

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBEN DARIO"  
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO**

**“Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013”**

**Autora:**

**Bra. Iracema de los Ángeles Dinarte Jaime**

**Dr. Esau Abiram Lazo González  
Especialista en Gineco-obstetricia  
Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales  
Tutor Científico**

**Dra. Auxiliadora Ayala R.  
MSc. Salud Pública  
UNAN Managua.  
Asesor Metodológico**

**Managua, Diciembre 2015.**

## INDICE

DEDICATORIA.....	<i>i</i>
AGRADECIMIENTO.....	<i>ii</i>
RESUMEN.....	<i>iii</i>

<b>Capítulo</b>	<b>Página</b>
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACIÓN.....	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
V. OBJETIVO.....	7
VI. MARCO TEÓRICO.....	8
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
VIII. RESULTADOS.....	29
IX. DISCUSIÓN.....	31
X. CONCLUSIÓN.....	35
XI. RECOMENDACIONES.....	36
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	37

ANEXO

## **DEDICATORIA**

**A** Dios sobre todas las cosas por guiarme en el sendero de la vida, acompañarme en momentos difíciles y gratos ayudándome a culminar esta etapa de mi carrera.

**A** mis padres José Ramón Dinarte y María José Siézar que han sido el pilar más importante, con su apoyo infinito, amor y comprensión me enseñó a superarme y esforzarme para alcanzar mis propósitos.

**A** Oscar Castellón por el apoyo incondicional en esta última etapa de la culminación de este proyecto y de mi vida.

## **AGRADECIMIENTO**

**A** mis tutores Dr. Lazo (Especialista en Gineco-obstetricia, Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales) y Dra. Ayala (MSc. Salud Pública UNAN Managua) quienes dedicaron parte de su valiosos tiempo para el desarrollo del presente estudio y me transmitieron valiosos conocimientos durante el proceso investigativo.

**A** mis maestros, quienes dedicaron tiempo y paciencia en el proceso de mi formación.

**A** los pacientes que en el anonimato fueron parte de este estudio.

## **OPINION DEL TUTOR**

El sangrado uterino anormal (SUA) es un trastorno ginecológico frecuentemente encontrado en las consulta externas de nuestro Hospital del cuál abarca el 50% de las consultas y el 15% de las operaciones realizadas. Representan el 35% de los ingresos al área de Ginecología en este hospital. Esta entidad puede interferir física, social, laboral y emocionalmente, repercutiendo en la calidad de vida de las mujeres.

Es un problema común con un manejo complejo, de los cuáles presenta diferentes abordajes de acuerdo a su etiología y a la edad de las pacientes.

Por lo que considero un estudio de mucha importancia debido a que nos damos cuenta del abordaje y la calidad de atención que estamos brindando en este hospital a las pacientes con esta entidad, de tal manera que podamos dar un tratamiento eficaz y adecuado de acuerdo a la edad y las patologías identificadas, así mejorar la calidad de vida de las pacientes.

**Dr. Esaú Abiram Lazo González**  
**Especialista en Gineco-obstetricia**  
**Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales**

## RESUMEN

El estudio tiene como objetivo Describir el abordaje que se ofrece a las pacientes con diagnóstico de Sangrado Uterino Anormal en pacientes ingresadas a la Unidad de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, en el periodo de Enero 2012- Enero 2013. De tipo Descriptivo de corte trasversal, se utilizo una muestra de 140 pacientes.

El sangrado uterino anormal (SUA) es una entidad frecuente que se presenta en la consulta ginecologica, suele aparece en la pubertad y perimenopausia. Supone una disminución significativa de la calidad de vida y de la sensación de bienestar, al tiempo que es difícil cuantificar el número de horas laborales y recursos sanitarios perdidos. (Pellier A, Navarro J. 2006)

Se encontró los siguientes resultados: Que el 53.5% se encontraba entre las edades menopaúsicas de 35 a 55 años. El 33.5% habían utilizados hormonas previas antes de presentar la entidad y el 27.3% seguidas de procesos benignos como la Miomatosis. Se visualizó que el motivo de la consulta era por la duración del sangrado de 15 a 30 días que junto a los cambios hemodinámicos. Al 100% se le realizaron examen físico e historia clínica. Y al 74 % se le realizaron Ultrasonido pélvico. Al 100% se egresó de la unidad con AINES y sulfato ferroso.

Se concluyó: Qué las pacientes que presentan sangrado uterino anormal se encuentran entre las edades menopaúsicas y posmenopáusicas. Las características clínicas del sangrado uterino (SUA), la mayoría tenía una duración del sangrado de 15 a 30 días.

Se recomienda: Realización de normativas de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, para el manejo del Sangrado Uterino Anormal (SUA) para la atención adecuada de las pacientes.

**Palabra clave: Sangrado Uterino Anormal, Hemorragia Uterina Anormal. Sangrad Disfuncional.**

## I. INTRODUCCIÓN

El sangrado uterino anormal (SUA) es un signo, no una entidad clínica; el médico debe centrar su atención de identificar el padecimiento específico antes de iniciar el tratamiento que corresponde. Esta sería la única manera de lograr un éxito terapéutico e identificar enfermedades de consideración. (Scott D. 1990)

El sangrado uterino anormal (SUA) es uno de los trastornos frecuentes que se presenta en la consulta ginecológica, suele aparecer en la época de la pubertad y en la perimenopausia, aunque también se da durante la etapa fértil de la mujer. (González Merlo, 1997). Tiene importantes implicaciones psicológicas, sociales y económicas, ya que supone una disminución significativa de la calidad de vida y de la sensación de bienestar, al tiempo que es difícil cuantificar el número de horas laborales y recursos sanitarios perdidos. (Pellier A, Navarro J. 2006)

Se considera abarca todos los sangrados uterinos que no siguen un patrón menstrual típico, son sangrados anovulatorios. La incidencia de este trastorno es difícil de establecer con precisión debido a que en ocasiones se realiza tratamiento hormonal sin previo estudio completo del caso y sin haber descartado con seguridad una lesión orgánica. Actualmente el 10- 20% de mujeres lo padecen. Aproximadamente el 50% de las pacientes con SUA tienen más de 45 años, 25% son adolescentes y el 30% están en la edad fértil. (Rock J, 1998)

Se estima que el 15% de las consultas ginecológicas y el 25% de las cirugías ginecológicas están relacionadas con la presencia de un sangrado uterino anormal. (Pellier A, Navarro J. 2006)

Muchas de estas mujeres son expuestas a intervenciones quirúrgicas innecesarias tales como curetajes uterinos repetidos, terapia endometrial ablativa o histerectomía, antes que pueda ser completado un abordaje médico.

## II. ANTECEDENTES

Hospital Materno Infantil Dr. Fernando Veles Páiz, Managua, Nicaragua, Junio 2011 - 2012; se encontró entre los grupos etarios entre los 40 y 59 años en un 62.5%; con patologías asociadas a la hipertensión arterial con un 60.5% y se encuentran en la etapa perimenopausica. En base a la duración del sangrado un 71.9% presentaron entre 7 a 14 días y en poca cantidad con un ritmo irregular un 57.3. la causa organica encontrada en las pacientes en estudio fue las Miomatosis Uterina con un 55.2% y con un 7.3% se detectó lesiones intraepiteliales en el PAP. (Pérez Fernandez, 2012)

En el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) de León, de julio 2009 al 30 de junio 2011 se encontró que la mayoría de las pacientes estuvieron en el grupo de mujeres en edad fértil, seguido de las mujeres peri menopáusicas y menopáusicas, con ciclos menstruales irregulares y regulares en igual proporción, lo cual no está en relación con los estudios que se han realizados, donde el mayor porcentaje lo presentan las peri menopáusicas (50 %), seguidos de las menopáusicas. Sólo el 9% salió del hospital con tratamiento hormonal, en todos los casos se indicó Progesterona. No existe en el servicio un protocolo para el manejo hormonal de este tipo de pacientes, por lo que al egreso aun cuando se indicó progesterona esto se hizo bajo diferentes esquemas. Por otra parte los tratamientos de estas pacientes no coincidieron con los tratamientos señalados en la literatura para las condiciones referidas en los resultados de las biopsias y/o de la ultrasonografía, por lo cual no fueron manejadas de forma adecuada. (Pozo Carmona, 2009-2011)

En el Hospital Aleman Nicaragüense (HAN) de Managua de Junio –Diciembre del 2011, se realizo un estudio sobre el Abordaje del sangrado uterino anormal (SUA); de lo cual se estudiaron 102 paciente con diagnostico de SUA, de los cuales 57% pacientes se encontraban en etapa perimenopausica, 8% correspondían a la postmenopausica y 35% estaban en etapa fertil. El tiempo de evolución del patron menstrual irregular fue de menor de 1 año en 29 pacientes.

Entre las perimenopausicas 36% habían sido hospitalizadas anteriormente. Solo 25% de las 102 pacientes del estudio, recibieron terapia hormonal previo a su ingreso. La duración de la terapia hormonal previa duró menos de 3 meses en todas las etapas. De este 25% los fármacos con mayor frecuencia que se indicaron fueron la progesterona. El criterio de ingreso más común fue la duración del sangrado, considerado en 61%. Los trastornos hemodinámicos se presentaron en el 13% de las mujeres. La transfusión sanguínea fue considerada necesaria al momento de su ingreso en el 55 de las pacientes. Los métodos auxiliares que con mayor frecuencia se utilizaron para diagnosticar y evaluar la severidad del sangrado uterino anormal, así como sus complicaciones, fueron LUA +biopsia en 96%, BHC en un 75%, y US pélvico en un 69% de las pacientes. El tratamiento prescrito al egreso más comúnmente indicado, fueron los analgésicos, administrados a un 82%. (Centeno Escoto & Pavon Urbina, 2011).

En el Hospital Bertha Calderón Roque de Managua, en el periodo de enero a diciembre del año 2010 se estudiaron 168 pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal, de los cuales 70 pacientes (42%), se encontraban en etapa peri menopáusica, 31 (18%) correspondían a la postmenopáusica, y 67 (40%) estaban en etapas fértil. El 50% de las pacientes su estado civil era en unión estable. Refirieron un ciclo menstrual irregular, 72 pacientes (43%). Este tipo de ciclo menstrual afectó 42 mujeres peri menopáusica lo que significó una frecuencia del 60% en estas pacientes. Las pacientes con ciclo menstrual regular se encontraron 96 (57%), de estas 75% estaban en etapa fértil. En la terapéutica hormonal previa al legrado uterino 133 (79%) nunca habían recibido tratamiento y 35 (21%) pacientes habían recibido tratamiento hormonal previo; de estas el 80% que son 28 pacientes fue tratamiento oral. En cuanto a la duración de la terapéutica 22 (63%) era menor de 3 meses. Un 14% ya se habían realizado un legrado previo. (Guardado Herrera, 2010).

En el 2003, en un estudio sobre el abordaje del Sangrado Uterino Anormal en el Hospital Bertha Calderón Roque: Se concluyó que el 57 % de las pacientes eran peri menopáusicas, el 62% tenían miomas uterinos y en el 59 % de los hallazgos histopatológicos fueron alteraciones estructurales endometriales por trastornos hormonales. Un 25 % de las pacientes recibió tratamiento hormonal previo. (Ruíz Gonzales, 2002 )

En el 2001, en un estudio elaborado en el Hospital Bertha Calderón Roque sobre el “Abordaje del Sangrado Uterino Anormal”: concluyó que el 80 % de pacientes se les practicó legrado uterino, en un 66 % no se identificó una posible causa del trastorno hemorrágico, y de éstos casos en el 57 % sólo se utilizó la historia clínica como método diagnóstico. (Baca, 2004)

Se realizó un estudio investigativo por la Dra Emilia Zamora en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Chile Dr. Luis Tizné en relación al Sangrado Uterino Anormal del año 2010, encontrando que el 33% corresponde a las edades premenopausicas y el 67% corresponde a las edades peri o posmenopausicas. Las causas mas comunes del SUA fueron en un 29.8% atrofia endometrial seguido por polipos endometriales con un 22.7%. Se le realizó al 86.7% biopsia. (Zamora, Emilia y Col,2010)

### III. JUSTIFICACIÓN

El sangrado uterino anormal (SUA) es un trastorno ginecológico frecuentemente encontrado en las consulta de emergencias, de difícil manejo y a la vez hay dificultad de establecer con seguridad el diagnóstico, ya que en ocasiones se brinda tratamiento empírico sin haber practicado una buena investigación del caso y sin descartar enfermedades asociadas.

El rol de las mujeres en los procesos reproductivos y sociales, la dinámica poblacional y el estilo de vida que tiene cada una de ellas, hace que esta patología ocasione que las mujeres fallen al trabajo y eviten hacer vida social por la incomodidad que esto representa.

Sería importante saber si estamos atendiendo a estas pacientes con los medios diagnósticos necesarios y con el abordaje terapéutico correcto para solucionar este problema dentro de nuestra unidad de salud en el Hospital Regional Asunción; el sólo hecho de que no existe un protocolo de atención, y que cada médico lo maneje de diferente manera, hace interesante el estudio con el fin de tratar las diferentes formas de abordaje utilizadas actualmente.

En el Hospital Regional Asunción Juigalpa se ha estado manejando a bases de resultados de exámenes especiales, saliéndose en ocasiones de la terapia habitual y por lo tanto es importante describir la secuencia a seguir en el abordaje del Sangrado Uterino Anormal para mantener un orden secuencial del tratamiento y procedimientos a seguir para el bienestar y disminuir el tiempo de espera de las mujeres con esta enfermedad.

En Nicaragua encontramos pocos estudios sobre el tema, los cuales han sido realizados con insuficiente o ninguna valoración del abordaje hospitalario del SUA. Con los resultados obtenidos de este estudio, se podría realizar un protocolo que garantice los mínimos estudios que hay que brindar para el diagnóstico y cuáles serían las medidas correctivas a utilizar según el diagnóstico.

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Sangrado Uterino Anormal (SUA) se ha constituido en uno de los problemas más frecuentes de la ginecología. Es la alteración ginecológica más frecuente en las mujeres en edad reproductiva. En los países occidentales es una de las causas más frecuentes de anemia y motivo de absentismo laboral. Se estima que alrededor de una cuarta parte de las mujeres padecerán un sangrado uterino anormal pre o pos menopáusico en algún momento de su vida. (Agudelo, 2007)

El riesgo de 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 años; y 36,5 entre los 40 y 49 años. (González Merlo, 2003)

Por este motivo se plantea la siguiente pregunta:

**¿Cuál es el abordaje que se ofrece a las pacientes con diagnóstico de Sangrado Uterino Anormal que ingresan a la Unidad de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, en el periodo de 2012- 2013?**

De la cual se generan las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de las mujeres atendidas con Sangrado Uterino Anormal en la unidad de Ginecología?
- ¿Cuáles son las sintomatologías más frecuentes que tienen las mujeres con Sangrado Uterino Anormal que las lleva a consultar la unidad de Ginecología?
- ¿Cuál es el método diagnóstico que más frecuentemente se utilizan para el diagnóstico de la patología en estudio?
- ¿Cuál es el manejo del Sangrado Uterino Anormal en las pacientes en estudio?

## V. OBJETIVOS

### **Objetivo General:**

Describir el abordaje que se ofrece a las pacientes con diagnóstico de Sangrado Uterino Anormal en pacientes ingresadas a la Unidad de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, en el periodo de Enero 2012- Enero 2013.

### **Objetivos Específicos:**

1. Conocer las características socio-demográficas y ginecológicas de las mujeres atendidas con Sangrado Uterino Anormal en la unidad de Ginecología.
2. Mencionar las sintomatologías más frecuentes que tienen las mujeres con Sangrado Uterino Anormal que las lleva a consultar la unidad de Ginecología.
3. Identificar el método diagnóstico que más frecuentemente se utiliza para el diagnóstico de la patología en estudio.
4. Describir el manejo terapéutico del Sangrado Uterino Anormal en las pacientes en estudio.

## VI. MARCO TEORICO

### **SANGRADO UTERINA ANORMAL (SUA)**

Definición: Es aquel sangrado que difiere del patrón menstrual en cantidad, duración y periodicidad, o cuando ocurre en una época inexplicable de la vida, es decir, antes de la menarquia o después de la menopausia. El ciclo menstrual es resultado de la relación sincronizada entre el endometrio y los factores que lo regulan. Si se produce un cambio en estos factores ocurriría un sangrado uterino anormal. (Gonzales Merlo, 2003)

El sangrado uterino anormal se refiere a un rango de síntomas anormales de sangrado en pacientes pre menopáusicos o pos menopáusicos en un 75% y en mujeres en edades fértiles y adolescentes en un 50%. Como un aumento en el volumen del sangrado vaginal en el momento de la menstruación o un sangrado anormal inesperado, períodos prolongados del mismo y cualquier forma de sangrado irregular a través de la vagina. (Goodman, 2001)

La menorragia es el sangrado cíclico prolongado o abundante (mayor a 7 días o excede de 80ml). La metrorragia es la hemorragia intermenstrual; ambos patrones definen a la menometrorragia. La hipomenorrea es la menstruación escasa o de corta duración. La poli menorrea corresponde a los ciclos con intervalos menores de 21 días, y la oligomenorrea, ciclos a intervalos mayores de 35 días. El concepto de hemorragia por supresión ha sido empleado para englobar los sangrados que se producen al interrumpir de forma repentina el uso de un progestágeno. (López Ferrufino, 2007)

### **ETIOPATOGENIA**

*En las adolescentes:* el 90 % del sangrado uterino anormal es de etiología anovulatoria por inmadurez del eje hipotalámico – hipofisario. (Pellier & Navarro, 2006)

*Mujeres entre los 20 y 30 años:* Las píldoras o el dispositivo para el control de la natalidad también pueden causar sangrado anormal. Si durante un ciclo menstrual no se ovula, se podría tener un sangrado anormal; ya sea un manchado ligero entre períodos o un flujo fuerte durante el período.

*Mujeres entre los 40 y 55 años:* En los años antes de la menopausia las mujeres tienen meses cuando no ovulan. Los cambios súbitos de peso, desórdenes de la alimentación, estrés, enfermedades crónicas o endocrinas, uso de medicamentos pueden causar anovulación hipotalámica. La anovulación crónica en estas mujeres es atribuible más probablemente a un desorden endógeno como el síndrome de ovarios poliquístico usualmente asociado a la obesidad, incremento de andrógenos circulantes y resistencia a la insulina.

Las pacientes con anovulación típicamente se quejan de menstruaciones abundantes, infrecuentes e impredecible o manchado intermitente. El engrosamiento del endometrio es otra causa de sangrado en las mujeres en la cuarta década de vida. (puede ser una señal de aviso de cáncer del útero, importante asegurarse de que el cáncer uterino no es la causa de sangrado anormal).

*Mujeres después de la menopausia:* La terapia de reemplazo hormonal con frecuencia es la causa del sangrado uterino después de la menopausia. Otras causas incluyen un endometrio engrosado y el cáncer uterino. (Montes Montaña, López Ferrufino, & Vargas Cassab, 2007)

El enfoque diagnóstico depende de si la paciente se encuentra en edad reproductiva, peri menopáusica o postmenopáusica. Es necesario estudiar entre 3.000 a 4.000 mujeres con alteraciones de flujos rojos menores de 40 años, para encontrar un cáncer endometrial. Alrededor de un 10% de las metrorragias posmenopáusicas presenta un cáncer uterino, existiendo series que oscilan entre 5 y 60% de los casos.

En la peri menopausia la hemorragia uterina anovulatoria por disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-ovario se convierte en un hallazgo más común en este grupo de edad. Con el paso del tiempo el riesgo de padecer neoplasias tanto benignas como malignas aumenta. (Montes Montaña, López Ferrufino, & Vargas Cassab, 2007)

El Sangrado Anormal Uterina pos menopáusica por lo general es causada por atrofia del endometrio 60-80%, pólipos endometriales 2-12%, hiperplasia endometrial 5-10% y el tratamiento estrogénico de sustitución 15-25%. Sin embargo, en este grupo son más frecuentes las neoplasias malignas, especialmente el carcinoma endometrial. Entre otras causas de hemorragia uterina se citan las úlceras vulvares, neoplasias vaginales y cervicouterinas. Con menos frecuencia, los carcinomas ováricos productores de estrógenos provocan hiperplasia endometrial y hemorragia uterina. (Scott, 1990)

Según la OMS, la hiperplasia se clasifica en hiperplasia simple, compleja según la ausencia/presencia respectivamente de anomalías atípica, atípica simple y atípica compleja. La neoplasia intraepitelial endometrial hace referencia a dos categorías de hiperplasia: endometrio policlonal normal con respuesta difusa a un ambiente hormonal anormal, y lesiones monoclonales con proliferación intrínseca focal y que significan un alto riesgo de adenocarcinoma. (Guerrero, 2005)

La ecografía transvaginal permite el diagnóstico de hiperplasia endometrial. En las pacientes con endometrio engrosado amerita la valoración mediante biopsia en el consultorio, legrado o histeroscopia.

Se considera el estudio con endometrio mayor a 14mm en mujeres pre menopáusicas, mayor a 5mm en mujeres menopáusicas sin tratamiento de reemplazo hormonal, y mayor a 8mm en menopáusicas con tratamiento. (España, 2001)

## CLASIFICACIÓN

El Sangrado uterina anormal se clasifica en orgánica y disfuncional, considerando su posible etiología. El sangrado de tipo orgánico generalmente son cíclicas y ovulatorias; son de origen genital o local cuando su etiología se explica por una patología anatómica ubicada en algún nivel del tracto genital femenino, como pólipos endometriales, endometritis aguda o crónica, hiperplasia o atrofia endometrial, adenocarcinoma, miomatosis, adenomiosis, sarcoma.

Si su origen es extra genital, las hemorragias son secundarias a patologías orgánicas sistémicas, como los trastornos hematológicos, metabólicos, los trastornos del lecho vascular y las causas iatrogénicas; dentro de estas últimas se incluyen los anticoagulantes, corticoides, tamoxifeno, terapia de sustitución hormonal, anticonceptivos hormonales combinados, gestágenos, anticonceptivos inyectables de depósito, DIU. (Rock J, 1988)

La hemorragia uterina disfuncional se define como una hemorragia anormal que procede de útero en ausencia de patología orgánica y de gestación; es acíclica y anovulatoria. El origen de su producción es, en muchos casos, difícil de identificar, existiendo causas endócrinas o factores locales uterinos.

La hemorragia uterina disfuncional primaria 90% se produce como consecuencia de una alteración o disfunción a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-ovárico, provocando una secreción anómala de los esteroides ováricos y causando sangrado por deprivación o por disrupción.

En la deprivación, existe una supresión o disminución brusca de la acción de las hormonas ováricas sobre el endometrio, provocando su descamación. Cuando se produce disrupción, mecanismo más frecuente en la hemorragia uterina disfuncional, se presenta una acción mantenida por largo tiempo de las hormonas ováricas sobre el endometrio. (Agudelo, 2007)

La hemorragia uterina disfuncional secundaria (10%), se origina en trastornos endócrinos que afectan indirectamente a este eje. Dada esta prevalencia, la obtención de un endometrio secretor suele descartar un origen disfuncional.

Por otro lado, la hemorragia uterina disfuncional puede estar producida por factores locales uterinos, con la participación de mecanismos locales relacionados con la alteración, tales como el tono vascular uterino, la hemostasia y la regeneración del endometrio, que pueden originar la hemorragia.

**Tabla del origen de la disfunción según localización**

<i>Centrales</i>	<i>Intermedias</i>	<i>Del órgano blanco o periféricas</i>	<i>De acuerdo a la edad en que se presenta</i>
Alteración funcional y orgánica.	Enfermedades crónicas.	Ováricas:	Puberal.
Poliquistosis ovárica.	Enfermedades metabólicas, endocrinas.	Quistes funcionales	Reproductiva
Inmadurez del eje hipotálamo – hipófisis	Alteraciones nutricionales	Tumores funcionales	Menopáusica.
Factores psicógenos.			
Estrés, ansiedad, traumas emocionales.			
Factores neurógenos			
Administración de esteroides exógenos			
Fármacos psicotrópicos y farmacodependencia			

(Deras-Rosa, Gonzales-Colindres, 2000)

**A continuación se menciona las causa del sangrado Uterino anormal en dependencia de su ciclo vital reproductor.**

<b>Etiología probable del Sangrado Uterina Anormal Atendiendo el ciclo vital de la mujer</b>				
<b>Prepuberes</b>	<b>Adolescentes</b>	<b>Reproductiva</b>	<b>Peri menopausica</b>	<b>Post menopausica</b>
Vulvovaginitis	Anovulación	Anovulación	Anovulación	Atrofia endometrial
Pubertad precoz	Hemoglobinopatía	Miomas	Miomas Polipos	Hiperplasia endometrial
Cuerpo extraño	Hipertiroidismo	Polipos	Hipotiroidismo	Ca endometrial
Abuso sexual	EPI	Infecciosa	Hiperplasia endometrial	Ca de ovario
Tumores vaginales	Alteraciones del conducto de Muller	Ca de cervix	Ca de cervix	
Tumores ovaricos		Hiper-hipo tiroidismo	Tumores de ovarios	

(Deras-Rosa, Gonzales-Colindres, 2000)

Según estudios recientes, la posibilidad de malignización de un pólipo endometrial es muy escasa, de 0.5 a 0.6%, por lo que no debe considerársele un precursor directo del carcinoma endometrial. El pólipo endometrial refleja una tendencia proliferativa sobre la que puede desarrollarse un carcinoma endometrial.

Hiperplasia endometrial es un diagnóstico frecuente dentro de la ginecología general. Debido a que no todas las pacientes presentan sintomatología, se tienen pocos datos sobre la incidencia de la hiperplasia endometrial; en mujeres postmenopáusicas se estima 8/1000 en asintomáticas y un 15% en sintomáticas. (Goodman 2001)

Se caracteriza por la proliferación de las glándulas y del estroma endometrial secundario al estímulo estrogénico permanente. El endometrio hiperplásico puede regresar a la normalidad en forma espontánea o con tratamiento, persistir como tal o evolucionar a carcinoma. El engrosamiento endometrial, el sangrado uterino anormal y los factores de riesgo para carcinoma endometrial obligan a realizar biopsia de endometrio. (España 2001)

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El Sangrado Uterino Anormal incluye alteraciones en el patrón de sangrado uterino que se presenta en cada ciclo menstrual normal, además del impacto en la vida de la paciente, por ejemplo: fatiga, anemia, impedimento para realizar las actividades cotidianas. Los patrones de sangrado se ven fuertemente afectados por la edad de la paciente y el método de planificación familiar y si padece alguna enfermedad sistémica. (Montes Montaña, López Ferrufino, & Vargas Cassab, 2007)

## TIPOS DE SANGRADOS UTERINOS ANORMALES

**Hemorragias Cíclicas:** Las hemorragias uterinas cíclicas comprenden las pérdidas sanguíneas que ocurren coincidiendo con la menstruación de la mujer y que se diferencian de aquella por su duración, intensidad o ambas. Se distinguen dos grupos de acuerdo al ciclo:

### ***Por exceso:***

- **Hipermenorreas o menorragias:** Pérdidas sanguíneas excesivas en cantidad (superior a 80 ml) o duración (más de 7 días) o ambas, que ocurren con intervalos normales.
- **Proiomenorrea:** Hemorragias con intervalos excesivamente cortos y frecuentes, menores de 21 días (periodo libre de hemorragia inferior a 18 días), pero que son normales en cantidad y en duración.
- **Polimenorragia:** Hemorragias con intervalos excesivamente frecuentes y cuya intensidad y duración son igualmente excesivas.
- **Polimenorrea:** Hemorragia de gran duración; intensidad y ritmo normales.

### ***Por defecto:***

- **Opsomenorrea:** Intervalos o ciclos largos, con duración e intensidad normal.
- **Oligomenorrea:** Hemorragia de escasa duración, pero intensidad y ritmo normal.

- **Hipomenorrea:** Hemorragia de escasa intensidad, pero ritmo y duración normal.
- **Hemorragias Acíclicas:** Las hemorragias acíclicas aparecen de forma irregular y, como su nombre indica, no guardan relación con la pérdida menstrual normal. Se incluyen:
  - **Metrorragias:** Hemorragia irregular o continua, de intensidad variable, que hacen perder el carácter cíclico de la hemorragia menstrual normal.
  - **Hemorragias intermenstruales:** Pérdidas sanguíneas que aparecen entre menstruaciones normales.
  - **Menometrorragias:** Es la asociación de menorragia y metrorragia.

El sangrado de las niñas, si se produce antes de los 9 años debe considerarse anormal. (Management of anovulatory bleeding, 2000)

**Para poder realizar un diagnóstico dentro del sangrado uterino es necesario:**

**a) Historia clínica,** detallada preguntar acerca de:

- Enfermedades en el pasado o presente
- Uso de medicamentos
- Uso de anticonceptivos
- Peso, hábitos de alimentación y de ejercicios, y niveles de tensión

Obtenga la historia completa de varios ciclos menstruales consecutivos evidencia la presencia de sangrado ínter menstrual o post-coital.

**b) Exploración física:** El objetivo es descartar patología orgánica (lesiones a nivel vulvar, vaginal, cervical, pólipos, miomas, tumoraciones pélvicas, DIU, etc.). El examen pélvico se dirige inicialmente a identificar el origen de la hemorragia, examinar los órganos genitales externos en busca de traumatismos labiales, varicosidades y otros signos de inflamación o neoplasia, inspeccionar detalladamente el recto y el meato urinario externo.

En vagina se buscan traumatismos, cuerpo extraño, neoplasia, adenosis o infecciones, lesiones del cérvix. La palpación se realiza en busca de agrandamiento o irregularidades uterinas relacionadas con leiomiomas, hipersensibilidad y el engrosamiento bilateral de los anexos reflejan enfermedad inflamatoria pélvica crónica, en caso de ser unilateral sugiere una neoplasia ovárica.

Por último el tacto rectovaginal que permitirá no sólo detectar una lesión rectal como origen del sangrado, sino que también realizar el examen completo de la parte posterior de la pelvis y el fondo de saco rectovaginal donde las irregularidades a este nivel o engrosamientos del ligamento útero sacro indican endometriosis o neoplasias pélvicas. (Agudelo, 2007 enero)

c) **Exámenes complementarios:** Es conveniente enviar una biometría hemática completa con plaquetas y tiempo de sangría para evaluar función plaquetaria. Así como los tiempos de coagulación. La evaluación básica del laboratorio de las pacientes en edad reproductiva debe incluir test de embarazo y Papanicolaou en aquellas con vida sexual activa.

Toda lesión visible debe ser biopsia da, aunque la citología cervical sea normal; los test adicionales a enviar dependen de los resultados de estos exámenes, edad del paciente, historia clínica y examen físico. (Goodman, 2001 Jun)

Ultrasonografía de preferencia transvaginal para evaluar el grosor del endometrio y detecta la presencia de pólipos y miomas con una sensibilidad de un 80% y una especificidad de un 69%.

Aunque existe evidencia que el grosor endometrial puede ser un indicativo de patología en la mujer post menopáusica, no se ha encontrado evidencia para las mujeres en años reproductivos.

Una meta-análisis de 35 estudios muestra que en las mujeres menopáusicas un grosor de 5 mm en el ultrasonido tiene una sensibilidad de un 92% para detectar enfermedad endometrial y un 96% para detectar cáncer. No es útil cuando el grosor es de 5-12 mm. Sin embargo estas correlaciones no están firmemente establecidas en la mujer pre menopáusica. (Salazar Quirós & Sáenz Campos, 2005 Agosto)

En caso de anovulación: Explorar tiroides y determinar prolactina. En caso de Hirsutismo: Determinar: estradiol, LH y FSH, progesterona del día 21 del ciclo, prolactina, dehidroepiandrosterona, testosterona, sulfato de dehidroepiandrosterona, androstenediona, cortisol las 08 h AM, ACTH. En caso de obesidad: Solicitar: FSH; LH, estradiol. Otros exámenes: Pruebas específicas para la enfermedad de Von Willebrand. Pruebas específicas para coagulación intravascular diseminada. (Scott, 1990)

## **TRATAMIENTO**

Los primeros pasos del manejo de una paciente con sangrado ginecológico anormal se refieren a evaluar su estabilidad hemodinámica y a determinar si está o no embarazada

### **Manejo Medico**

***Antiinflamatorios no esteroideos:*** Las mujeres que presentan sangrados menstruales intensos tienen los niveles de prostaglandinas elevados. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) inhiben la ciclooxigenasa y reducen los niveles de prostaglandinas endometriales.

En una revisión de 21 ensayos aleatorizados controlados, los AINES causaron una disminución del sangrado menstrual en un 20-50% junto a una reducción de la dismenorrea asociada hasta en un 70% de los pacientes.

La terapia debe ser iniciada el primer día de la menstruación y continuada por 5 días o hasta que termine la menstruación (Ej.: Ibuprofeno 800 mg TID por 1-2 semanas o hasta que cese el sangrado).

**Agentes antifibrinolíticos:** El ácido tranexámico, un derivado sintético del amino ácido lisina, produce un efecto antifibrinolítico a través del bloqueo reversible del plasminógeno. Este medicamento no produce algún efecto en los parámetros de coagulación o dismenorrea. Un tercio de las mujeres experimentan efectos adversos incluyendo náusea y calambres en las piernas. Un gramo de ácido tranexámico cada 6 horas por los primeros 4 días del ciclo menstrual reduce la pérdida sanguínea en un 40%. Los estudios comparativos han demostrado que el ácido tranexámico es más efectivo que los AINES, los progestágenos orales en la fase luteal y el etamsilato en la reducción del sangrado. Sin embargo no ha sido comparado con los anticonceptivos orales combinados o los DIU de liberación de progestágenos. El ácido tranexámico es bien tolerado sin un mayor aumento en los efectos adversos comparado con el placebo y otros tratamientos, sin evidencia de algún aumento en la enfermedad trombogénica. (Terapéutica clínica, 2005)

**Danazol:** es un esteroide sintético con propiedades androgénicas leves, inhibe la esteroidogénesis en el ovario y tiene un profundo efecto en el tejido endometrial, reduciendo la pérdida sanguínea en un 80%.

Después de la terapia con danazol (100-200 mg/d) un 20% de las pacientes reporta amenorrea y un 70% reporta oligomenorrea. Aproximadamente un 50% de los pacientes no reporta algún efecto adverso con el uso de danazol y un 20% reporta efectos adversos leves y aceptables.

Sin embargo un grupo no lo tolera adecuadamente debido al hirsutismo, acné, cambios de humor y ocasionalmente cambio de voz, lo cual puede ser irreversible. La queja más común es la ganancia de peso entre 2-6 libras en el 60% de los pacientes. El tratamiento recomendado es de 100-200 mg/día por 3 meses. (Management of anovulatory bleeding, 2000)

**Progestágenos:** Estudios aleatorizados han demostrado que los progestágenos cíclicos no son efectivos en controlar el sangrado menstrual regular en comparación con los AINES y el ácido tranexámico.

Los progestágenos pueden ser útiles en las mujeres con ciclos irregulares y anovulatorios cuando se utilizan por 12-14 días cada mes y su uso por 21 días durante cada ciclo reduce la pérdida sanguínea en un 90% pero con muy baja tolerancia. Cuando son utilizados durante la fase luteal (día 15 o 19 al día 26 del ciclo) ya que a pesar de no haber sido estudiados en estudios controlados pero los estudios comparativos indican que son inferiores a otros tratamientos médicos.

El acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) que se utiliza en anticoncepción, produce amenorrea en un 80% de las mujeres durante el primer año, aunque hasta un 50% experimenta sangrado irregular. Siendo una opción para aquellas mujeres que requieren anticoncepción y no son candidatas o no desean recibir anticonceptivos orales combinados o DIU de liberación de progestágenos. (España 2001)

**Anticonceptivos orales combinados:** La reducción de las pérdidas sanguíneas con el uso de anticonceptivos orales combinados probablemente se deba a la atrofia endometrial que generan. Estudios aleatorizados muestran una reducción de un 43% en las pérdidas sanguíneas al utilizar 30 µg de etinil estradiol.

Los estudios de casos control longitudinales han demostrado que es menos probable que las usuarias experimenten sangrado menstrual abundante o anemia. Otras ventajas de los anticonceptivos orales combinados incluyen la protección anticonceptiva y la reducción de la dismenorrea.

**Agonistas de Hormona liberadora de gonadotropina humana (GnRH):** Los agonistas de GnRH inducen un estado reversible hipoestrogénico, lo que reduce el volumen en un 40% a un 60%.

Los miomas y el volumen de sangrado uterino regresan a sus niveles previos después de meses de suspender la terapia.

Los agonistas de GnRH son efectivos en reducir el sangrado menstrual en mujeres perimenopáusicas pero están limitados por sus efectos adversos, incluyendo los bochornos y la reducción de la densidad ósea. (Agudelo, 2007)

### **Manejo Quirúrgico.**

Los tratamientos quirúrgicos son extremadamente efectivos en el manejo del sangrado uterino anormal. Sin embargo, es recomendable realizar una prueba terapéutica apropiada antes de iniciar una ablación endometrial o una histerectomía.

**Histerectomía:** Los riesgos de una cirugía mayor deben ser balanceados junto a los riesgos de las alternativas. La histerectomía es una solución permanente como tratamiento de las menorragias y el sangrado uterino anormal, se ha asociado con un alto nivel de satisfacción en pacientes adecuadamente seleccionados.

Para las mujeres que han satisfecho sus deseos de tener hijos, revisado las alternativas y han utilizado terapias alternativas sin resultados aceptables, la histerectomía es usualmente la mejor opción. (Salazar Quirós & Sáenz Campos, 2005 Agosto).

## **Histeroscopia**

La histeroscopia es un método diagnóstico seguro y preciso, considerado el estándar de oro en la identificación de patología endometrial, al posibilitar la visualización de la cavidad endometrial, permitir la toma de biopsia endometrial bajo visión directa de lesiones focales o neoplásicas, establecer un diagnóstico histológico de las áreas anormales evidenciadas y tratar de inmediato patologías benignas. La ventaja principal de este método es identificar lesiones como leiomiomas o pólipos endometriales que podrían pasar inadvertidos con la ecografía transvaginal o el legrado uterino. Reduce además la necesidad de Cirugía mayor innecesaria y es terapéutica en la mayoría de las pacientes. (Zamora, Emilia & Col, 2010)

Los porcentajes de patología intrauterina, detectada mediante histeroscopia, varía de un estudio a otro, así se menciona: Pasqualotto et al 74%, Bender 76%, Al-Kamil 60%, Ganninoto 58%, Trostenberg 34% y Wajeeha et al 52,5%. Se reporta una sensibilidad del 97% y 98% y una especificidad del 93% y 100% para el diagnóstico de cáncer endometrial e hiperplasia.

Las indicaciones de la histeroscopia incluyen el diagnóstico de patología benigna (por ejemplo pólipos endometriales, miomas submucosos, sinequias y tabiques), la valoración y tratamiento de la infecundidad, la pérdida gestacional recurrente, la hemorragia uterina anormal, la amenorrea, la retención de cuerpos extraños y la colocación de dispositivos de oclusión tubárica como anticoncepción. La hemorragia uterina anormal puede ser estudiada con el método histeroscópico y tratada de forma específica en el momento del diagnóstico, mediante ablación endometrial, polipectomía, miomectomía submucosa, septoplastia y lisis de adherencias intrauterinas. (Gonzales Merlo, 2003)

## **Biopsia endometrial**

La valoración histológica de una muestra de endometrio en una mujer con hemorragia uterina anormal permite identificar infecciones, pólipos endometriales, neoplasia trofoblástica gestacional, hiperplasia endometrial y cáncer.

La biopsia de endometrio debe efectuarse antes de iniciar la terapia hormonal, tomando muestras de diversas áreas. La presencia de atipia es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de carcinoma.

La adecuada interpretación patológica de la biopsia endometrial es esencial para el manejo de las pacientes con hemorragia uterina anormal, especialmente para la detección de lesiones precancerosas o malignas. La mayor parte de las biopsias endometriales de estas pacientes son, o bien normales (fase proliferativa, fase secretora en edad reproductiva, inactivas o atróficas en la posmenopausia) o anormales, pero sin representar un riesgo incrementado de cáncer. (Salazar Quirós & Sáenz Campos, 2005)

La biopsia endometrial es un procedimiento con alta sensibilidad y especificidad para la detección de hiperplasia y cáncer endometrial en pacientes posmenopáusicas con hemorragia uterina anormal. Los metaanálisis evidencian que tiene una sensibilidad del 99,6% y una especificidad del 91% para detectar cáncer endometrial, y un 81% de sensibilidad y un 98% de especificidad para hiperplasia endometrial. Un estudio realizado en el servicio de ginecología del Hospital Barros Luco-Trudeau de Chile, se encontró porcentajes de biopsias y muestras insuficientes, con porcentajes de cáncer endometrial informados en la literatura.

La biopsia endometrial por AMEU tiene un valor diagnóstico elevado, similar al legrado uterino en la detección de hiperplasia/cáncer endometrial en pacientes con hemorragia uterina anormal

En un estudio realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, de Tabasco-México, se evaluó la biopsia de endometrio por histeroscopia versus biopsia de endometrio por AMEU, en pacientes con una edad promedio de 53 años. El estudio concluyó que la biopsia tomada por ambos métodos mostró una correlación del 100%. (Scott, 1990)

### **Legrado uterino**

El legrado diagnóstico es una técnica habitualmente utilizada con fines diagnósticos y terapéuticos. Después de la inducción anestésica, el procedimiento inicia con la exploración bimanual. Luego de exponer y desinfectar el cérvix, se sujeta su labio anterior con una pinza de garfio de un solo diente y se mide la cavidad uterina con histerómetro. Se efectúa primero el legrado del canal cervical. Mediante dilatadores de Hegar, y si es necesario, se dilata el canal cervical y se procede a tomar muestra de tejido endometrial con la legra que pueda ser introducida hasta el fondo del útero. De forma sistemática, se legra las paredes uterinas en sentido de las manecillas del reloj iniciando a las 12 horas, y la muestra es enviada para su procesamiento. (Rock J, 1988)

Las indicaciones más frecuentes son la hemorragia uterina anormal, sangrados copiosos y/o inestabilidad hemodinámica con hematocrito menor de 30%, alteraciones menstruales y sospecha de otra patología uterina, especialmente carcinoma de endometrio. Si bien obtiene suficiente muestra para estudio, sus valores predictivos no difieren con los reportados en la muestra simple.

Aún con una técnica adecuada pueden pasar desapercibidos pólipos, miomas submucosos o pequeños carcinomas y puede aumentar el riesgo de que algunas células cancerosas alcancen el torrente sanguíneo o linfático. (Pelier & Navarro, 2006)

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

- a) **Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal.
- b) **Área de estudio:** Servicio de ginecología del Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa- Chontales. Que esta ubicada a 139 kilómetros de Managua.
- c) **Universo:** Los casos de Sangrado Uterino Anormal (SUA) que fueron atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Asunción Juigalpa en el periodo de 2012- 2013 con un total de 140 pacientes.
- d) **Tipo de muestreo:** Es un estudio Probabilístico.
- e) **Tamaño de la muestra: 140**
- f) **Formula:**  $n = \frac{NZ^2S^2}{d^2(N-1) + Z^2S^2}$
- g) **Criterios de Inclusión:**
- Paciente sin dato de embarazo o aborto o puerperios.
  - Paciente con hemorragia uterina anormal sin trauma pélvico-genital.
  - Paciente que presente sangrado intravaginal de más de 15 días de duración.
  - Paciente que no presente antecedentes de cirugía ginecológica en los últimos 12 meses.

#### **h) Criterios de Exclusión:**

##### **Aquellos que no cumplan los criterios de inclusión.**

- Paciente con dato de embarazo o aborto o puerperios.
- Paciente con hemorragia uterina anormal con trauma pélvico-genital.
- Paciente que presente antecedentes de cirugía ginecológica en los últimos 12 meses.

**i) Unidad de Análisis:** Toda mujer atendida en el servicio de ginecología por sangrado uterino anormal en el Hospital Regional Asunción Juigalpa en el periodo de 2012- 2013

#### **j) Métodos e instrumento para recoger la información**

Para obtener la información se revisó los expedientes clínicos de las pacientes ingresadas en el servicio de ginecología con diagnóstico de Sangrado Uterino Anormal (SUA) en el periodo de estudio que cumplieron con los criterios de inclusión y se complementó con el llenado de una ficha elaborada para la obtención de los datos necesarios según las variables y obtener los resultados. La información a obtenida se trasladó a una matriz de datos previamente elaborada y validada de acuerdo a los objetivos propuestos para el estudio. Se solicitó permiso al Director del Hospital Regional Asunción Juigalpa (HRAJ), quién autorizó la revisión de los expedientes clínicos. El llenado de la ficha fue realizado por el autor.

### **k) Métodos e instrumento para analizar la información**

Para el análisis del abordaje utilizado en el Hospital Regional Asunción Juigalpa (HRAJ) para el Sangrado Uterino Anormal (SUA) se utilizó medidas de frecuencia y porcentaje. Para la tabulación de la información se utilizó el programa SPSS (IBM SPSS Statistic 19). Los datos obtenidos fueron presentados en cuadros y gráficos.

### **l) Variables por objetivos**

**Objetivo 1:** Conocer las características socio-demográficas y ginecológica de las mujeres atendidas con sangrado uterino anormal.

- *Edades*
  - ✓ 12-18
  - ✓ 19-34
  - ✓ 35-55
  
- *Procedencia:*
  - ✓ Urbano
  - ✓ Rural
  
- *Antecedentes patológicos:*
  - ✓ HTA
  - ✓ DM
  - ✓ Obesidad
  - ✓ Enfermedad de tiroides

- *Antecedentes ginecológicos:*
  - ✓ PAP anormal
  - ✓ Uso de hormona previa
  - ✓ Miomatosis
  - ✓ CaCu
  - ✓ Polipos

**Objetivo 2:** Mencionar las sintomatologías más frecuente que tienen las mujeres con Sangrado Uterino Anormal.

- *Cuadro clínico:*
  - ✓ Ritmo menstrual
  - ✓ Duración del sangrado
  - ✓ Dolor pélvico
  - ✓ Cantidad del sangrado
  - ✓ Trastornos hemodinámicos
  - ✓ Alteraciones de signos vitales

**Objetivo 3:** Identificar el método diagnóstico que más frecuentemente se utiliza para el diagnóstico de la patología en estudio.

- ✓ Historia clínica
- ✓ Examen físico
- ✓ Ultrasonido
- ✓ Biopsia
- ✓ Test hormonal
- ✓ PAP
- ✓ BHC
- ✓ Pruebas de coagulación

**Objetivo 4:** Describir la forma más frecuente del manejo terapéutico del Sangrado Uterino Anormal en las pacientes en estudio.

- *Manejo medico:*
  - ✓ AINES
  - ✓ Hormonas
  - ✓ Antibióticos
  - ✓ Otros
- *Manejo quirúrgico.*
  - ✓ Histerectomía
  - ✓ Legrado más biopsia
  - ✓ Otro

### **m) ASPECTOS ÉTICOS**

En el estudio la base de recolección de información es a través del llenado de ficha obteniendo los datos exclusivamente del expediente clínico de las pacientes que fueron ingresadas al servicio de ginecología con diagnóstico de Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción Juigalpa (HRAJ) en el periodo de 12 meses por lo que se omite nombre de la paciente para proteger la identidad.

Se contó con la autorización del Director del Hospital Regional Asunción Juigalpa (HRAJ) y del jefe del Departamento de Ginecología para la conducción de este trabajo y la revisión de los expedientes clínicos. La información está siendo únicamente con fines de investigación.

## **VIII. RESULTADOS**

En el estudio sobre el Abordaje del Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción Juigalpa Enero 2012- Enero 2013 se encontró:

### **EDAD:**

Las edades más predominantes fueron de 35 a 55 años de edad con 53.5%, seguido de 32.1% que corresponde a las edades ente los 19 a 34 años de edad, mayores de 60 años de edad con 7.8% y de 12 a 18 años con el 6.4%. (Ver tabla 1, anexo 3).

### **PROCEDENCIA:**

Se encontró que el 53.6 % de las pacientes en estudios pertenecen al sector urbano y 46.4% del sector rural. (Ver tabla 2, anexo 3).

### **ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES**

Se observó que las pacientes en estudio tenían el antecedente personal la Hipertensión arterial crónica con un 32.8 %, seguido de las obesas con un 21.5%. Las pacientes que presentaban enfermedades múltiples son en un 7.8% y con un porcentaje menor la Diabéticas con un 6.5% seguidas de las que presentaban enfermedades tiroideas que son en un 2.8%; ha de recalcar que el 28.6% de las pacientes no presentaron ningún antecedente previo. (Ver tabla 3, anexo 3).

### **ANTECEDENTES GINECOLOGICOS PERSONALES**

De las pacientes en estudio se observó que el 33.5% utilizó hormona previas, seguidas de las que presentaron miomatosis en un 27.3%. El 19.4 % presentaron PAP alterados de los cuales el 3.5% presentaron CaCu. Los pólipos en un 8.5% de las pacientes en estudio. Ha de recalcar que el 7.8% no presentaba ningún antecedente ginecológico al presentar la enfermedad. (Ver tabla 4, anexo 3).

## **CUADRO CLINICO**

El cuadro clínico que presentaban las pacientes en estudio fue en un 50% un ritmo menstrual regular e irregular. El 75.7% presentaban dispareunia y el 24% no lo presento. La cantidad del sangrado que presentaron fue el 58.5% de las pacientes un sangrado con regular cantidad y el 41 % con una cantidad abundante. Y el 21% presentaron alteraciones de los signos vitales. Con respecto a la duración del sangrado el 30.7 % presentaban de 7 a 14 días; el 45% de 15 a 30 días y mayor de 30 días con un 24.2 %. (Ver tabla 5.1 y 5.2, anexo 3)

## **METODOS DIAGNOSTICOS**

Con respecto al método diagnostico se observó que al 100% de las pacientes se le realizo historia clínica, examen físico y biometría hemática completa. Al 74 % se le realizo ultrasonido pélvico y al 57 % PAP. Se observó que solo una paciente presentaba exámenes hormonales. (Ver tabla 6, anexo 3)

## **METODOS TERAPEUTICOS**

Al ser egresadas las pacientes en su 100% de ellas se le indicó analgésicos no esteroideos y sulfato ferroso. Al 13.5 % con hormonas; 55% se le brindo antibioticoterapia; al 27.1 se le realizó histerectomía; 22% legrado y al 35% legrado más biopsia. (Ver tabla 47, anexo 3)

## IX. DISCUSIÓN

Se estudiaron 140 pacientes con diagnóstico de Sangrado Uterino Anormal (SUA), en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el periodo de Enero del 2012 a Enero del 2013; en lo cual se presentaban en mayor porcentaje pacientes de 35 a 55 años de edad que corresponden a las edades menopausicas; esto corresponde con diferentes estudios realizados en otros periodos de tiempos en hospitales de referencia nacional en donde la prevalencia se mantiene en las edades menopáusicas más en edades perimenopausicas y pomenopausicas debido a los cambios hormonales y que influyen sus antecedentes patológicos y ginecológicos. Sin embargo en el estudio realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense (HAN) en el 2011 correspondía a una edad perimenopausicas la de mayor prevalencia al igual que estudios realizados en el Hospital Bertha Calderón Roque en el año 2010.

Se identificó en el estudio un porcentaje mayor en las adolescentes; correspondiendo que su etiología es anovulatoria por inmadurez del eje hipotalámico- hipofisario. Sufriendo cambios que alteran la estabilidad de la paciente que puede al final cursar con trastornos patológicos asociados a miomas o un desorden hormonal.

Se observó que la población en estudio correspondes al sector urbano con un mayor porcentaje esto se debe a que el sector urbano tiene mejor acceso a la unidad de salud mientras que las del sector rural por la inaccesibilidad de los caminos le es más difícil acudir al Hospital.

Con respeto a los antecedentes patológicos una cuarta parte de nuestras pacientes presentan hipertensión arterial lo que se relaciona a la entidad debido a las alteraciones vasculares de esta patología crónica y su relación con el sistema endocrino.

La obesidad es el principal factor de riesgo modificable de la hiperplasia endometrial, y diversos trabajos revelaron como el de Heller D, Mosquera C, Cracchiolo B y colaboradores con su informe sobre el Índice de masa corporal de los pacientes con hiperplasia endometrial que concluye que las mujeres con obesidad tienen un riesgo sustancialmente mayor de presentar cáncer de endometrio. Por lo tanto en este estudio se observa que hay un predominio de las pacientes que presentaron algún grado de obesidad.

Además se observa un porcentaje mínimo de pacientes que presentan Diabetes Mellitus tipo 2 que, está asociada con hiperplasia endometrial y riesgo de cáncer de endometrio. Así mismo se identificó que un porcentaje mínimo de las paciente presentaron enfermedades tiroideas en donde el trastornos de las glándulas pituitaria y tiroidea pueden causar anovulación e irregularidad menstrual

Se identificó que dentro de los antecedentes ginecológicos personales las pacientes utilizaron hormonas previas antes de padecer la entidad. El predominio de esta se debe a que se encontraba en edades fértiles por lo que en nuestra actualidad los adolescentes empiezan a planificar a temprana edad y utilizar métodos anticonceptivos de emergencia sin consejería previa.

Se identificó que un porcentaje menor se encontraban con miomas que presenta relación con las pacientes premenopausicas que se relaciona con la literatura donde son más frecuentes en la cuarta década de la vida por la cantidad de estrógenos. De las pacientes que se identificó cáncer cervicouterino son pacientes que fueron sometidas a estudios especializados en hospitales de referencia nacional con oncología.

Con respecto a los pólipos se ve un porcentaje mínimo de lo cual no concuerdan con un estudio de Moisés Guerrero, Correlación Clínica y de resultados patológicos en pacientes perimenopausicas, 2005; ya que los pólipos son una de las causas principales del sangrado uterino anormal. Relacionándose así en edades fértiles y premenopausicas.

Una de las principales causas que acudieron a la consulta fue por la duración del sangrado más de 15 a 30 días con una cantidad abundante lo que las lleva a tener alteraciones de los signos vitales que es una de los principales criterios de ingreso al área de ginecología de dicho hospital. Además el ritmo menstrual de las pacientes ingresadas es tanto regular como irregular con predominio entre las adolescentes y las que utilizaron hormonas previas; esto no tiene relación con la literatura que menciona que estas pacientes deben presentar un ciclo irregular en mayor porcentaje. La dispareunia es uno de los síntomas que aquejan a las pacientes con mayor porcentaje ya que algunas de las pacientes se relaciona con pólipos, miomas que son patologías que causan dolor intermenstrual.

En la consulta las pacientes se les realizó historia clínica completa de la enfermedad y examen físico, lo que indica que se está realizando clínica para indagar y mandar los exámenes pertinentes y necesarios a las pacientes según la patología que se sospeche. Al ser ingresada a la sala de ginecología se le realizó Biometría hemática completa y pruebas de coagulación en donde es importante este parámetro x los trastornos que puede haber en las pacientes de edades menopausicas y posmenopáusicas ya que es factor predisponente que aumenta el porcentaje de padecer esta entidad. Con respecto al ultrasonido solo se le realizó a la mayoría sin embargo no al total; esto podría ser que en ese momento no estaba disponible el equipo. Mencionamos que hay un porcentaje mínimo de test hormonal sin embargo este es un examen que no se realiza en el hospital por no presentar reactivos por lo que el dato que se presenta en el estudio es un dato de un examen privado.

Se observó que a las pacientes al ser egresadas se indicó AINES como la ibuprofeno; pero este tratamiento que es utilizado para el dolor se tiene que valorar ya que los resultados de ensayos clínicos controlados muestran que este grupo de antiinflamatorios aumenta el riesgo de que aparezcan diversos trastornos cardiovasculares, sugiriendo además una relación con la dosis y la duración del tratamiento.

El uso de los inhibidores de la COX-2 está contraindicado en pacientes con enfermedad arterial periférica, enfermedad isquémica cardíaca, así como en pacientes que hayan presentado un accidente isquémico cerebral o sufran insuficiencia cardíaca de grados II a IV.

Además se recomienda utilizarlos con especial precaución si los pacientes presentan factores de riesgo cardiovascular como hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes mellitus, o bien si son fumadores.

Se indicó tratamiento hormonal orales a pacientes en edades fértiles en base a progesterona ya que al no presentar ninguna alteración patológica en si; concluyendo que esta entidad se da por un proceso hormonal donde son menstruaciones anovulatorias. Esto se relaciona con la literatura que hace mención que el tratamiento de elección es a base de gestágenos orales, ya sea combinados o progestágenos. En el estudio no hay datos que corroboren la duración del tratamiento y ni el seguimiento de las pacientes.

Se observó que a las pacientes dentro de las edades posmenopáusicas y menopausiacas que presentaron alteraciones estructurales del endometrio que presentaban alteraciones de signos vitales se les realizó histerectomía que al ser egresadas se indicaba antibioticoterapia para prevenir proceso infeccioso por el procedimiento quirúrgico. Y a todas las pacientes se les brindo sulfato ferroso para corregir la anemia secundaria que presentan.

A la mitad de las pacientes en estudio se observó que se les realizaron legrado a las que presentaron patologías de aumento endometrial por lo que se realizaron legrado sin embargo las pacientes que se encontraban en edades fértiles y menopaúsicas; sin embargo se le realizó legrado más biopsias a las edades menopaúsicas y posmenopáusicas porque son pacientes con alto riesgo de procesos benignos.

## X. CONCLUSIÓN

1. Las pacientes que presentan sangrado uterino anormal se encuentran entre las edades menopaúsicas y posmenopáusicas con predominio en las pacientes del sector urbano por la facilidad de acceso a la unidad. Con patologías asociada a la Hipertensión arterias y con antecedentes ginecológicos y con mayor porcentaje en pacientes que utilizaron hormonas previas.
2. Las características clínicas del sangrado uterino (SUA), la mayoría tenía una duración del sangrado de 15 a 30 días. Además menos de la mitad de las pacientes presentaron cambios hemodinámicos al ingreso del servicio de ginecología del Hospital Regional Asunción Juigalpa (HRAJ).
3. Los métodos para diagnosticar utilizados fueron la historia clínica y el examen físico lo que indica que se está siendo clínica para así disminuir los exámenes cantidad de exámenes que no son necesarios; y que el ultrasonido es un método diagnostico necesario para indagar con más precisión la patología que este causando el sangrado uterino anormal (SUA).
4. El manejo terapéutico utilizado en la mayor parte de las pacientes en estudio fueron analgésicos no esteroideos y sulfato ferroso y la mayoría se le realizo legrado y biopsia. Y la mitad con tratamiento hormonal en dependencia de la edad.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **AL MINSA:**

#### **AI COMITÉ QUE REALIZA PROTOCOLOS Y NORMAS DEL MINSA:**

Realización de normativas de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, para el manejo del Sangrado Uterino Anormal (SUA) para la atención adecuada de las pacientes en las unidades de salud primaria para una buen diagnóstico antes de referir al Hospital con el especialista.

#### **ATENCIÓN PRIMARIA:**

La adecuada anamnesis y realización de examen físico para indagar sobre otras patologías orgánicas

Garantizar el 100% de la cobertura con respecto a la realización de Papanicolaou a todas las pacientes que presenten sangrado uterino anormal de acuerdo a la normativa de la realización de este procedimiento.

Asegurar que las pacientes tengan un ultrasonido antes de referir al Hospital.

#### **AL HOSPITAL:**

Que se le brinde a las pacientes los métodos diagnósticos necesario para la realización del estudio necesario para esta entidad. Y así disminuir las citas de control al Hospital.

La realización de pruebas de cuagulopatías en el laboratorio para todas las pacientes que presenten Sangrado Uterino Anormal (SUA)

## XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Agudelo, P. (2007 enero). Hemorragia Uterina Anormal: Enfoque basado en evidencias. Revista Médica, 15(001), 68-79.

Abordaje del sangrado uterino anormal en el Hospital Berta Calderón Roque junio-diciembre 2002.

Abordaje de la Hemorragia Uterina Anormal. En el Departamento de Ginecología del Hospital. Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, primero de julio 2009 a treinta de junio 2011. Dr. Jairo José Pozo Cárcamo.

Baca, M. (2004). Sangrado Uterino Anormal: Hallazgos clínicos- histopatológicos de pacientes atendidas en el servicio de Ginecología HEODRA-León; Julio 2002-octubre 2003. León/Nicaragua.

Centeno Escoto, X., & Pavón Urbina, M. (2011). Abordaje de sangrado uterino anormal en el servicio de ginecología del HAN en el periodo del Junio-Diciembre 2011. Managua.

Correlación clínica-histopatológica de las pacientes con dx de SUA manejadas con legrado uterino, ingresadas en el servicio de ginecología del hospital Bertha calderón roque, en el periodo de enero- diciembre de 2010. Dr. Francisco Manuel guardado herrera.

Hector Deras.Rosa, Gonzales-Colindres; rev med pot unah, anatomo-phatological findings in patients uit diagnosis of abnormal uterine bleeding undergiong endometrial curettage; VOL. 5 No 3 Septimbre-Diciembre, 200.

Dr. Guardado Herrera, F. M. (20010). Correlación clinica-histopatologica de las pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal manejadas con legrado uterino, ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de enero-diciembre del 2010.

Dr. Pozo Cárcamo, J. J. (2009-2011). Abordaje de la Hemorragia Uterina Anormal en el departamento de ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, primero de Julio 2009 a treinta de Junio del 2011. Leon/Nicaragua.

Erika Fabiola Pérez Fernández, Abordaje Diagnóstico, Terapéutico y Resultados Histopatológicos de pacientes con Sangrado Uterino Anormal de Origen Orgánico en el Servicio de Ginecología Hospital “Dr. Fernando Vélez Páiz”, en el período comprendido de Junio 2011- Junio 2012

González Merlo, J. (2003). Ginecología 8a. ed. Barcelona2003: 207-213.

Goodman, A. (2001 Jun). Evaluation and management of genital tract bleeding in women.

Management of anovulatory bleeding. (2000 Mar (reviews 2005)). American collage of Obstetricians and Gynecologists; Montes Montaña, N. H., López Ferrufino, J. L., & Vargas Cassab, E. H. (2007). Sangrado Uterino Anormal. Revista Paceaña de Medicina Familiar- Actualizaciones, 64-66.

Menorragias. Folia clínica en obstetricia- ginecología; enero España. 2001, p.p4-30.

Moisés Guerrero, Correlación Clínica y de resultados patológicos en pacientes perimenopausicas, 2005.

Pellier, A., & Navarro, J. (2006). Evaluación de la paciente con hemorragia uterina anormal. Instituto Valenciano de Infertilidad.

Ruiz Gonzales, E. ( 2002 ). Abordaje del Sangrado Uterino Anormal en el Hospital Bertha Calderón Roque, Junio -Diciembre 2002.Tesis para optar al titulo de Ginecoobstetra. Managua.

Rock J. Ginecología quirúrgica Te-Linde. 8va ed. 1998. Buenos Aires. Panamericana.

Salazar Quirós, A., & Sáenz Campos, D. (2005 Agosto). Tratamiento de Sangrado Uterino Anormal en el primer y segundo nivel de atención. San José Costa Rica.

Scott D, Hammond S. Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth. 6<sup>a</sup>.ed. 1990. México. Interamericana.

Zamora, Emilia & Col. Contribución histeroscopia diagnostica en el diagnóstico diferencial del sangrado uterino anormal. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Chile, 2010.

# **ANEXO**

## ANEXO 1

### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<b>Objetivo 1: Conocer las características socio-demográficas y ginecológicas de las mujeres atendidas con sangrado uterino anormal.</b>				
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VALOR</b>	<b>ESCALA</b>
Edad	Agrupación por edad de acuerdo a la capacidad de fecundación de la mujer en estudio.	Porcentaje de grupo etario de mujeres en estudio.	12-18 19-34 35-55 >60 años	Cuantitativa continúa.
Procedencia	Donde vive actualmente la paciente en estudio	Porcentaje de mujeres que son Urbanas y Rurales.	Urbano Rural	Cualitativa Nominal.
Antecedentes patológicos	Es haber tenido alguna enfermedad en el pasado	Porcentaje de antecedentes patológicos que presentan las pacientes	HTA DM Obesidad Enfermedad de tiroides Múltiples	Cuantitativa Nominal
Antecedentes ginecológicos	Eventualidades ginecológicas de suma importancia para el estado actual	Porcentajes de los antecedentes ginecológicos que presentan las mujeres	PAP alterado Uso de hormona previa Miomatosis CaCu Polipos Ninguna	Cuantitativa Nominal

**Objetivo 2: Mencionar las sintomatologías más frecuente que tienen las mujeres con Sangrado Uterino Anormal.**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
<b>CUADRO CLÍNICO</b>				
Ritmo menstrual	Sangrado transvaginal que se presenta en un periodo determinado debido a cambios Hormonales.	Porcentaje del ritmo menstrual que presenta las mujeres	Regular Irregular	Cuantitativa Nominal
Duración de sangrado	Total de días que dura la paciente con sangrado de origen uterino	Expedientes clínicos	7-14 leve 15-30 moderada >30 severo	Cuantitativa Nominal
Dolor pélvico	Dolor agudo generalmente de inicio súbito que se presenta en la pelvis femenina.	Porcentaje de las mujeres que presentaron dolor pélvico	Si No	Cuantitativa Nominal
Cantidad de sangrado	Volumen de sangre que se elimina.	Porcentaje de la cantidad de sangrado	Poco Regular Abundante	Cuantitativa Nominal
Trastornos hemodinámicas	Enfermedades médicas de origen sistémico que presentan las pacientes en momento de su ingreso	Porcentaje de las mujeres que presentaron trastornos hemodinámicos	Si No	Cuantitativa Nominal
Alteraciones de signos vitales	Cambios patológicos a nivel de signos vitales	Porcentajes que presentaron signos vitales	Si No	Cuantitativa Nominal

**Objetivo 3: Identificar el método diagnóstico que más frecuentemente se utiliza para el diagnóstico de la patología en estudio.**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VALOR</b>	<b>ESCALA</b>
Métodos diagnósticos	Parámetros clínicos considerados por el médico al momento del ingreso.	Porcentajes de métodos diagnósticos realizados	Historia clínica Examen físico Ultrasonido Test hormonal PAP BHC Prueba de coagulación	Cuantitativa Nominal

**Objetivo 4: Describir la forma más frecuente del manejo terapéutico del Sangrado Uterino Anormal en las pacientes en estudio.**

Manejo terapéutico	Indicaciones Farmacológicas o no farmacológicas al momento del egreso	Porcentaje del manejo terapéutico utilizado	AINES Hormonas Antibióticos Histerectomía Legrado Legrado + Biopsia	Cuantitativa Nominal
--------------------	---	---	--	----------------------

## ANEXO 2

Ficha para el abordaje terapéutico utilizada en el sangrado uterino anormal en pacientes ingresadas a la sala de ginecología del Hospital Regional Asunción Juigalpa (HRAJ) en el periodo de Enero 2012- Enero 2013.

Ficha N°: \_\_\_\_\_ # de Expediente: \_\_\_\_\_

❖ **Edad:** 12-18: \_\_\_\_ 19-34: \_\_\_\_ 35-55: \_\_\_\_ Mayor de 60 años: \_\_\_\_

❖ **Procedencia:** Rural: \_\_\_\_ Urbano: \_\_\_\_

❖ **Antecedentes Patológicos Personales:**

Hipertensión Arterial: \_\_\_\_ Diabetes Mellitus tipo 2: \_\_\_\_

Enfermedades Tiroideas: \_\_\_\_ Obesidad: \_\_\_\_

Múltiple: \_\_\_\_ Ninguna: \_\_\_\_

❖ **Antecedentes Personales Ginecológicos:**

PAP: \_\_\_\_ Uso de hormonas previas: \_\_\_\_

Miomatosis: \_\_\_\_ CaCu: \_\_\_\_

Polipos: \_\_\_\_ Ninguna: \_\_\_\_

❖ **Cuadro Clínico:**

- Ritmo Menstrual: \_\_\_\_Regular \_\_\_\_Irregular
- Duración del sangrado: 7-14: \_\_\_\_ 15-30: \_\_\_\_ Mayor de 30: \_\_\_\_
- Dispareunia: \_\_\_\_Si \_\_\_\_No
- Cantidad del sangrado: \_\_\_\_Poco \_\_\_\_Regular \_\_\_\_Abundantes
- Alteraciones de signos Vitales: \_\_\_\_Si \_\_\_\_No

❖ **Metodos Diagnosticos:**

- Historia de la Enfermedad actual: \_\_\_\_\_
- Examen Fisico: \_\_\_\_\_
- Ultrasonido: \_\_\_\_\_
- Test Hormonal: \_\_\_\_\_
- PAP: \_\_\_\_\_
- BHC: \_\_\_\_\_
- Prueba de coagulación: \_\_\_\_\_

❖ **Manejo terapéutico:**

AINES: \_\_\_\_\_ Hormonas: \_\_\_\_\_ Antibioticos: \_\_\_\_\_ Histrectomia: \_\_\_\_\_

Legrado: \_\_\_\_\_ Legrado más biopsia: \_\_\_\_\_ Sulfato Ferroso: \_\_\_\_\_

### ANEXO 3

**Tabla 1: Edad de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013**

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
12-18	9	6.4
19-34	45	32.1
35-55	75	53.5
Mayor de 60	11	7.8
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013.

**Tabla 2: Procedencia de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013**

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Rural	65	46.4
Urbano	75	53.6
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013.

**Tabla 3: Antecedentes Patológicos Personales de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013.**

APP	Frecuencia	Porcentaje (%)
HTA	46	32.8
DM tipo 2	9	6.5
Enfermedades Tiroidea	4	2.8
Obesidad	30	21.5
Múltiple	11	7.8
Ninguna	40	28.6
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013.

**Tabla 4: Antecedentes Ginecológicos Personales de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013.**

AGO	Frecuencia	Porcentaje (%)
PAP alterado	27	19.4
Uso de hormonas previas	47	33.5
Miomatosis	38	27.3
CaCu	5	3.5
Polipos	12	8.5
Ninguna	11	7.8
Total	140	100

Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013

**Tabla 5.1: Cuadro Clínico de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013.**

Cuadro Clínico	Frecuencia	Porcentaje(%)
Ritmo Menstrual Irregular	70	50
Ritmo Menstrual Regular	70	50
Dispareunia	106	75.7
No dispareunia	34	24.2
Cantidad de sangrado Regular	82	58.5
Cantidad de sangrado Abundante	58	41.4
Alteraciones de Signo Vitales	30	21.4

Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013

**Tabla 5.2: Cuadro Clínico de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013**

Cuadro Clínico	Duración del sangrado		
	7.-14	15-30	Mayor de 30
Frecuencia	43	63	34
Porcentaje (%)	30.7	45	24.2

Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013

**Tabla 6: Métodos Diagnósticos de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013.**

<b>Métodos Diagnóstico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Historia de la enfermedad	140	100
Examen Físico	140	100
Ultrasonidos	104	74.2
Test Hormonal	1	0.7
Papanicolaou Realizados	80	57.1
Biometría Hemática Completas	140	100
Pruebas de Coagulación	70	50%

Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013

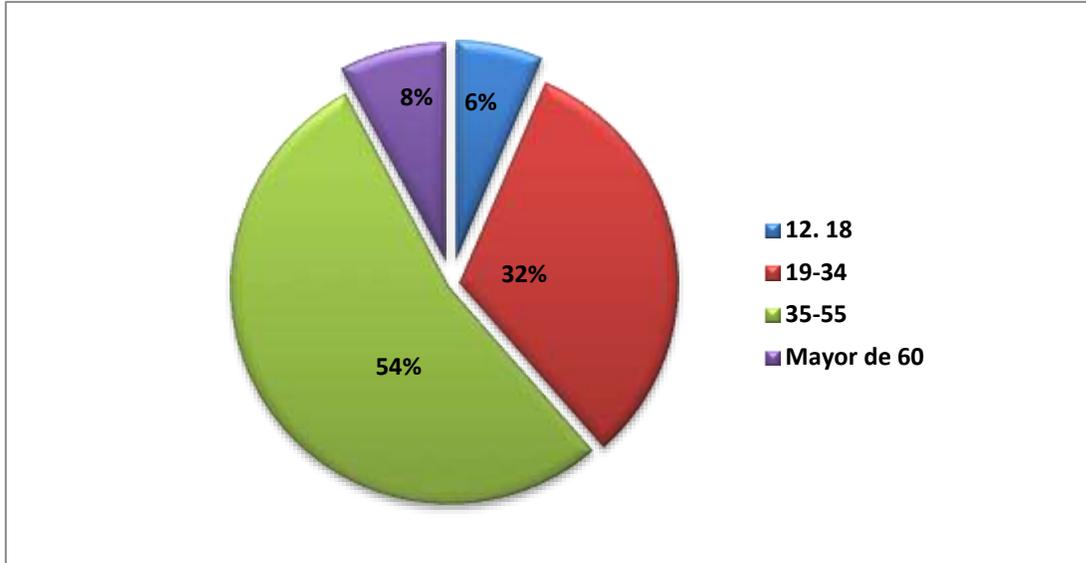
**Tabla 7: Métodos Terapéuticos de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013.**

<b>Métodos Terapéuticos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
AINES	140	100
Hormonas	19	13.5
Antibiótico	77	55
Histerectomía	38	27.1
Legrado	31	22.1
Legrado más biopsia	49	35
Sulfato Ferroso	140	100%

Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013

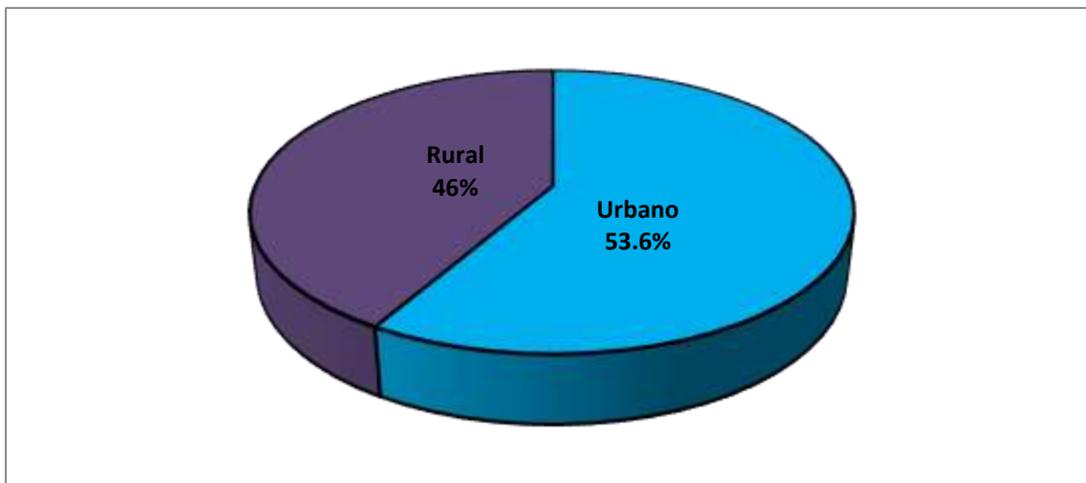
#### Anexo 4:

**Grafico 1. Edad de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales 2012-2013.**



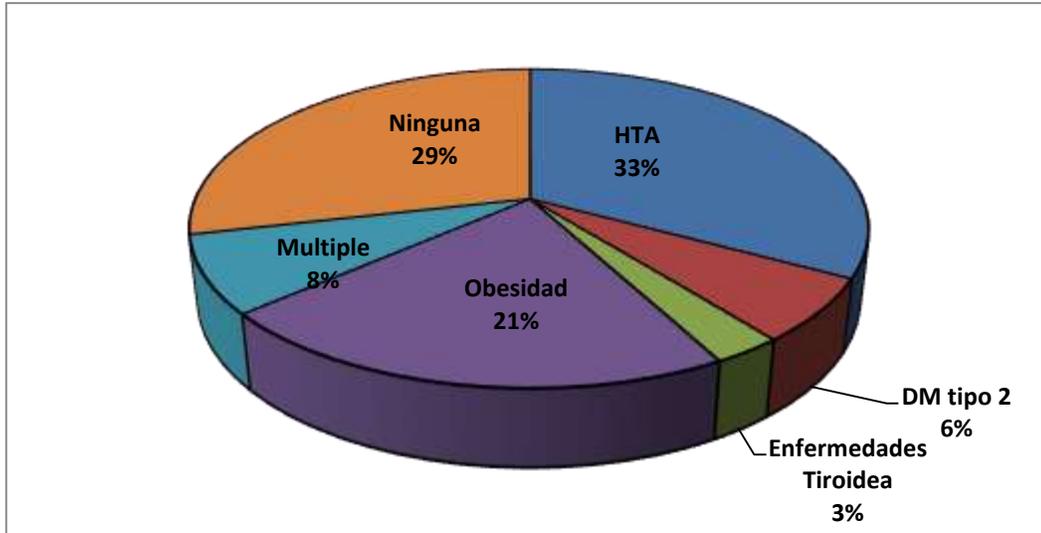
Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013.

**Grafico 2. Procedencia de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013**



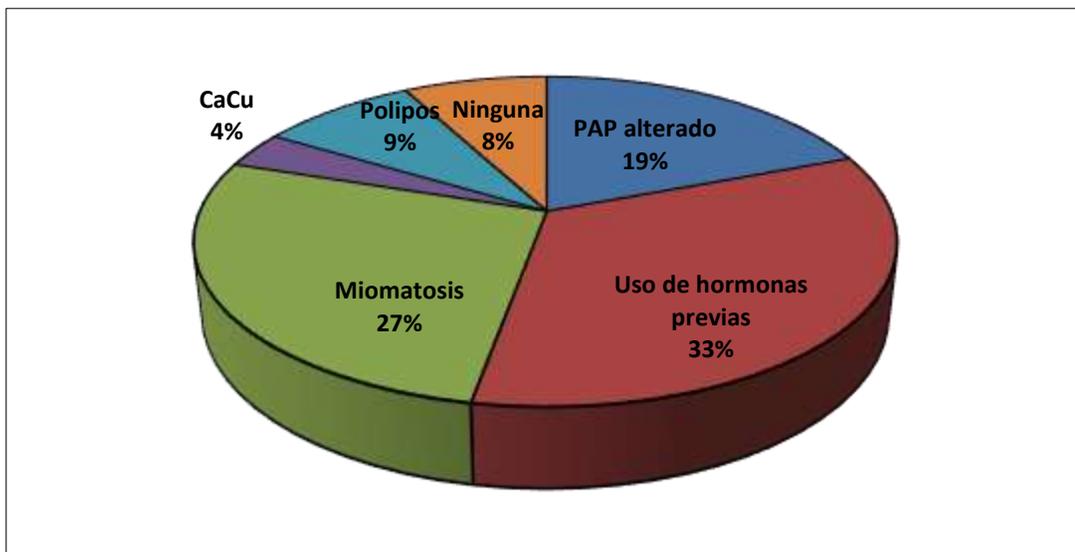
Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013.

**Grafico 3. Antecedentes Patológicos Personales de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013.**



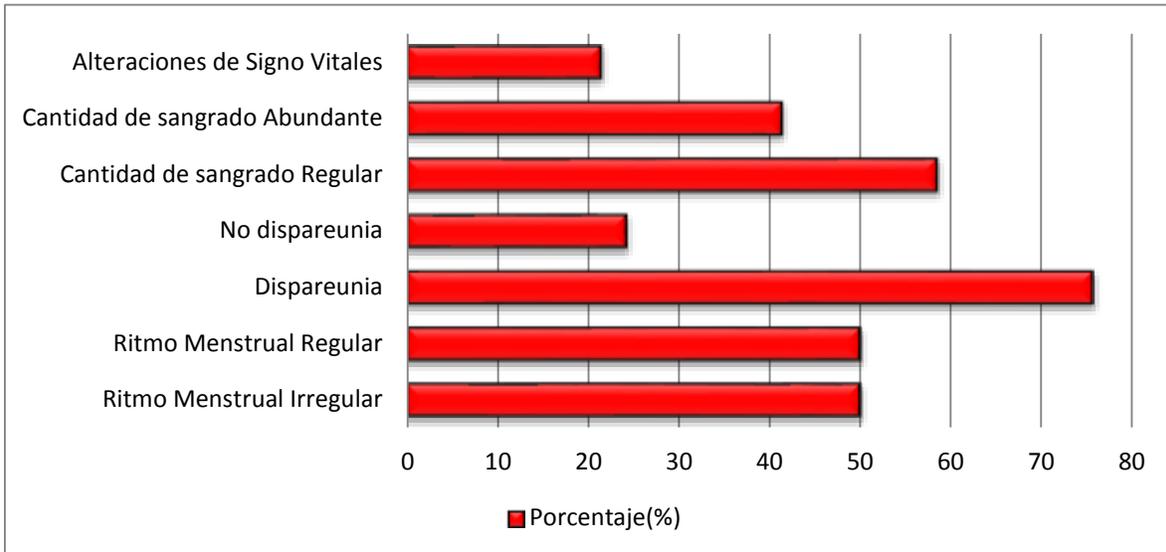
Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013.

**Grafico 4. Antecedentes Ginecobstetricos de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013**



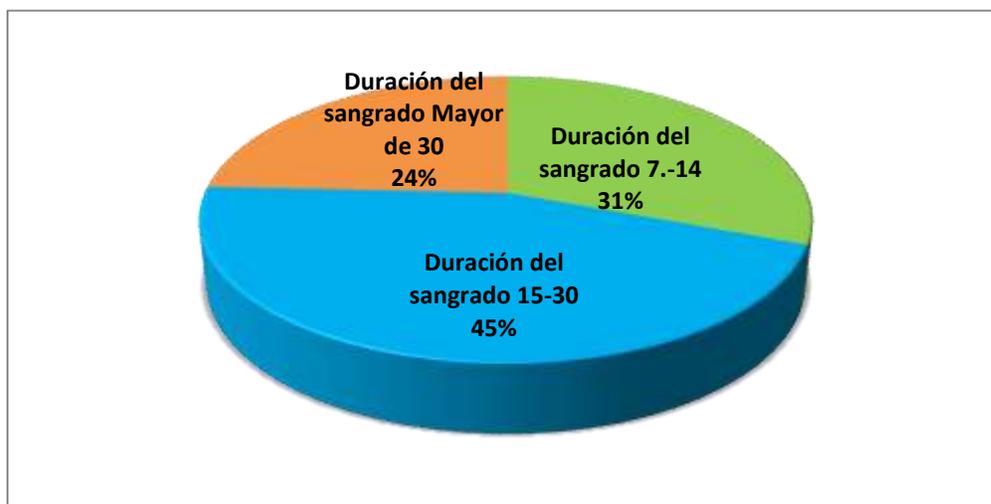
Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013

**Grafico 5. Cuadro Clinico de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013**



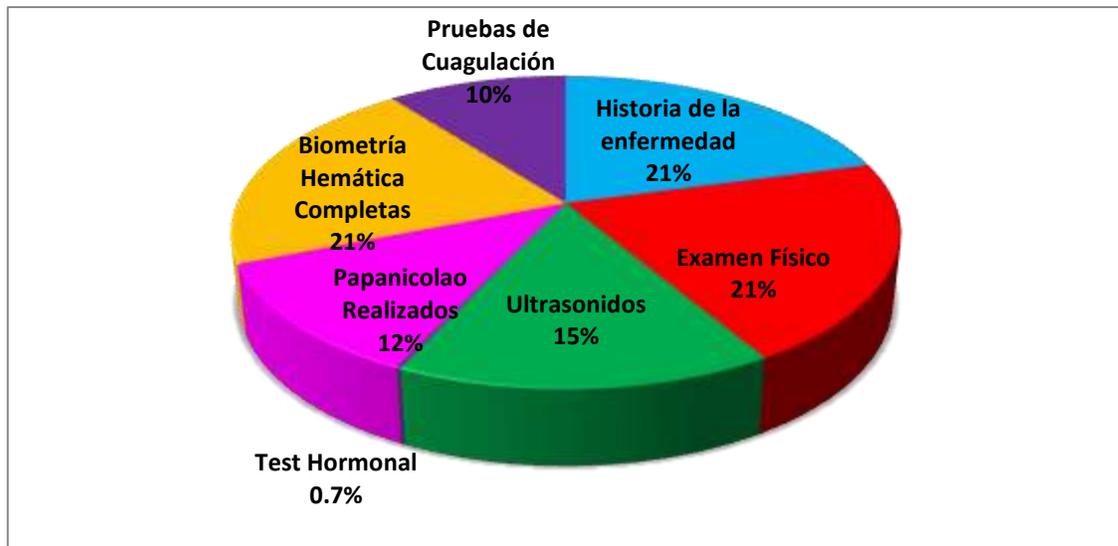
Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013

**Grafico 5.2 Cuadro Clinico de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013**



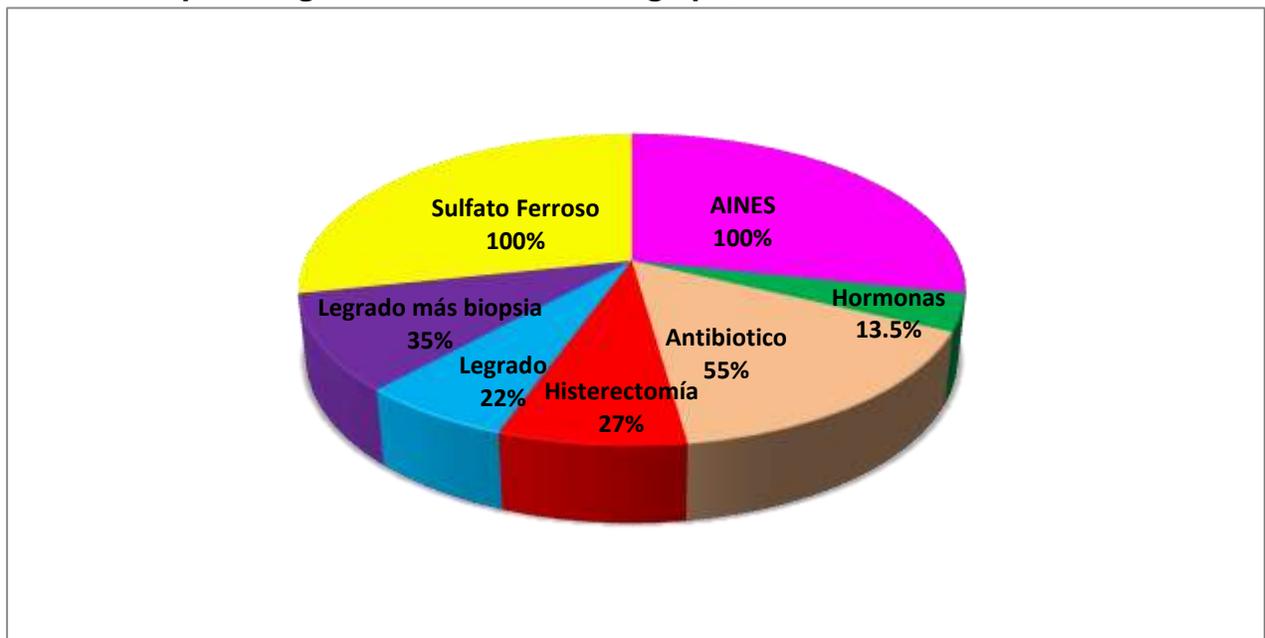
Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013

**Grafico 6: Métodos Diagnósticos de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013**



Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013

**Grafico 7: Métodos Terapéuticos de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal (SUA) en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013**



Fuente de información: Expediente Clínico de la paciente Sangrado Uterino Anormal (SUA) del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, 2012-2013