requieren anticoncepción

Ácido tranexámico: Es un antifibrinolítico que disminuye la fibrinólisis en el útero al bloquear la conversión de plasminógeno a plasmina y que se administra en dosis entre 500 a 1000 mg orales cada seis a ocho horas durante los primeros cinco días de la menstruación. Una revisión sistemática realizada por Lethaby con dos estudios aleatorios contra placebo mostraron una reducción significativa de la menorragia, en promedio del 94 mL (95% ic, 36,5-151,4). ⁽¹⁾ Este tratamiento reduce el volumen, pero no los días de sangrado y es superior a los antiinflamatorios no esteroideos con 50% contra 20% en reducción de las pérdidas sanguíneas. ⁽¹⁾ Es menos eficaz que el dispositivo con levonorgestrel, al reducir la hemorragia a los 6 meses, a solo 50 ml vs 100 ml ($P < 0,001$). Puede producir náuseas, vómito, tinitus y calambres abdominales en la tercera parte de las pacientes; sin embargo, el 77% de usuarias se sienten satisfechas con su uso. ⁽¹⁾

Ácido mefenámico: Regula alteraciones del balance tromboxano-prostaglandinas que generalmente se presentan en la menorragia inhibiendo la ciclooxigenasa (Cox) y disminuyendo las prostaglandinas. ⁽¹⁾ Se administra en dosis de 250-500 mg tres veces al día, durante los días de la menorragia. Otros inhibidores de la Cox-1 y de la Cox-2 se pueden usar

con igual efectividad, según el metaanálisis realizado por Lethaby. Disminuyen la hemorragia en un rango entre el 22% y el 47%. ⁽¹⁾

Estrógenos: En altas dosis se utilizan para tratamiento urgente que no requiera legrado uterino. Promueven una rápida proliferación endometrial para recubrir áreas desprovistas de epitelio, incrementan el fibrinógeno y favorecen la agregación plaquetaria. ⁽¹⁾ Se formulan estrógenos conjugados 25 mg por vía intravenosa cada 4 horas, por uno o dos días, hasta que la hemorragia ceda y después se continúa con un ciclo de estrógenos y progestágenos orales. Es lo más recomendable si la hemorragia ha sido prolongada, si se obtiene escasa cantidad de tejido al realizar la biopsia y si la paciente estaba en tratamiento con progestágenos y continúa sangrando ⁽¹⁾. Los estrógenos junto con progestágenos orales, en forma cíclica o continua, son muy utilizados en la peri menopausia. ⁽¹⁾

Danazol: Por su efecto antiestrogénico produce amenorrea con atrofia endometrial reversible en dosis de 100-200 mg/día. En una revisión de Cochrane con 9 estudios aleatorios, el danazol fue más efectivo en el tratamiento de las menorragias que el placebo, progestágenos, antiinflamatorios no esteroideos y anticonceptivos orales. ⁽¹⁾ Es especialmente útil a dosis de 400 mg/día en casos de hemorragia secundaria a anemia aplásica, púrpura trombocitopénica idiopática, hemofilia y enfermedad de Christmas. Como altera los niveles de colesterol elevando la lipoproteína de baja densidad y disminuyendo la lipoproteína de alta densidad, pudiendo llevar a aumento de peso, acné, seborrea e hirsutismo, actualmente su uso es limitado.

(1)

Análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH): Cuando se administran por más de tres meses (Leuprolide 3,75 mg IM/mes, o Nafarelina IN), se logran amenorreas con atrofia endometrial reversible en el 80% de las pacientes en endocrinas. ⁽¹⁾

El Leuprolide intravenoso 1 mg/día es especialmente útil en el tratamiento de pacientes con trastornos de coagulación, en trasplantes de medula ósea, o que reciben quimioterapia. ⁽¹⁾ Comparado con danazol, en peri menopausia, resultaron igualmente efectivos, excepto por los efectos colaterales muy superiores con el danazol. Cuando los análogos se dan por más de 6 meses, se asocian con riesgo de osteoporosis y sus costos son muy altos. ⁽¹⁾

5.3.2 Cuando requieren anticoncepción

Anticonceptivos orales combinados: Útiles para regular los ciclos y frenar el crecimiento endometrial hasta producir hipomenorrea a los 6 meses de uso. Los que contienen 50 µg de etinil estradiol han mostrado evidencias en reducción del 52% a 68% de la menorragia y los de microdosis, una reducción del 43% en relación con placebo, como lo demostró la revisión de Cochrane. En adolescentes se utilizan los de microdosis, aunque ocasionalmente ocurren manchados uterinos; si persisten por más de dos ciclos, se dan tabletas con más estrógenos, si el manchado es en la primera fase del ciclo y con más progestágenos, si es en la segunda fase.

⁽¹⁾ Si se requiere de mayor eficacia, a los 3 meses se puede agregar ácido mefenámico o tranexámico y si a los 6 meses no cede la menorragia, se cambia de manejo. Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIULNG). Libera 20 µg del progestágeno cada día. ⁽¹⁾ Reduce la menorragia en 78,7% - 83,8% - 97,7% y 85,0% a los 6 - 12 - 24 y 36 meses respectivamente

y a los 6 meses produce atrofia endometrial y amenorrea en el 33% de las pacientes. ⁽¹⁾ Tiene efectos colaterales leves como dolor a la inserción, lumbalgia, cefalea, pesadez de los senos, dismenorrea, acné, ganancia de cinco kilos de peso y fatiga. Comparado con histeroscopia, muestras iguales resultados en la reducción de la escala pictométrica de la menorragia y comparado con histerectomía, demuestra similar efectividad en el tratamiento de la menorragia, con mejor calidad de vida y a menores costos. ⁽¹⁾ En otro estudio aleatorio se demostró que en la peri menopausia el DIU-LNG es mejor que la histerectomía, porque paralelamente trata los síntomas menopáusicos ($P = 0,02$), síntomas que se pueden empeorar con la cirugía, al alterarse la circulación ovárica. Con estos estudios, el DIU-LNG es considerado en la actualidad como la mejor alternativa para la menorragia en mayores de 40 años. ⁽¹⁾

Progestágenos sistémicos: Solo los de depósito (medroxiprogesterona 150 mg intramuscular cada 3 meses). ⁽¹⁾ Los progestágenos orales por doce días, o en la fase lútea, no han mostrado beneficios en el tratamiento de la menorragia de pacientes que no requieren de contracepción, por lo cual, en la actualidad. ⁽¹⁾ La progesterona oral cíclica, sola o en combinación con estrógenos, no tiene estudios aleatorios que demuestren su eficacia. ⁽¹⁾

5.3.3 Manejo quirúrgico de la menorragia hematológica y endocrina

Cuando el tratamiento de la menorragia no es posible médicamente, en lo primero que se debe pensar es que se puede tratar de una hemorragia uterina de causa orgánica inadvertida. ⁽¹⁾ Ese es el momento de revisar el diagnóstico y practicar histeroscopia, haciendo posible el diagnóstico

endometrial con biopsia dirigida y, muchas veces, realizando el tratamiento inmediato de patologías benignas. ⁽¹⁾

Los tratamientos quirúrgicos por hemorragia, bien sean ablación endometrial o histerectomía, sólo se deben realizar en pacientes mayores de 35-40 años que no deseen futuros embarazos. ⁽¹⁾ Respecto a los métodos ablativos, todos son igualmente efectivos en el tratamiento de la menorragia y difieren solamente en las fuentes de energía que utilizan, en el uso de anestesia, en la comodidad y en los costos. ⁽¹⁾

Ablación histeroscópica: Se realiza con láser (NdYaq), o con electrocirugía utilizando el resectoscopio, o el electrodo monopolar del tipo Roller-Ball. ⁽¹⁾ En un 10% se presentan hematomas en cuernos uterinos como complicación, que ameritan histerectomía. ⁽¹⁾ Otras complicaciones más frecuentes son la perforación uterina en un 14 por 1.000 de los casos y sobrecarga de líquidos en un 2 por 1.000 de ellos. ⁽¹⁾

Ablación con balones térmico: Se realiza en forma ambulatoria con balón de dextrosa 5%, a 88°C, por 8 minutos, bajo sedación IV y anestesia local (ThermaChoice, Cavatherm, MenoTreat), con silicona (VestaBlate) o aire caliente (Vestablate). A los 2 años de seguimiento se han encontrado 80%-85% de mejorías, 29% de amenorrea, 24% de hipomenorreas y 15% de persistencia de la menorragia. ⁽¹⁾

Hidrotermablación: El Hidro Therma Ablator utiliza líquidos en la cavidad endometrial para luego calentarlos a temperaturas apropiadas. ⁽¹⁾ Es de mucha efectividad, por llegar a todas

las superficies endometriales, incluso en casos de malformaciones o miomatosis, pero no penetra a las trompas por ejercer una presión de 50-55 mm de Hg. ⁽¹⁾

Radiofrecuencia. El NovaSure controla automáticamente la penetración endometrial basada en la impedancia tisular y el tiempo. ⁽¹⁾ Produce 65% de amenorreas, reduciendo en 97,2% la necesidad de histerectomía. ⁽¹⁾

Laser de difusión (ELITT o GyneLaser): Una revisión de Cochrane mostró al ELITT como superior a la histeroscopia en inducir amenorrea (61% vs 24%) e igual en los demás objetivos del tratamiento. ⁽¹⁾

Ablación por microondas (MEA): Un estudio multicéntrico en los Estados Unidos mostró beneficios respecto a la resección histeroscópica, en doce meses de seguimiento, con éxitos 96,4% versus 92,7%; y amenorrea 90,3% versus 61,3%. Se puede efectuar sólo con sedación. ⁽¹⁾

Cryo-ablation: Destrucción endometrial con frío. ⁽¹⁾

Embolización arterial: Se ha empleado exitosamente en el tratamiento de las hemorragias orgánicas uterinas posparto, embarazo ectópico cervical, fístula arterio-venosa uterina, miomatosis y carcinomatosis. ⁽¹⁾ Sólo últimamente se ha empleado en el tratamiento coadyuvante de las menorragias idiopáticas (endocrino-hematológicas), como última posibilidad para conservar el útero. ⁽¹⁾

Histerectomía: Es el último recurso en el tratamiento de la menorragia. ⁽¹⁾ La técnica más aceptable, dado que el útero está aparentemente normal, es la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. Como complicaciones está una morbilidad del 7% al 15% y una mortalidad del 12 por 10.000. ⁽¹⁾

5.3.4 Sistema de clasificación de la figo

El sistema de clasificación está estratificado en nueve categorías básicas que se ordenan de acuerdo con el acrónimo PALM-COEIN (pahm-koin): pólipos, adenomiosis, leiomioma, malignidad e hiperplasia, coagulopatía, trastornos ovulatorios, trastornos endometriales, causas iatrogénicas y no clasificadas. ⁽⁵⁾ En general, los componentes del grupo PALM son afecciones discretas (estructurales), medibles visualmente con el uso de técnicas de imagen o de histopatología, mientras el grupo COEIN está relacionado con afecciones que no se definen por imagen o histopatología (no estructurales). ⁽⁵⁾ Las categorías se diseñaron para facilitar el desarrollo actual o subsecuente de sistemas de subclasificación. ⁽⁵⁾ El sistema se construyó reconociendo que cualquier paciente podría tener una o varias afecciones que pueden causar o contribuir a las molestias del sangrado uterino anormal y que las afecciones definibles como la adenomiosis, los leiomiomas y los pólipos endocervicales o endometriales frecuentemente pueden ser asintomáticas y, por tanto, no contribuir con los síntomas de manifestación. ⁽⁵⁾

5.4 Pólipos (categoría p)

Los pólipos se categorizan como presentes o ausentes, definidos por uno o la combinación de ultrasonido (que incluye la sonografía de infusión salina) y la imagen histeroscópica con o sin

histopatología. Aunque no existe una distinción actual en relación con el tamaño o el número de pólipos, probablemente es importante excluir el endometrio de apariencia polipoide de esta categoría, ya que dicha apariencia puede ser una variante normal.³ La categoría P permite el futuro desarrollo de una subclasificación para su uso clínico o en investigación que podría incluir una combinación de variables, como las dimensiones del pólipo, su localización, número, morfología e histología.³

5.5 Adenomiosis (categoría a)

La relación de la adenomiosis con la génesis del sangrado uterino anormal no es clara. Mientras los criterios para el diagnóstico de adenomiosis tradicionalmente se han basado en la evaluación histopatológica de la profundidad del tejido “endometrial” por debajo de la interfase endometrio-miometral de las muestras de histerectomía, los criterios histopatológicos varían sustancialmente y el requerimiento de diagnosticar la adenomiosis de este modo tiene un valor limitado en un sistema de clasificación clínica.⁽⁵⁾ En consecuencia y debido a que existen criterios diagnósticos con base en la sonografía y la imagen de resonancia magnética en este sistema, la adenomiosis se diagnostica por imagen del útero. Debido a que se reconoce el acceso limitado de las mujeres a la resonancia magnética en la comunidad, se propone que los criterios sonográficos para la adenomiosis comprendan los requerimientos mínimos para asignar el diagnóstico. Al igual que con los pólipos y los leiomiomas, la adenomiosis es un trastorno que podría beneficiarse de su propio sistema de subclasificación, que incluye la estandarización de los métodos de diagnóstico de imagen e histopatología.⁽⁵⁾

5.6 Leiomiomas (categoría I)

La mayor parte de los leiomiomas (fibroides) son asintomáticos y frecuentemente su presencia no es la causa de queja de sangrado uterino anormal. ⁽⁵⁾ Esto y la combinación con la prevalencia de leiomiomas causaron que el FMDG creara los sistemas de clasificación primario, secundario y terciario. ⁽⁵⁾ El sistema de clasificación primario refleja sólo la presencia o ausencia de uno o más leiomiomas, como se determina por evaluación sonográfica, sin importar la localización, el número y el tamaño.³ En el sistema secundario se requiere que el médico distinga los miomas que afectan la cavidad endometrial (submucosos) de otros, debido a que las lesiones submucosas son las que con mayor probabilidad contribuyen a la génesis del sangrado uterino anormal. ⁽⁵⁾ La raíz del sistema de clasificación terciario es un diseño para los leiomiomas subendometriales o submucosos que originalmente sometieron Wamsteker y col. y que posteriormente adoptó la Sociedad Europea para la Reproducción Humana y la Embriología (ESHRE, por sus siglas en inglés).

El sistema PALM-COEIN agrega la categorización de los miomas intramurales y subserosos, así como una categoría que comprende las lesiones (“parasitarias”) que parecen adosadas al útero. ⁽⁵⁾ Cuando un mioma colinda o distorsiona el endometrio y la serosa, se categoriza primero por la clasificación submucosa, luego por la localización subserosa, con estos dos números separados por un guión. Están considerados aunque todavía no se incluyen el tamaño, el número y la localización de los tumores longitudinalmente en el útero (por ejemplo, el fondo, el segmento inferior o el cuello uterino). ⁽⁵⁾

5.7 Enfermedades malignas y premalignas (categoría m)

Aunque son relativamente poco comunes en las mujeres en edad reproductiva, la hiperplasia atípica y la malignidad son importantes causas potenciales de hallazgos relacionados con sangrado uterino anormal. ⁽⁵⁾ Este diagnóstico debe considerarse en cualquier mujer en edad reproductiva y especialmente en quienes puede haber factores predisponentes, como obesidad o un antecedente de anovulación crónica.³ En consecuencia, cuando la evaluación de una mujer en edad reproductiva con sangrado uterino anormal identifica un proceso hiperplásico premaligno o maligno, se clasificaría como categoría M4 y luego se subclasificaría por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el sistema FIGO. ⁽⁵⁾

5.7.1 Coagulopatía (trastornos sistémicos de la hemostasia) [categoría c]

El término coagulopatía se utiliza para englobar el espectro de trastornos sistémicos de la hemostasia que pueden causar sangrado uterino anormal. ⁽⁵⁾ La información de alta calidad demuestra que aproximadamente 13% de las mujeres con sangrado menstrual abundante tiene trastornos sistémicos de la hemostasia bioquímicamente detectable, más a menudo la enfermedad de von Willebrand. Alrededor de 90% de las pacientes con estas anormalidades se incluyen en un grupo que puede identificarse por una historia estructurada. ⁽⁵⁾ Sin embargo, no está claro qué tan a menudo estas anormalidades causan o contribuyen con el origen del sangrado uterino anormal y qué tan frecuentemente son anormalidades bioquímicas asintomáticas o mínimamente sintomáticas. ⁽⁵⁾

5.7.2 Trastornos ovulatorios (categoría o)

La disfunción ovulatoria puede contribuir a la génesis del sangrado uterino anormal, que generalmente se manifiesta en una combinación impredecible de tiempo de sangrado y una cantidad variable de flujo, que en algunos casos resulta en sangrado menstrual abundante. Algunas de estas manifestaciones se relacionan con la ausencia de una producción cíclica y predecible de progesterona, pero en los años reproductivos tardíos pueden ser consecuencia de eventos “fuera de la fase lútea”.⁽⁵⁾

Aunque la mayor parte de los trastornos ovulatorios escapan a un origen definido, muchos pueden verse como endocrinopatías (por ejemplo, síndrome de ovario poliquístico, hipotiroidismo, hiperprolactinemia, estrés mental, obesidad, anorexia, pérdida de peso o ejercicio extremo, como el asociado con el entrenamiento atlético profesional de alto rendimiento).³ En algunos casos, el trastorno puede ser iatrogénico, causado por esteroides gonadales o medicamentos que tienen efecto en el metabolismo de la dopamina, como la fenotiazinas y los antidepresivos tricíclicos.⁽⁵⁾

5.7.3 Causas endometriales (categoría e)

Cuando el sangrado uterino anormal sobreviene en el contexto de menstruaciones predecibles y cíclicas, sugerentes de ovulación normal y ausencia de otras causas definibles, el mecanismo es probablemente un trastorno primario que reside en el endometrio.⁽⁵⁾ Si el síntoma es sangrado menstrual abundante, puede existir un trastorno primario de los mecanismos reguladores locales de la “hemostasia” endometrial misma, secundario a deficiencias en la producción local de

vasoconstrictores como la endotelina 1 y la prostaglandina $F2\alpha$ -, a lisis acelerada del coágulo endometrial por una producción excesiva de activador de plasminógeno²² (o a ambas) y a mayor producción local de sustancias que promueven la vasodilatación, como la prostaglandina E2 y prostaciclina. ⁽⁵⁾

Puede haber otros trastornos endometriales primarios que no manifiestan sangrado uterino abundante en sí, pero pueden, por ejemplo, causar sangrado intermenstrual, como la inflamación o infección endometrial, anormalidades en la respuesta inflamatoria local o aberraciones de la vasculogénesis endometrial. En este momento no existen pruebas específicas de estos trastornos, así que el diagnóstico de sangrado uterino anormal de categoría E debe determinarse por exclusión de otras anormalidades identificables en mujeres en edad reproductiva que parecen tener una función ovulatoria normal. ⁽⁵⁾

5.7.4 Iatrogénico (categoría i)

Existen diversos mecanismos por los cuales las intervenciones médicas o dispositivos pueden causar o contribuir al sangrado uterino anormal (sangrado uterino anormal de categoría I). El sangrado endometrial a destiempo que ocurre durante el uso de la terapia con esteroides gonadales exógenos se denomina “sangrado de avanzada”, el principal componente de la clasificación del sangrado uterino anormal de categoría I. ⁽⁵⁾ En esta categoría se incluyen las mujeres que utilizan un sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, que frecuentemente experimentan sangrado de avanzada en los primeros seis meses de la terapia. ⁽⁵⁾ Cuando se piensa que el sangrado uterino anormal es secundario a anticoagulantes, como la warfarina o la heparina, o a agentes sistémicos

que contribuyen a los trastornos de la ovulación, como los que interfieren con el metabolismo de la dopamina, se categoriza como categoría C o categoría O, respectivamente. ⁽⁵⁾

5.7.5 No clasificado (categoría n)

Existen algunas afecciones que pueden o no contribuir al (o causar) sangrado uterino anormal en una mujer porque se han definido en forma deficiente, se evaluaron en forma inadecuada o son extremadamente raras. Algunos ejemplos de esta categoría podrían incluir las malformaciones arteriovenosas y la hipertrofia miometra.³ Además, pueden existir otros trastornos aún no identificados que se definirían sólo por ensayos bioquímicos o de biología molecular. Colectivamente, estas afecciones (o futuras afecciones) se han colocado en una categoría denominada N por No clasificado. ⁽⁵⁾ Al crearse mayor información pueden ubicarse en una categoría separada o pueden colocarse en categorías existentes en el sistema. ⁽⁵⁾

6. Marco conceptual

- Metrorragia: Hemorragia uterina fuera del período menstrual.
- FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
- PALM-COEIN: Acrónimo que ayuda a dividir en nueve categorías básicas la hemorragia uterina anormal.
 - Pólipos: tumor pediculado o excrecencia blanda que en ocasiones llega a ser dura y de aspecto carnoso y nace en las membranas mucosas como la de la nariz, garganta y útero.
 - Adeniosis: presencia de tejido endometrial
 - Leiomioma: tumor benigno que crece en el tejido muscular del útero o miometrio en las mujeres.
 - Hiperplasia: es el aumento de tamaño de un órgano o de un tejido, debido a que sus células han aumentado en número.
 - Coagulopatía: es una entidad en la que la capacidad de coagulación de la sangre está disminuida.
 - trastornos ovulatorios: es la falta de ovulación o una ovulación anormal o irregular (≤ 9 menstruaciones/año)
 - trastornos endometriales: Crecimiento anormal de células del endometrio.
 - iatrogénico: es un daño en la salud, causado o provocado por un acto médico.
 - histerectomía: Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcialmente.
 - enfermedad de von Willebrand: es causada por una deficiencia del factor de von Willebrand. Este factor ayuda a las plaquetas de la sangre a amontonarse (aglutinarse) y

adherirse a la pared de los vasos sanguíneos, lo cual es necesario para la coagulación normal de la sangre.

- Hiperprolactinemia: es un trastorno por el cual la persona tiene un nivel anormalmente alto de la hormona prolactina en la sangre. La principal función de la prolactina es estimular la producción de leche materna tras el parto.

- ovario poliquístico: es una enfermedad en la cual una mujer tiene unos niveles muy elevados de hormonas (andrógenos).⁽⁶⁾

7. Marco legal (aspectos éticos)

Ley 8430 de por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Artículo 11 clasificación investigaciones

- a) Investigación sin riesgo
- b) Investigación con riesgo mínimo
- c) Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo: Estudios con medicamentos

Artículo 8. Se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Resolución 3823 de 1997, por la cual se crea La Comisión Asesora de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud y se dictan normas para regular las actividades de desarrollo científico en el sector salud.

8. Estado del arte (antecedentes)

La prevalencia de la hemorragia uterina anormal es el 30%, a tal punto que, ocasiona el 20% de las consultas y el 25% de todas las cirugías ginecológicas: 65% de las hysterectomías y 100% de las ablaciones endometriales. Es un campo multidisciplinario, donde convergen además de la anemia y sus consecuencias, alteraciones sociales, profesionales, sexuales, temores de sufrir enfermedades ginecológicas malignas e implicaciones económicas.⁽⁷⁾

Existen, en la actualidad, múltiples estudios en el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia uterina anormal, con recomendaciones A, B y C en evidencia médica, que llaman a ser incorporados en un enfoque integral de manejo. Por ello, el objetivo de este trabajo es revisar la literatura existente, con el propósito de vislumbrar un enfoque clínico más racional, que propicie salud, economía al evitar intervenciones innecesarias y, mejor calidad de vida a las mujeres que la sufran.⁽⁸⁾

La investigación y el manejo del sangrado uterino anormal en las mujeres no grávidas en sus años reproductivos ha sido difícil por la nomenclatura confusa, aplicada en forma inconsistente, así como por la falta de métodos estandarizados para la investigación y categorización de las diversas causas potenciales⁽⁸⁾

9. Metodología

9.1 Tipo de diseño

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo

9.2 Población

La población de referencia está conformada por las pacientes atendidas en la Clínica Cartagena del mar en la ciudad de Cartagena, durante el periodo comprendido entre enero de 2016 y Diciembre de 2018 con diagnóstico de hemorragia uterina anormal que para nuestro estudio se tomaron 198 pacientes, las cuales tienen un rango de edades de 11 a 59 años.

9.3 Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Definición	Unidad de medida	Escala	Indicador
Sexo	Cualitativa Nominal dicotómica	Conjunto de peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculino y femenino	Nominal	Femenino	Numero absoluto
Edad	Cuantitativa continua	Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació	Razón	Nº de años	Numero absoluto

Antecedentes patológicos	Cualitativa politológica	Registro donde se precisa las enfermedades, cirugías, traumatismos y transfusión de sangre o derivados de la sangre que hay a recibido la gestante a lo largo de su vida	Nominal	Cancer Aborto SOP	Numero absoluto
--------------------------	--------------------------	--	---------	-------------------	-----------------

9.4 Técnicas de recolección de la información

La recolección de la información se realizó a través de la base de datos de las historias clínicas (fuente primaria) de la Clínica Cartagena del Mar y la observación directa de los pacientes (fuente secundaria). A partir de esas fuentes se realizó un formulario para la recolección de los datos y variables, y por medio de revisión bibliográfica complementamos nuestra información.

9.5 Técnicas de análisis estadístico

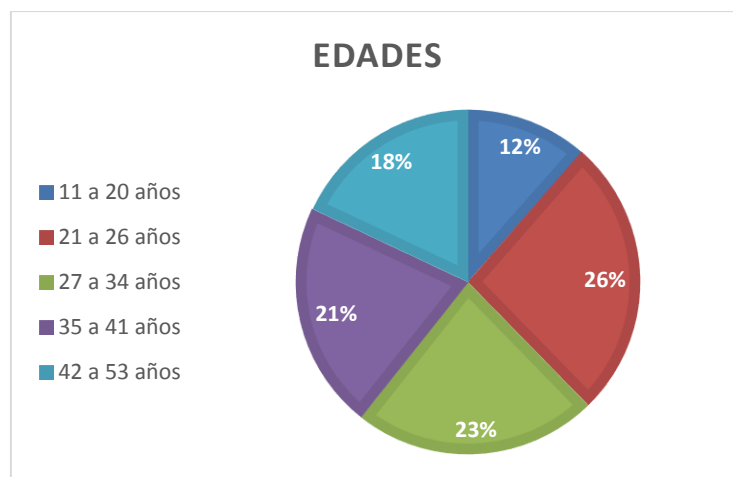
Para el análisis de nuestra base de datos se utilizó el programa de Microsoft Excel 2016 16.0.6741.2048. Se realizó una estadística descriptiva de las variables analizadas, empleando medidas de tendencia central.

La información fue tabulada en forma de diagrama de torta y medidas porcentuales. A través de dicho análisis se calculó la relación entre las causas más frecuentes para el diagnóstico de hemorragia uterina anormal.

10. Resultados

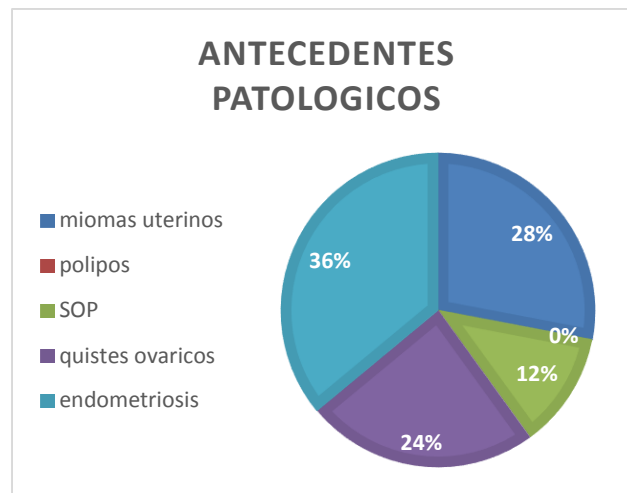
En la gráfica número uno, las edades más predominantes en el año 2016 de las pacientes atendidas, fueron de 21 a 26 años con un 26% de casos, seguido de 27 a 34 años con un 23%, 35 a 41 años con un 21% de los casos, 42 a 53 años con un 18% de los casos y 11 a 20 años con un 12% de los casos. Teniendo como la edad más frecuente en este año de los 21 a 26 años.

Gráfico 1



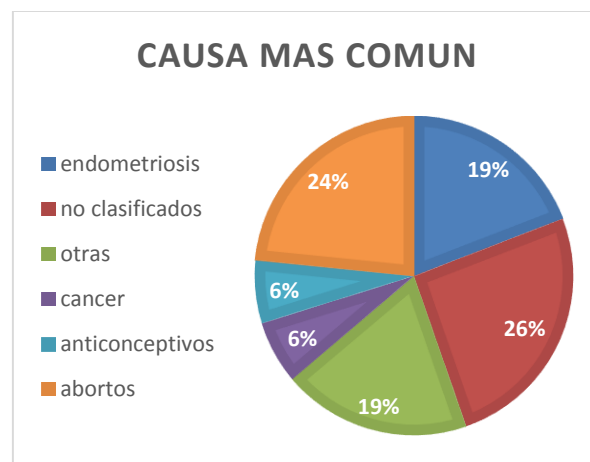
En la gráfica número dos, del total de las 63 pacientes atendidas en el año 2016, el 36% presentaron diagnóstico de hemorragia uterina anormal por antecedentes patológicos de endometriosis, el 28% por miomas uterinos, seguido del 24% por quistes ováricos, el 12% por síndrome de ovarios poliquísticos y el 0% corresponde a las que presentaron pólipos. Teniendo como el antecedente mas comun la endometriosis con un 36%.

Gráfico 2



En la grafica número tres, del total de las 62 pacientes atendidas en el año 2016, la causa mas común para el diagnostico de hemorragia uterina anormal fueron el 26% por no clasificados, el 24% por abortos, el 19% por endometrosis y por otras patologías asociadas cada uno respectivamente, el 6% por el uso de anticonceptivos y por neoplasias respectivamente. Teniendo como la causa principal las no clasificadas con un 26%.

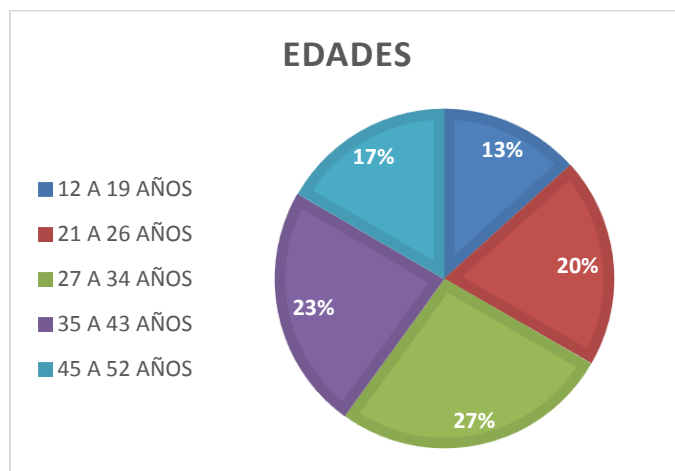
Gráfico 3



2017

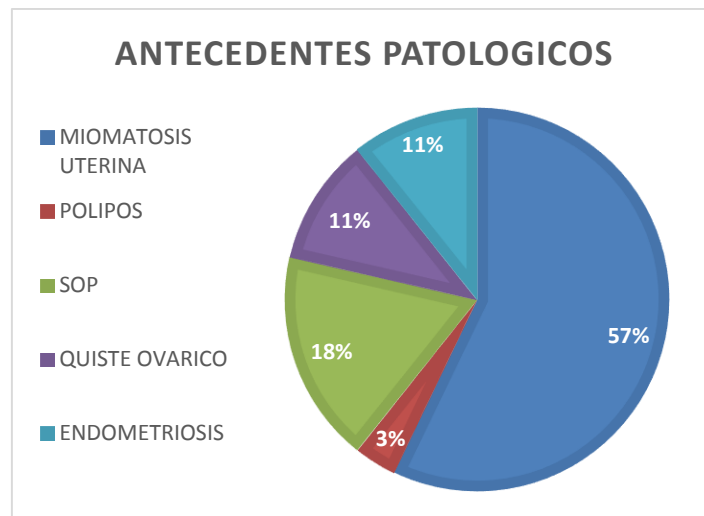
En la gráfica número cuatro, las edades más predominantes en el año 2017 fueron de 27 a 34 años con un 27% de casos, seguido de 35 a 43 años con un 23% de los casos presentados, 21 a 26 años con un 20% de los casos, 45 a 52 años con un 17% de los casos y 12 a 19 años con un 13% de los casos que se presentaron. Teniendo como la edad más común de los 27 a 34 años con un 27%.

Gráfico 4



En la gráfica número cinco, del total de las 70 pacientes atendidas en el año 2017, el 57% presentaron diagnóstico de hemorragia uterina anormal por antecedentes patológicos de miomatosis uterina, seguido del 18% por síndrome de ovarios poliquísticos, el 11% por quistes ováricos y endometrosis cada uno respectivamente y el 3% restante corresponde a las que presentaron pólipos. Teniendo como el antecedente patológico más frecuente los miomas uterinos con un 57% de los casos.

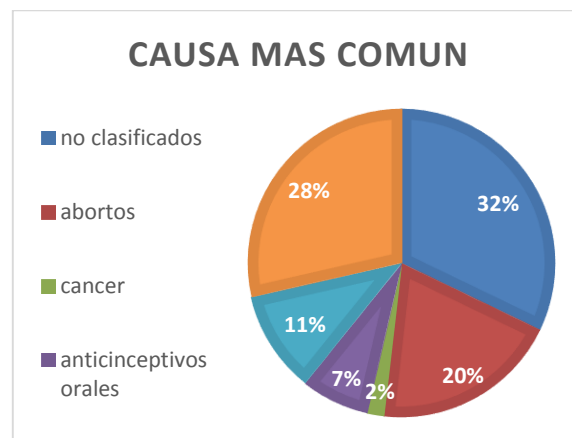
Gráfico 5



Gráfica 6.

En la grafica numero seis, del total de las 70 pacientes atendidas en el año 2017, la causa mas común para el diagnostico de hemorragia uterina anormal fue del 32% por no clasificados, el 28% por miomatosis uterina, el 20% por abortos, el 11% por otras patologías asociadas, el 7% por el uso de anticonceptivos orales y el 2% por neoplasias. Teniendo como la causa principal los no clasificados que representan al 32% de los casos.

Gráfico 6

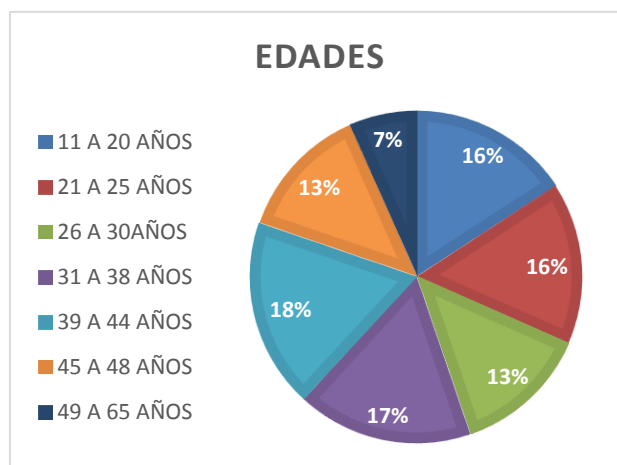


2018

Gráfica 7.

En la gráfica número siete, las edades más predominantes de las 66 pacientes atendidas en el año 2018 fueron de 39 a 44 años con un 18% de casos, seguido de 17% con 31 a 38 años, con un valor de 16% de 11 a 20, 21 a 25 cada uno respectivamente, 26 a 30, 45 a 48 años con un valor del 13% de los casos cada uno respectivamente y 49 a 65 años con un 7% de los casos. Teniendo como edad más frecuente de los 39 a los 44 años que representa el 18% de los casos.

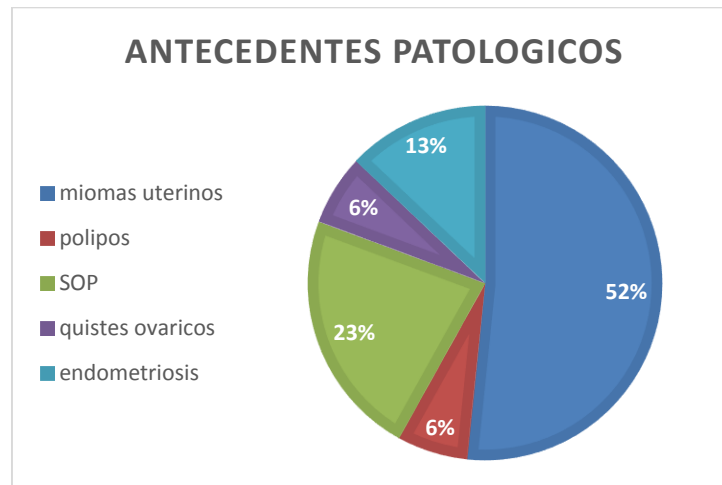
Gráfico 7



Gráfica 8.

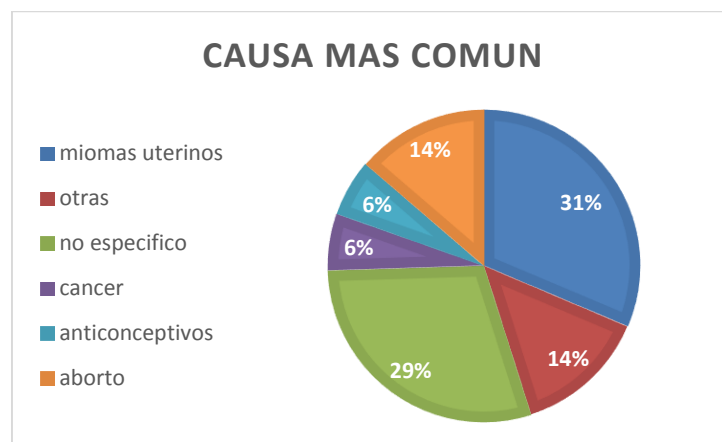
En la gráfica número ocho con antecedentes patológicos, del total de las 66 pacientes atendidas en el año 2018, el 52% presentaron diagnóstico de hemorragia uterina anormal por miomas uterinos, seguido del 23% por síndrome de ovarios poliquísticos, el 13% por y por endometriosis y el 6% restante por quistes ováricos y pólipos cada uno respectivamente. Teniendo como el antecedente patológico más común los miomas uterinos que representan el 52% de los casos.

Gráfico 8

**Gráfico 9.**

En la grafica numero nueve, del total de las 66 pacientes atendidas en el año 2018, la causa mas común para el diagnostico de hemorragia uterina anormal fue el 31% por miomas uterino, el 29% por no clasificado, el 14% por abortos y por otras patologías asociadas cada uno respectivamente y el 6% restante por el uso de anticonceptivos orales y por neoplasias cada uno respectivamente. Teniendo como la causa principal la presencia de miomas uterinos que representa el 31% de los casos.

Gráfico 9

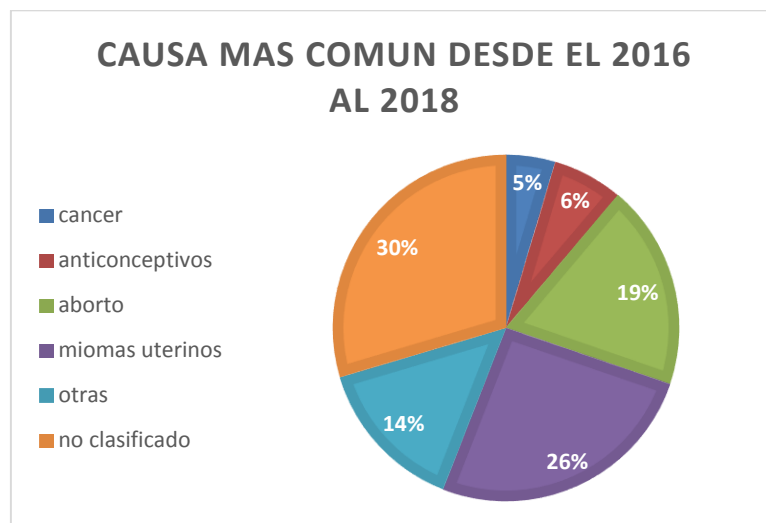


2016 - 2018

Gráfica 10.

En la gráfica número diez, del total de las 198 pacientes atendidas en el periodo de Enero de 2016 a Diciembre de 2018, el 30% presentaron diagnóstico de hemorragia uterina anormal por causas no clasificadas, seguido del 26% por miomas uterinos, el 19% por aborto, el 14% otras patologías asociadas, el 6% se presentaron por uso de anticonceptivos y el 5% asociadas a neoplasias. Teniendo que en ese periodo de tiempo la causa principal de hemorragia uterina anormal fue la no especificada que representa al 30% de los casos.

Gráfico 10



11. Presupuesto

Rubro	Detalle	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Papelería	resma de papel carta 500mg color blanco	2	\$ 10.000,00	\$ 20.000,00
	lapiceros	10	\$ 1.000,00	10.000,00
	Carpetas legajadles	4	\$1.000,00	\$4,000
	Ganchos	4	\$500,00	\$2,000
Transporte	pasaje	10	\$20.000,00	\$200.000,00
	Combustible	3	\$80.000,00	\$240.000,00
Otros	almuerzo	10	\$12.000,00	\$120.000,00
	impresión	10	\$3.000,00	\$30.000,00
TOTAL			\$127.500,00	\$626.000,00

10. Conclusiones

Podemos concluir que durante el periodo que se realizó la investigación el número total de las pacientes que se diagnosticaron con hemorragias uterinas anormal (HUA), el mayor índice lo presentaron para el diagnóstico las causas no clasificadas. Esto indica que aún existe una gran brecha para identificar cual es la verdadera razón de presentarse esta enfermedad; No obstante, la hemorragia uterina anormal no deja de ser una enfermedad importante la cual afecta la calidad de vida de las pacientes y debe ser detectada y clasificada a tiempo.

Observando lo que nos arrojan los resultados es claro que la causa principal de las hemorragias uterinas anormales presentadas en la clínica Cartagena del mar en el periodo comprendido de enero del 2016 hasta diciembre del 2018 fueron las no clasificadas, esto nos crea una gran duda, si realmente es no clasificada porque la causa no se esclareció en la institución de salud o porque no se dejó especificada en la historia clínica de las pacientes

Se pudo observar que la mayoría de las pacientes diagnosticados por hemorragias uterinas anormal (HUA) fueron mujeres cuya edad de aparición oscila entre los 11 a 65 años de edad, la edad de aparición más común fue entre los 21 a 44 años, la causa que más se asoció a la aparición de hemorragias uterinas anormal (HUA) fue por causas no clasificadas con un 33% de los casos estudiados, seguidos de miomas uterinos con un 26%, abortos con un valor del 19%, otras patologías asociados con un valor correspondiente al 14%, y por último los valores más bajos pero

de igual importancia por el uso de anticonceptivos con un 6% y asociados a neoplasias con el 5% restante.

Recomendaciones

Concluimos que este estudio se puede tomar como referencia para conocer la mayor incidencia de las causas que producen que las pacientes presenten hemorragias uterinas anormales (HUA), pero recomendamos ampliar la población y muestra de estudio para correlacionar mejor los resultados encontrados y despejar nuevas dudas que con este proyecto de investigación han aparecido.

Por otra parte, se recomienda a la institución en donde se realizó la investigación, tener un mejor control y diligenciamiento de las historias clínicas por parte de los funcionarios de la salud encargados de esta labor para un mejor conocimiento y abordaje del paciente al tener acceso a las historias clínicas de dicha entidad.

Agradecimientos

El presente trabajo investigativo Le agradecemos principalmente a Dios, por ser nuestro motor y darnos fuerza para continuar en el proceso de obtener uno de nuestros grandes anhelos

A nuestros padres, por el amor, trabajo y sacrificio que día a día nos brindan, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar en nuestras expectativas, por todos consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradecemos a nuestros docentes de la Escuela medicina en especial a la doctora luz marina padilla por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de igual forma agradecemos a nuestra tutora metodológica la doctora Iliana Vásquez que gracias a sus consejos, enseñanzas logramos concluir nuestro proyecto de investigación.

Referencias bibliográficas

- 1 Pérez L. [Hemorragia uretrina anormal, Enfoque basado en la evidencia]; 2007 [cited . 2019 abril 15. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n1/v15n1a09.pdf>.
- 2 Bustamante P. [Perfil demográfico de las pacientes pos menopausicas con sangrado . uterino de enero de 2010 a diciembre del 2012]. Mexico ; 2012 [cited 2019 abril 20. Available from: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14213/402162.pdf?sequence=1&isallowwed=y>.
- 3 Ureña Puglla o UCM. Causas de hemorragia uterina anormal en mujeres de 35 a 50 años . que acudieron al departamento de ginecologia en el hospital jose carrasco arteaga desde junio-diciembre del 2014 [Causas de hemorragia uterina anormal en mujeres de 35 a 50 años que acudieron al departamento de ginecologia en el hospital jose carrasco arteaga desde junio-diciembre del 2014].; 2014 [cited 2019 abril 15. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25421/1/proyecto%20de%20investigacion%20c3%93n.pdf>.
- 4 Antonio Matías I BRMGLNHVMPOJCBB. Diagnóstico y tratamiento del sangrado . uterino anormal de origen no anatómico.; 2010 [cited 2019 Abril 15. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/322ger.pdf>.
- 5 G Munro M OCHsfi. La clasificación figo de causas de sangrado uterino anormal en los . años reproductivos.; 2011 [cited 2019 ABRIL 15. Available from:

<http://sogineu.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/sangrado-uterino-anormal-nueva-clasificacion-figo-2011-espa%c3%blol.pdf>.

- 6 Diccionario de medicina.; 2000 [cited 2019 abril 15].
.
- 7 Mahajan M. Hysteroscopic evaluation of abnormal uterine bleeding- vaginoscopic
. approach. Journal of medical science and clinical research ed.; 2016.
- 8 Peralta F. Sangrado uterino anormal en la postmenopausia: diagnóstico y manejo.
. Revista peruana de investigación materno perinatal. 2016; II.