

hemorragias uterinas anormales

Definición funcional

Proceso por el cual, tras una anamnesis específica realizada a una mujer que consulta debido a un sangrado anormal a través de los genitales, se valora si cumple con los criterios de hemorragia uterina anormal y se inicia, de forma coordinada entre AP y AE, tanto en consultas externas como hospitalarias, un estudio etiológico encaminado a la instauración del tratamiento sintomático y/o causal, de tipo médico o quirúrgico, con el fin de conseguir la curación.

Normas de calidad

Atención Primaria

- Diagnóstico:
 - Historia clínica:
 - Fórmula menstrual (FM):
 - Tipo de sangrado.
 - Tiempo de sangrado.
 - Cantidad de sangrado.
 - Desde cuándo le sucede.
 - Identificar antecedentes de coagulopatías.
 - Identificar trastornos endocrinos (tiroides).
 - Identificar uso de fármacos (terapia hormonal y anticoagulantes).
 - Suministrar a la paciente un documento para la realización de pictograma.
 - Fecha de la última citología cérvico-vaginal realizada.
- Exploración:
 - Inspección de genitales externos y cérvix.
 - Palpación abdominal.
 - Tacto bimanual.
 - Índice de masa corporal.
 - Tensión arterial.
 - Edad (nos orienta sobre las pautas diagnósticas que hay que seguir).
 - < 18 años: no precisa exploración ginecológica.
 - 19 a 35-40 años: precisa exploración ginecológica y ecografía en caso de exploración patológica.
 - 35-40 años hasta menopausia: precisa siempre exploración ginecológica y ecografía.
 - Post-menopausia: precisa estudio histológico casi siempre.
- Pruebas analíticas:
 - Realización de hemograma y hemoglobina (Hb)
 - Realización de pruebas de coagulación en pacientes ≤ 18 años con anemia o con antecedentes o sospecha de coagulopatías.
 - Pruebas de función tiroidea si existe sospecha de enfermedad tiroidea.
 - Test de gestación si existe sospecha de embarazo.
 - No es necesaria la realización de pruebas endocrinológicas.

[hemorragias uterinas anormales]

- Tratamiento:
Iniciar tratamiento según el esquema terapéutico (Anexo 3) de todas las pacientes menores de 35-40 años, que no tengan exploración patológica ni precisen ingreso para transfusión sanguínea.
- Seguimiento:
Se realizará una valoración médica a los seis meses de iniciado el tratamiento para comprobar el patrón de sangrado mediante pictograma y valoración de las cifras de Hb.
 - a) Si el patrón de sangrado es normal: suspender el tratamiento y realizar un nuevo control a los seis meses.
 - Si el patrón de sangrado a los seis meses continúa normal: alta del proceso por curación.
 - b) Si el patrón de sangrado no se ha normalizado: iniciar un nuevo ciclo de tratamiento según el esquema terapéutico (Anexo 3) y realizar otro control a los seis meses.
 - Si el patrón de sangrado a los seis meses se ha normalizado: actuar como en el apartado anterior (a).
 - Si persiste el cuadro de sangrado anormal tras dos ciclos de tratamiento (un año) derivar a la paciente a Atención Especializada.
- Criterios para derivación a Atención Especializada:
 - Pacientes con HUA juvenil que precisen transfusión.
 - Pacientes con más de 18 años y exploración patológica a las que no se les ha podido realizar una exploración ginecológica.
 - Pacientes con más de 35-40 años para la realización de una ecografía.
 - Pacientes post-menopáusicas para la realización, si lo precisan, de un estudio histológico.
 - Pacientes con cuadro de sangrado anormal persistente tras dos ciclos de tratamiento.

Atención Especializada

- Realizar la historia clínica utilizando los mismos parámetros que en AP.
- Ecografía:
 - Indicación:
 - Presencia de exploración física anormal.
 - Fracaso del tratamiento médico convencional.
 - Todas las mujeres de 40 años o más.
 - Mujeres con factores de riesgo de cáncer de endometrio: peso de 90 Kg o más, infertilidad de larga duración, nuliparidad, antecedentes familiares de cáncer de endometrio o de colon, o exposición prolongada a estrógenos sin oposición gestagénica.
 - Valoración:
 - Ecografía normal: tratamiento según esquema terapéutico (Anexo 3).
 - Ecografía anormal o en mujeres postmenopáusicas con ecografía normal, si tienen metrorragia (y no están con THS): solicitud de estudio histológico.
- Estudio histológico:
 - Obtención de la muestra ambulatoriamente.
 - Priorización del método:
 - Post-menopáusica: histeroscopia ambulatoria.
 - Pre-menopáusicas: aspiración endometrial.
 - Realización de la prueba antes de 15 días.
 - Disposición del informe histológico antes de 15 días desde la obtención de la muestra.



[hemorragias uterinas anormales]

- Biopsia por legrado:
 - No debe utilizarse ni como tratamiento de una metrorragia abundante ni como método de primera línea para el estudio histológico del endometrio.
 - Actualmente el legrado uterino tiene como únicas indicaciones diagnósticas la imposibilidad de practicar una biopsia endometrial por cualquier otra técnica y la necesidad de obtener una muestra endometrial amplia, si bien ambas situaciones son extremadamente improbables.
- Valoración del estudio histológico:
 - Material insuficiente: valorar si se precisa repetir el estudio histológico.
 - Endometrio funcional, disfuncional, atrófico: tratamiento médico según esquema terapéutico (Anexo 3).
 - Endometritis: salida del proceso.
 - Atrofia quística: no precisa tratamiento.
 - Hiperplasia:
 - Sin atipias: tratamiento médico según esquema terapéutico (Anexo 3).
 - Con atipias: sale del proceso.
 - Pólipos:
 - Simple e hiperplásico sin atipias: extirpación.
 - Hiperplásico con atipias: sale del proceso.
 - Carcinoma: sale del proceso.
- Seguimiento:
 - Control de las pacientes que iniciaron tratamiento médico según esquema terapéutico:
 - Patrón de sangrado normal: suspender el tratamiento y realizar un nuevo control a los seis meses para confirmar la normalización del patrón de sangrado y alta del proceso.
 - Patrón de sangrado anormal: continuar con otro ciclo de tratamiento según esquema terapéutico (Anexo 3) o indicar la realización de un estudio histológico en función de las características de cada paciente.
- Tratamiento quirúrgico:
 - Polipectomía, preferentemente histeroscópica, en presencia de pólipos.
 - Resección / ablación endometrial: en endometrios normales disfuncionales, hiperplásicos sin atipias o ante la persistencia de sintomatología tras seis meses de tratamiento adecuado.
 - Histerectomía: sólo si la clínica persiste más de un año, habiendo realizado dos ciclos de tratamiento adecuado.
- Criterios para el alta del proceso:
 - Pacientes que reúnan las siguientes características:
 - Más de 6 meses sin anemia.
 - Mas de 6 meses sin tratamiento.
 - Pictograma normal.
 - Pacientes histerectomizadas.

Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería/SAS.

- Realizar pictograma (tabla pictórica para la estimación semicuantitativa del sangrado menstrual) a todas las mujeres que consultan por sangrado menstrual intenso y niveles normales de hemoglobina.
- Ante un espesor del endometrio igual o superior a 12 mm, en fase proliferativa, detectado por ultrasonografía transvaginal (UTV), en mujeres premenopáusicas, debe efectuarse una biopsia endometrial.
- No se debe realizar dilatación cervical ni legrado para el tratamiento del sangrado menstrual intenso. ➔

[hemorragias uterinas anormales]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: AP



