

Rev Biomed 2013; 24:13-20

Epidemiología del sangrado uterino anormal en el Hospital Benito Juárez del IMSS, Mérida, México

David Armando Magaña-Pérez¹, María Luisa Rojas-Bolaños², Simón Montoya-López³

¹ Unidad de Medicina Familiar No. 59, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mérida, México. ² Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán, México. ³ Hospital Benito Juárez, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mérida, México

RESUMEN

Introducción. El sangrado uterino anormal -SUA- corresponde a cualquier tipo de sangrado proveniente del útero, se considera anormal por no seguir el patrón cíclico menstrual habitual; es el segundo trastorno ginecológico más frecuente en la consulta externa, en un primer nivel de atención, y es uno de los padecimientos ginecológicos menos estudiados en Yucatán; la última revisión corresponde a 1990.

Objetivo. Identificar el perfil clínico epidemiológico del SUA y su ajuste a la Guía de práctica clínica -GPC- de régimen nacional, en el Hospital Benito Juárez del IMSS, en Mérida, Yucatán, México.

Materiales y Métodos. El estudio inició con 80 expedientes clínicos, que cumplieron los criterios de inclusión. El "Perfil clínico epidemiológico del SUA" se configuró con datos de edad, antecedentes familiares de SUA, historia gineco-obstétrica, tipo de SUA, caracterización del manejo (métodos diagnósticos, resultado histopatológico, diagnóstico de egreso y tratamiento intra y extrahospitalario). El manejo proporcionado se comparó con el propuesto por la GPC de aplicación nacional.

Resultados. El 68% de los casos correspondió a mujeres en edad fértil. La alteración estructural fue la principal causa de SUA, imperando la

miomatosis uterina en 69%. El tratamiento quirúrgico se realizó en la mitad de las pacientes, predominando en 60% la histerectomía.

Conclusión. El perfil clínico-epidemiológico en las pacientes con SUA no presentó variación significativa con lo que reporta la literatura regional, nacional e internacional. La infraestructura hospitalaria en el hospital Benito Juárez no se adapta en su totalidad a la GPC nacional de SUA.

Palabras clave: sangrado uterino anormal, perfil clínico-epidemiológico, guía de práctica clínica

ABSTRACT

Epidemiology of the abnormal uterine bleeding in the Benito Juarez hospital of the IMSS

Introduction. Abnormal Uterine Bleeding (AUB) corresponds to any type of abnormal bleeding which comes from the uterus. AUB is considered abnormal due to not following normal menstrual cycles. It is the second most frequent gynecological dysfunction in outpatient primary care, and it is one of the least studied gynecological conditions in Yucatan. The most recent research was reported in 1990.

Objective. To Identify the epidemiological and

Autor para correspondencia: MC. David Armando Magaña Pérez, Dirección: Calle 40 # 413 X 59 y 61, Colonia Centro, CP 97700, Tizimin, Yucatán. Correo electrónico: anivdelarev_87@hotmail.com

Recibido: 25 de octubre de 2012. **Aceptado para publicación:** 9 de enero de 2013.

Este artículo está disponible en <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb132413.pdf>

clinical profile of AUB and determine how it fits in Mexico's national Guide of clinical practice (GCP). The work was performed at the Benito Juárez Hospital of the IMSS in Merida, Yucatan

Materials and Methods. The study began with evaluating 80 clinical records that met the study's predetermined guidelines. The epidemiological clinical profile of AUB was evaluated by: patient age; family history of AUB; patient obstetric gynecological history; type of AUB, type of management and diagnostic methods used, histopathological results, diagnosis at the time of discharge, and in-house and out-of-house hospital treatments. Disease diagnosis and management results were compared with Mexico's GCP guidelines.

Results. 68% of AUB cases occurred in women of fertile age. Gynecological structural alterations were found to be the main cause of AUB. Of these cases, uterine leiomyomas (fibroids) accounted for 69%. The surgical treatment was carried out on half of the patients, with hysterectomy being the most prevalent treatment (60%).

Conclusion. The clinical-epidemiological profile AUB patients did not differ significantly from historic regional, national or international literature norms.

The hospital's infrastructure of the Benito Juárez hospital did not fully meet national GCP guidelines for AUB.

Key words: abnormal uterine bleeding, clinical-epidemiological profile, guides of clinical practice.

INTRODUCCIÓN

El sangrado uterino anormal (SUA) corresponde a cualquier tipo de sangrado proveniente del útero, se considera anormal por no seguir el patrón cíclico menstrual habitual; puede ser por aumento o disminución en la frecuencia, en la cantidad o en el tiempo de duración del sangrado (1). Las pérdidas económicas anuales en USA ocasionadas por los medicamentos, consultas médicas, procedimientos quirúrgicos,

toallas sanitarias y tampones se estiman entre 1.5 a dos billones de dólares; en tanto que las pérdidas por causas indirectas, como la disminución de la productividad por ausencia laboral, las incapacidades y pensiones, oscilan entre 12 a 36 billones de dólares anuales (2). En México, se carece de este tipo de información; sin embargo, el SUA es el segundo trastorno ginecológico más frecuente en la consulta externa en un primer nivel de atención y es uno de los padecimientos ginecológicos menos estudiados en Yucatán; la última revisión corresponde a 1990 (3).

Según Fernández, de las inconformidades interpuestas en la CONAMED entre 2001 y 2005, el 15% corresponden a la atención gineco-obstétrica y el 71% de estas denuncias están relacionadas con el tratamiento quirúrgico de la miomatosis uterina, principal causa de SUA de origen orgánico; estos datos dan una idea general de la trascendencia que tiene la atención adecuada de las pacientes con SUA (4).

González Merlo propone que los tipos de SUA pueden clasificarse según alteraciones en la frecuencia -amenorrea, polimenorrea y opsomenorrea-, alteraciones en la duración -metrorragia y oligomenorrea- y alteraciones en la cantidad -hipermenorrea, hipomenorrea y menorragia- (5).

El estudio de pacientes con SUA puede ser abordado desde una perspectiva orgánica o por su relación con el embarazo, o bien, con una visión sistémica -endocrinológica, hematológica- (6-8).

El sangrado uterino disfuncional es un tipo de SUA originado por una alteración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, con ciclos ovulatorios o anovulatorios donde se ha descartado embarazo, patología orgánica, endocrina específica y hematológica (9,10). Barajas considera que el 95% de los sangrados uterinos disfuncionales son de tipo anovulatorio; en tanto que los ovulatorios, en su mayoría, se asocian a trastornos orgánicos uterinos como miomas o endometriosis (3).

Durante la adolescencia, los SUA pueden relacionarse con trastornos hematológicos, que,

Sangrado uterino anormal

según Goodman y cols., son una de las causas más inusuales de SUA; su prevalencia va de 1 a 2% y, en la mayoría de los casos, corresponden a trastornos renales o a plaquetopenia, manifestándose como hiperpolimenorrea, metro o menorragia (3). En la etapa fértil de la mujer -15 a 45 años- la prevalencia del SUA se incrementa, la mayoría de las veces relacionada con problemas del embarazo (3). En la menopausia, el 10% de los casos de polimenorrea puede ser manifestación de procesos malignos; pero si ésta ocurre durante la postmenopausia, debe ser considerada como cáncer endometrial hasta demostrar lo contrario, ya que es el principal síntoma de esta patología en este grupo de edad, aunque del 1 al 5% de los casos cursan asintomáticas al momento del diagnóstico (3).

Para el estudio y el manejo de las pacientes con SUA se han desarrollado, en varios países, diversas Guías de Práctica Clínica (GPC), donde se establecen pautas o sugerencias sobre cómo actuar, elaboradas por un grupo de expertos o un comité, emitiendo los niveles de evidencia en que se fundamentan a partir de los resultados obtenidos de intervenciones en salud e investigación específica (11,12).

Existen GPC de tipo local, nacional e internacional, cada una con ventajas y debilidades. Entre las principales fortalezas de las GPC locales, sobresalen la mayor aceptación tanto por parte del médico como de pacientes y el que se adaptan a la infraestructura existente; las GPC nacionales tienen carácter oficial y normativo, para su correcta aplicación se debe contar con la infraestructura y los medicamentos que recomienda. En cuanto a las desventajas, en las GPC locales están su diversidad y el ajustarse a los recursos diagnósticos y terapéuticos existentes; por lo que pueden perder validez. En cuanto a las GPC nacionales, se refiere el tiempo prolongado para su diseño y mayor costo (11). El estudio de las pacientes con SUA debe partir de la historia clínica y la exploración física intencionada, que aportan información sobre

la o las posibles causas y guían la solicitud de estudios de apoyo al diagnóstico. En términos generales, las GPC sugieren iniciar con estudios de laboratorio como biometría hemática (BH), química sanguínea (QS), pruebas de coagulación y de funcionamiento hepático, la presencia de embarazo (cuantificación de GCH-β); de acuerdo con la sospecha diagnóstica, otras pruebas específicas. El tratamiento del SUA depende tanto de la causa como de sus efectos –por ejemplo, la anemia dependiente de la cantidad y duración del sangrado–, por lo que en las GPC se recomienda la prescripción de hematinicos, antifibrinolíticos y, en función de la causa específica, AINES, estrógenos, progestágenos, Danazol, dispositivo intrauterino liberador de Levonorgestrel; incluso, hemotransfusión, legrado e histerectomía (12, 13).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio orientado a identificar el perfil clínico epidemiológico del SUA y el grado de ajuste a la GPC de aplicación nacional, en el Hospital Benito Juárez del IMSS, en Mérida, Yucatán; se utilizó una muestra no aleatoria de expedientes clínicos de pacientes de la consulta externa de Gineco-obstetricia, a quienes se diagnosticó SUA, durante los meses de julio a septiembre de 2010.

El criterio de inclusión correspondió a expedientes clínicos completos de pacientes que concluyeron el tratamiento; el de exclusión fue el antecedente de trauma pélvico-genital reciente. Se eliminaron del estudio los expedientes no legibles.

El “Perfil clínico epidemiológico del SUA” se configuró con datos de edad, lugar de residencia y ocupación, antecedentes familiares de SUA, historia gineco-obstétrica, tipo de SUA, tiempo de evolución y tratamiento, caracterización del manejo –métodos diagnósticos, resultado histopatológico, diagnóstico de egreso y tratamiento intra y extra-hospitalario–. El manejo proporcionado se comparó con el propuesto por la

GPC de aplicación nacional, titulado “Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional, México, Secretaría de Salud 2009” (12).

Considerando que se trató de una investigación sin riesgo, el componente ético se orientó a mantener el anonimato y la confidencialidad de los datos, adjudicando un código a cada expediente revisado y capturado (14).

RESULTADOS

Con el propósito de identificar los datos clínico-epidemiológicos en las pacientes con SUA que reciben atención en el hospital General No 12 Benito Juárez del IMSS, en Mérida, Yucatán, se revisaron 172 expedientes clínicos de las asistentes al servicio de consulta externa de Gineco-obstetricia y se les diagnosticó SUA entre el 1º de julio y el 30 de septiembre de 2010. El estudio se inició con 80 expedientes clínicos (47%), que cumplieron con los criterios de inclusión.

El 68% de los casos correspondió a mujeres en edad fértil y la menorragia fue el tipo de SUA predominante (**Cuadro 1**).

En la primera consulta, se solicitó BH y QS a todas las pacientes (**Figura 1**), dado que la anemia es la principal complicación del SUA, se confirmaron 25 casos en este estudio; en tanto que la QS sólo en un caso estuvo plenamente justificado, que correspondió a una paciente nefrópata de larga evolución; por lo que en el resto de los casos se usó en demasía sin una justificación

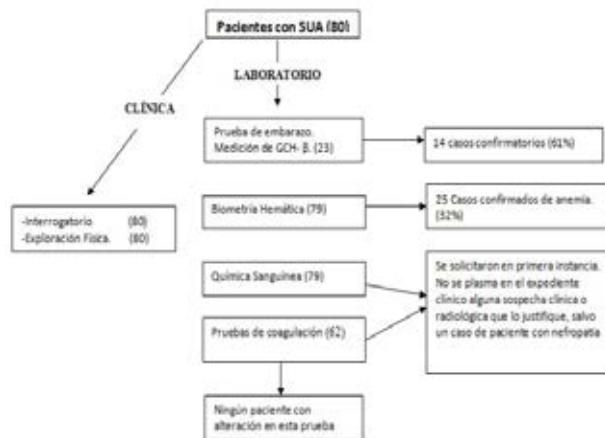


Figura 1. Estudios clínicos y de laboratorio solicitados en la primera consulta. IMSS, Yucatán, 2010

que lo ameritara. Algo similar ocurrió con las pruebas de coagulación realizadas a 62 pacientes, sin obtener algún resultado positivo; ya que la frecuencia esperada de SUA causado por alteraciones de la coagulación es de 1% (15).

En 23 pacientes se indicó la prueba inmunológica de embarazo, que resultó positiva en 14 (61%) y se manejaron de acuerdo con la GPC correspondiente; las restantes continuaron en estudio por SUA de origen no obstétrico (**Figura 2**).

A siete pacientes se les solicitó perfil tiroideo y se encontró un caso de hipotiroidismo. El síndrome de ovarios poliquísticos comparte un origen tanto estructural como endocrino; en este estudio, se clasificó entre los trastornos endocrinos (**Figura 2**).

Por sospecha clínica, se realizó USG pélvico a 64 pacientes y se confirmó alteración estructural en 48 (75%), predominando la miomatosis uterina (69%). No se encontraron pacientes con malformaciones uterinas o trastornos Mullerianos. En 13%, la etiología correspondió a procesos disfuncionales y el 10% fueron de tipo endocrino (**Figura 2**).

Para establecer el diagnóstico definitivo, la GPC nacional de SUA sugiere como principal estudio la histeroscopia con nivel de recomendación B en la GPC nacional (7,12), la

Cuadro 1
Casos de SUA por grupo de edad y tipo IMSS, Yucatán, 2010

Tipo de sangrado uterino anormal	EDAD (años)			casos	%
	15-45	46-55	56 ó más		
Menorragia	16	13	3	32	40
Hipermenorrea	10	4	2	16	20
Sangrado transvaginal durante el embarazo				14	18
Opsomenorrea	14			10	12
Amenorrea	5			5	6
Sangrado posterior a la menopausia			3	3	4
TOTAL	55	17	8	80	100

Sangrado uterino anormal



Figura 2. Causas de SUA de origen no obstétrico. IMSS, Yucatán 2010

cual no se realizó en la unidad de salud debido a que no cuenta con el equipo requerido y, en su lugar, se recurre a métodos diagnósticos invasivos. El estudio histopatológico se realizó en 50% de los casos (40 pacientes), con resultados en 92% correspondientes a procesos benignos, principalmente la leiomiomatosis uterina (38%). Se identificaron cuatro casos de etiología maligna o potencialmente maligna (**Cuadro 2**).

El tratamiento quirúrgico se aplicó a mujeres mayores de 20 años y se realizó en 50% de las pacientes en este estudio. El 30% de éstas recibieron antibióticos como profilaxis posterior a procedimiento quirúrgico, según recomendación A de la GPC (16).

En el tratamiento quirúrgico, predominó con 60% la histerectomía; la GPC nacional le otorga grado de recomendación A a este procedimiento, en caso que no haya mejoría clínica con tratamiento médico; el 58% de los casos de miomatosis uterina fue tratado de esta manera. Al 100% de las pacientes con hiperplasia endometrial se les realizó legrado y a tres histerectomía por no haber mejoría clínica (**Figura 3**).

A las pacientes con tratamiento médico ambulatorio se les prescribieron principalmente AINES (33%) y antibióticos (29%); dado que no hubo pacientes con SUA de etiología infecciosa, se infiere que éstos fueron profilácticos debido

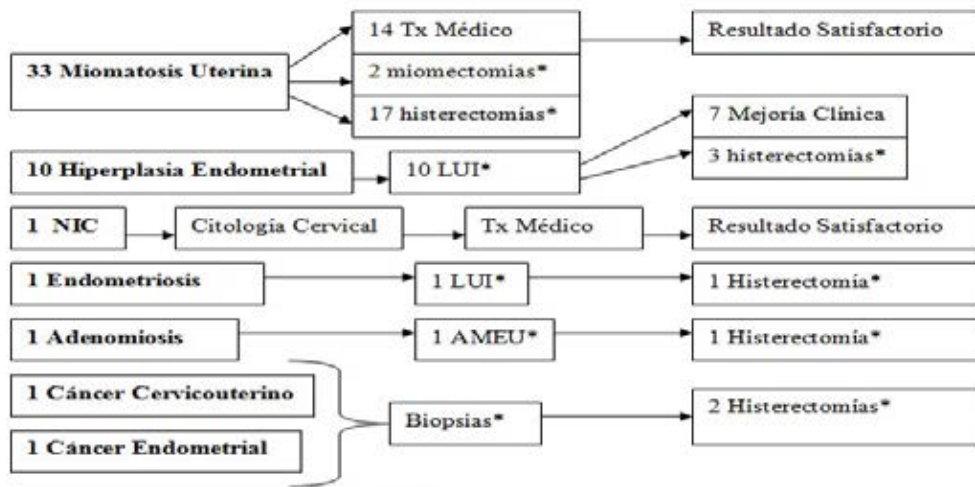
a las intervenciones quirúrgicas realizadas; los menos indicados fueron radioterapia y quimioterapia (2%, respectivamente) (**Figura 4**).

DISCUSIÓN

Con el propósito de establecer el perfil clínico epidemiológico de las pacientes con sangrado uterino anormal -SUA- y el grado de ajuste a la guía de práctica clínica -GPC- de uso nacional, durante su diagnóstico y eventual tratamiento, se revisó una muestra no aleatoria de 80 expedientes clínicos correspondientes a pacientes que acudieron a la consulta externa de Gineco-obstetricia en un período de tres meses.

La importancia del estudio radica en que el sangrado uterino anormal es la segunda causa de consulta ginecológica, en un primer nivel de atención, y en la región sólo se cuenta con el estudio de Álvarez (1990) realizado en el hospital O'Horán (3); por lo que hay una amplia brecha de tiempo y un vacío de conocimiento local sobre el tema.

El perfil clínico-epidemiológico del SUA, según grupo de edad en las pacientes de 15 a 45 años, señala las causas orgánicas o estructurales en 38%, seguidas de las alteraciones endocrinas, destacando en 15% el síndrome de ovario poliquístico; respecto a las pacientes de 46 a 55 años, sólo se encontraron alteraciones orgánicas, principalmente miomas uterinos en



* Se realizaron estudios histopatológicos

Figura 3. Manejo quirúrgico de las causas orgánicas de SUA. IMSS, Yucatán, 2010

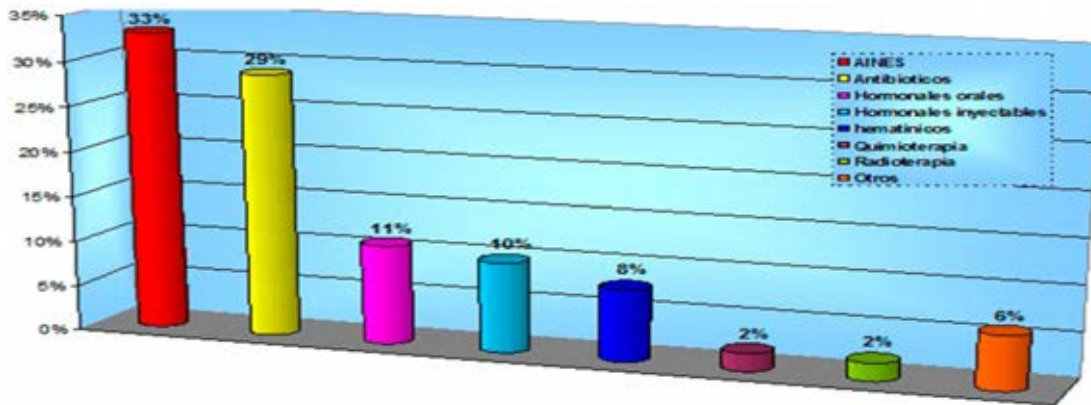


Figura 4. Casos de SUA según tratamiento médico ambulatorio. IMSS Yucatán, 2010

88% de los casos y en las mayores de 56 años prevaleció (44%) la hiperplasia endometrial. La epidemiología del SUA en las diferentes etapas de la vida no presentó variación significativa con lo que reporta la literatura regional, nacional e internacional (1,3,7).

Entre las causas orgánicas malignas, hubo dos casos, cáncer endometrial y cáncer cervicouterino, en mayores de 55 años, lo cual coincide con Fuentes (2).

Con respecto a los estudios diagnósticos, llama la atención que la histeroscopia-recomendación A- es el estándar de oro para revisar la cavidad uterina en mujeres jóvenes y sin factores de riesgo de padecer alguna neoplasia endometrial o cervicouterina; sin

embargo, requiere de equipo y adiestramiento especial (17,18) con los cuales no cuenta el hospital donde se realizó el estudio, por lo que no se realiza.

Las GPC referentes a SUA proponen estudios diagnósticos y la secuencia de su indicación, así como una variedad de tratamientos médicos y quirúrgicos; sin embargo, en hospitales públicos, como el lugar donde se hizo este trabajo, no se cuenta aún con equipos especializados ni tratamientos de nueva generación; por lo que, en concordancia con lo que dice Contreras, una de las limitantes de las GPC nacionales es que pueden no adaptarse en su totalidad a la infraestructura hospitalaria, debido a que son documentos de reciente creación, según la medicina basada en

Sangrado uterino anormal

Cuadro 2
Casos de SUA por edad y resultado histopatológico, IMSS, Yucatán, 2010

Resultado histopatológico	Edad (años)			Casos	Porcentaje
	15-45	46-55	56 o más		
Leiomiomatosis uterina	4	10	1	15	38
Hiperplasia endometrial simple sin atipia	2	1	4	7	18
Endometrio proliferativo	4	1	2	7	18
Endometrio premenstrual	1	1		2	5
Descamación endometrio irregular	2			2	5
Reacción pseudo-decidual	2			2	5
Carcinoma endometrial			1	1	3
Cáncer cervicouterino poco diferenciado			1	1	3
Neoplasia intracervical Grado I		1		1	3
Hiperplasia endometrial simple con atipia		1		1	3
Restos uteroplacentarios	1			1	3
TOTAL	16	15	9	40	100

la evidencia, y hacen mención de tratamientos y equipos de nueva generación, con los cuales aún no cuenta la institución de salud donde se realizó este trabajo de investigación (11).

Nuestra única limitante corresponde a la validez de la fuente de la información -los expedientes clínicos-, por los posibles sesgos que pueda haber (19,20).

Este estudio puede ser la base para otros semejantes en centros de atención médica, públicos o privados, y así poder analizar y discutir con una mayor cantidad de datos el uso de las guías de práctica médica, así como con conocimientos clínico-epidemiológicos de SUA, que se van presentando en la región y, de esa manera, entender un poco más el comportamiento que van presentando las patologías causantes de SUA y las diferentes maneras en que se está llevando a cabo su estudio diagnóstico y manejo terapéutico.

REFERENCIAS

1. **William J, Butler B.** Sangrado uterino normal y anormal, Ginecología Quirúrgica. 8a ed. Buenos Aires: Panamericana; 1999: 220-23.
2. **Fuentes J, Martínez M, Miranda P.** Hallazgos histeroscópicos en pacientes con sangrado genital

posmenopáusico. Ginecol Obstet Mex. 2007 Nov; 75(6): 253-8.

3. **Barajas M.** Sangrado uterino anormal, incidencias y causas más frecuentes en el hospital O'Horán. Tesis para obtener el título de médico cirujano. Facultad de Medicina: Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida. México. Octubre 1990.
4. **Fernández C, Sánchez J, Santibáñez G.** Inconformidades por tratamiento de miomatosis uterina. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007 Oct; 45(6): 629-638.
5. **González-Merlo J, González J, González E.** Ginecología. 7a ed. Elsevier. 2000: 178-83.
6. **Goycoolea JP, Rojas I.** Histeroscopia diagnóstica: rendimiento en el estudio de la metrorragia e inocuidad ante un eventual cáncer de endometrio, revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007 Feb; 72(3): 190-196
7. **Pérez L.** Hemorragia uterina anormal: enfoque basado en evidencias. Revista Med. 2007 Ene; 15 (1): 68-79.
8. **Baca M.** Sangrado Uterino Anormal: Hallazgos clínicos histopatológicos de pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del HEODRA-León. Tesis para obtener el título de médico cirujano. Facultad De Medicina: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua. Noviembre 2003.
9. **Yarandi F, Izadi-Mood N, Eftekhari Z.** Diagnostic accuracy of dilatation and curettage for abnormal uterine bleeding. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2010 Jun; 36(5): 1049-1052.
10. **Carvajal J, Rodríguez J, Briceño T, Veas J.**

- Resección endometrial histeroscópica más inserción de DIU liberador de levonorgestrel en el sangrado uterino anormal refractario a tratamiento médico. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2007 Mar; 72 (2): 111-5.
11. **Contreras CW.** Factores que limitan el uso de las guías de práctica clínica. *Rev Med Peru.* 2009 Oct; 22 (3): 96-102.
 12. **Matias L, González N, Peralta M** [base de datos en línea]. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional. México 2009. [Consultado el 12 ene 2010]. Disponible en URL <http://www.cenetec.gob.mx/interior/gpc.html>.
 13. **Sanhueza P, Oliva L.** Eficiencia de los métodos diagnósticos en el estudio del Sangrado uterino anormal en la peri y postmenopausia. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008 Ene; 73(1): 58-62.
 14. **Secretaría de salud.** Ley general de salud en materia de investigación para la salud, título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. México: c1984 [actualizada 18 marzo 1988; citado 6 feb 2010]. [Consultado el 12 feb 2010]. Disponible en URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
 15. **Goodman D, Hollenbach K.** The prevalence of Von Willebrand Disease in women with abnormal uterine bleeding. *J Womens Health Gend Based Med.* 2001 Jul; 10(7): 55-63.
 16. **Yomayusa N, Altahona H, Ibagón H, García M.** Profilaxis antibiótica en cirugía. Seguro Social de Colombia 2010. [Consultado el 20 mar 2011] Disponible en URL: [http://www.franjamoradafcm.com.ar/2008/archivos/apuntes/ Profilaxis antibiótica en cirugía.](http://www.franjamoradafcm.com.ar/2008/archivos/apuntes/Profilaxis%20antibiotica%20en%20cirugia)
 17. **Arias J, Lozano ME, Bulnes D.** Evaluación de la hemorragia uterina posmenopáusica mediante biopsia de endometrio por histeroscopia en consultorio vs biopsia de endometrio con aspiración manual endouterina en el consultorio. *Ginecol Obstet Mex.* 2009 Jul; 77(11):504-7.
 18. **Ruiz E.** Abordaje del sangrado uterino anormal en el hospital Berta Calderón Roque Junio-Diciembre 2002. Tesis para obtener el título de médico cirujano. Facultad De Medicina: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua. Septiembre 2003.
 19. **Barreto J.** La historia clínica: documento científico del médico. *Ateneo.* 2000 Oct; 1(1):50-5.
 20. **Hulley S, Cummings S, Martin J.** Planificación de las mediciones: precisión y exactitud En Kluver W, Williams L, Wilkins. 3a ed. Barcelona España: Elsevier; 2008: 43-56.