

Hemorragia uterina anormal (HUA)

Ciclo menstrual normal

Grandes variaciones fisiológicas; duración ciclo 3-4 semanas; duración sangrado 2-7 días; periodo intermenstrual >18 días, <35 días; volumen pérdida menstrual: 30-40ml (<80ml), <6 tampones/día, <20 tampones/ciclo.

HUA en posmenopausia

- Sangrado vaginal de aparición tras un año o más del cese de las menstruaciones.
- Derivación ginecológica preferente. Descartar cáncer endometrial.

HUA en edad reproductiva

Cualquier cambio en la frecuencia del periodo menstrual, en la duración, en la cantidad de sangrado, así como el sangrado entre ciclos (spotting intermenstrual).

1. **Descartar PATOLOGÍA DEL EMBARAZO: test embarazo.**
 - Test embarazo + y HUA derivación obstétrica urgente.
2. **Descartar CAUSAS YATRÓGENAS.** ([Tabla 1](#))
3. **Descartar ENFERMEDAD SISTÉMICA: pruebas complementarias según sospecha.** ([Tabla 2](#))
4. **Descartar PATOLOGÍA TRACTO GENITAL.** ([Tabla 3](#))
 - Examen ginecológico. Citología cervical. Cultivos vaginal y cervical.
 - ECO transvaginal. Biopsia aspirado endometrial (cánula Cornier).
5. **HU DISFUNCIONAL:**
 - Diagnóstico de exclusión (40-60%). Ciclos ovulatorios ([Tabla 5](#)) o anovulatorios. ([Tabla 4](#))
 - **Valorar riesgo de cáncer endometrial.**

TRATAMIENTO: según edad, deseo gestacional, causa o enfermedad subyacente.

HUA en edad reproductiva

Tabla 1.

Causas yatrógenas	
• Anticoagulantes. AAS.	• Tamoxifeno. DIUs.
• Anticonceptivos orales.	• Antidepresivos tricíclicos, ISRS.
• Hormonas tiroideas. Corticoides.	• Antipsicóticos.
• Terapia hormonal sustitutiva.	• Ginseng, ginkgo, soja.

Hemorragia uterina anormal (HUA)

Tabla 2.

Enfermedad sistémica
• Alteración tiroidea: hipotiroidismo 23%, hipertiroidismo 21%. • Coagulopatías hereditarias (18%): enfermedad de Von Willebrand. • Supresión HPT: estrés, ejercicio excesivo, trastornos de alimentación. • Síndrome del ovario poliquístico (anovulación crónica). • Hiperplasia adrenal; síndrome de Cushing. • Adenoma HPF, hiperprolactinemia. • Hepatopatía. Nefropatía. (manifestación tardía)

Tabla 3.

Patología tracto genital
• Infecciones: cervicitis, endometritis, miometritis, salpingitis. • Alteraciones anatómicas benignas: adenomiomas, leiomiomas, pólipos. • Lesiones premalignas: displasia cervical, hiperplasia endometrial. • Lesiones malignas: carcinoma cervical, carcinoma endometrial, tumores ováricos productores de estrógenos o testosterona... • Traumatismos: cuerpo extraño, abrasiones, laceraciones, abuso sexual.

HU Disduncional (HUD)

Tabla 4.

HUD Ciclos anovulatorios
• Se presentan en los extremos de la vida reproductiva y en ♀obesas, como sangrados irregulares, prolongados e intensos, por alteración eje HPT-HPF-ovario. • Aumentan riesgo de hiperplasia endometrial; en perimenarquia buen pronóstico. • Tratamiento médico inicial (en caso de fracaso reevaluar): ACOs: (A) regulan ciclo; contraceptivos; prevención hiperplasia endometrial. PROGESTÁGENOS: (A) regulan ciclo; prevención hiperplasia endometrial. • Indicados si factores de riesgo para ACOs: HTA, tabaquismo, edad > 35a, riesgo TVP/TEP...

Hemorragia uterina anormal (HUA)

Tabla 5.

HUD Ciclos ovulatorios
• Sangrado regular, abundante, duración normal. Más frecuente (80% HUD). • Se asocia a dolor en mitad de ciclo, síntomas premenstruales y dismenorrea. • Tratamiento médico inicial:
ANTIFIBRINOLÍTICOS (ácido tranexámico):
• Disminuyen sangrado en 34-59% (A). 1-1'5g/8-12h. • Efectos 2º: calambres MMII, náuseas. No aumenta riesgo de tromboembolia.
AINes:
• Disminuyen sangrado en 22-46% (A).
DIU levonorgestrel:
• Disminuye sangrado en 74-97% (A). • Efectos 2º (iniciales): sensibilidad mamaria, spotting.

Autores

- Jaume Del Pozo i Niubò
CS Rafalafena (Castelló de la Plana)
- Manuel Batalla Sales
CS Rafalafena (Castelló de la Plana)

Autor para correspondencia

- Jaume Del Pozo i Niubò
E-mail: jaumedelpozo@hotmail.com

Bibliografía

1. Telner DE, Jakubovicz D. Approach to diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. Can Fam Physician 2007;53:58-64.
2. Albers J, Hull SK, Wesley RM. Abnormal uterine bleeding. Am Fam Physician 2004;69:1915-26;1931-2.
3. Ortega A, Cardona J, Prado M. Patología ginecológica en atención primaria. FMC 2007;14:17-22.
4. Heavy menstrual bleeding. NICE clinical guideline 44 (2007). <http://www.nice.org.uk/CG044>
5. Ely J, Kennedy C, Clark E, Bowdler N. Abnormal uterine bleeding: a management algorithm. Evidence-Based clinical medicine. J Am Board Fam Med 2006;19:590-602.
6. Farrell E. Dysfunctional uterine bleeding. Australian Fam Physician 2004;33:906-908.