



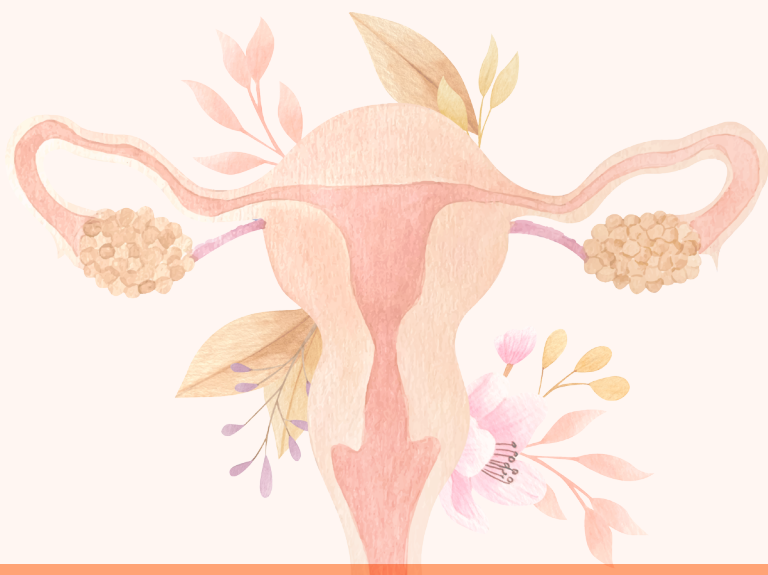
## Capítulo 2

---

# Enfoque de la hemorragia uterina anormal aguda en urgencias

**Daniela Restrepo González**

Residente de Ginecología y Obstetricia  
Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia



## Introducción

La hemorragia uterina anormal (HUA) es la principal causa de consulta ginecológica en urgencias. Esta entidad es angustiante, perturba la calidad de vida, y en casos graves es potencialmente mortal. También puede indicar la presencia de una entidad grave como el cáncer.

El rol del médico de urgencias, es descartar entidades clínicas que pongan en peligro la vida y, evitar complicaciones a

través de un abordaje diagnóstico y terapéutico, que permita estabilizar y establecer un plan de estudio adecuado y tratamiento oportuno.

## Definición

La HUA se define como cualquier sangrado de origen uterino con alteración en el volumen, duración, frecuencia o regularidad (**Tabla 1**) en ausencia de embarazo (1). Constituye un síntoma, no un diagnóstico.

Parámetro	Normal	Anormal
Frecuencia	24-38 días	Ausente: amenorrea Infrecuente: > 38 días Frecuente: < 24 días
Duración	≤ 8 días	Prolongado: > 8 días
Regularidad	Regular: entre ciclo más corto y más largo, variación ≤ 9 días	Irregular: variación entre ciclos ≥ 10 días
Volumen	5-80 ml	Abundante: > 80 ml
Sangrado intermenstrual (entre menstruaciones cíclicas)	Ausente	Presente

**Tabla 1. Características del ciclo menstrual normal.** Adaptado de *Munro M et al, The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynecol Obstet 2018; 143: 393–408.*

Aunque existen definiciones claras del sangrado menstrual normal y anormal, no hay una definición estándar de HUA aguda. Se han sugerido las siguientes:

- Sangrado excesivo y prolongado de origen uterino, suficiente para requerir intervenciones urgentes.
- Sangrado profuso que empapa una toalla sanitaria o un tampón cada 1-2 horas y continúa por ≥ 2 horas (2).

Se presenta de forma espontánea o como agudización de una HUA crónica (≥ 6 meses).

## Manifestaciones clínicas

Sangrado vaginal abundante que requiere cambio continuo de toallas higiénicas o tampones, traspasa la ropa e incluso las sábanas, acompañado de coágulos ≥ 2.5 cm. Síntomas relacionados con anemia como fatiga, palidez, cefalea, mareo, síncope, disnea y pérdida de la conciencia.

## Etiología

Puede ser multifactorial. Las condiciones que originan el sangrado dependen de la edad:

• 12-18 años: En adolescentes, la causa más común es la inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario que produce un estado de anovulación persistente. Los primeros 3 años del inicio de la vida menstrual se caracterizan por sangrados irregulares, y ocasionalmente abundantes (3). Una etiología importante en este grupo son las coagulopatías, hasta



en el 20% la causa subyacente es la enfermedad de Von Willebrand. La purpura trombocitopénica idiopática también puede presentarse con HUA (3). La Federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propone una herramienta de tamización para la detección de trastornos de la hemostasia con sensibilidad del 90% (**Tabla 2**):

1. Sangrado abundante desde la menarca
2. Uno de los siguientes:
- Hemorragia posparto
- Sangrado relacionado con cirugía
- Sangrado con procedimiento dental
3. Dos o más de los siguientes:
- Sangrado con cepillado, 1-2 veces/mes
- Epistaxis 1-2 veces/mes
- Sangrado gingival frecuente
- Historia familiar de sangrado
* La presencia de cualquiera de los anteriores requiere estudios adicionales

**Tabla 2. Detección de trastornos hemorrágicos en pacientes con HUA.** Adaptado de *Kouides PA, et al. Hemostasis and menstruation: appropriate investigation for underlying disorders of hemostasis in women with excessive menstrual bleeding. Fertil Steril 2005; 84:1345.*

• 19-39 años: Utilizar el sistema propuesto por la FIGO en 2011 para la clasificación de HUA en mujeres en edad reproductiva donde PALM corresponde a causas estructurales y COEIN a las no estructurales (Tabla 3); la etiología más frecuente de HUA abundante en este grupo son las patologías estructurales.

El cáncer de endometrio se puede presentar tempranamente (25% en premenopáusicas), por tanto, se debe evitar prescribir anticonceptivos orales combinados (ACOS) en mujeres mayores de 35 años con factores de riesgo para este cáncer (4) (**Tabla 5**).

	<b>P:</b> Pólipo		<b>C:</b> Coagulopatía
	<b>A:</b> Adeniosis		<b>O:</b> Disfunción Ovulatoria
	<b>L:</b> Leiomioma		<b>E:</b> Endometrial
	<b>M:</b> Malignidad e hiperplasia cíclicas)		<b>I:</b> Iatrogénico
			<b>N:</b> No clasificado

**Tabla 3. Sistema de clasificación PALM-COEIN.** Adaptado de *Munro M et al, The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynecol Obstet 2018; 143: 393–408.*

- *Perimenopáusicas y posmenopáusicas*: La causa más común es la atrofia endometrial. Sin embargo, la mayor preocupación es el cáncer de endometrio. Estas pacientes siempre requieren biopsia endometrial (Tabla 5). Hasta el 4% de las premenopáusicas y 11% de las postmenopáusicas tendrán como diagnóstico final malignidad endometrial (5).

## Historia clínica

Realizar una descripción detallada de las características del sangrado y de las menstruaciones previas (frecuencia, regularidad, duración y cantidad), preguntar si ha tenido episodios similares, si el sangrado inició en la fecha esperada para la menstruación, de forma prematura o retardada. Indagar por antecedentes ginecológicos (fecha de última menstruación, antecedentes obstétricos, hemorragia posparto). Preguntar sobre la posibilidad de embarazo y uso de métodos anticonceptivos, fecha y resultado de la última citología; comorbilidades, uso de medicamentos (ACOS, terapia de reemplazo hormonal y anticoagulantes), hemorragia en procedimientos previos. Evaluar la presencia de síntomas concomitantes, sangrados por otras vías, lesiones en piel y/o mucosas o historia familiar de alteraciones sanguíneas (6).

## Examen físico

Se deben tomar de forma inmediata los signos vitales (mujeres jóvenes sanas pueden presentarse inicialmente con signos vitales normales o cercanos a la normalidad a pesar de tener una pérdida sanguínea importante), por lo cual se debe realizar toma seriada. La palidez en piel y conjuntivas sugiere anemia. La hemorragia en mucosas, púrpura o petequias sugiere trastornos de la coagulación. El examen abdominal se debe enfocar en la presencia de masas abdominales, sensibilidad o signos de irritación peritoneal (presentes en enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), quiste hemorrágico de ovario, embarazo ectópico roto). Se debe realizar un tacto bimanual y vaginoscopia con espéculo para evaluar la cantidad del sangrado, descartar la presencia de cuerpos extraños, productos de la concepción, trauma, masas cervicales; identificar la forma y tamaño del útero, presencia de masas anexiales, sensibilidad a la movilización de los anexos, salida de flujo vaginal. Si la fuente de sangrado no es clara, examinar la uretra y realizar tacto rectal (6).

## Enfoque diagnóstico

Lo primero que se debe evaluar es la estabilidad hemodinámica, el volumen del sangrado y tratar de identificar la etiología. Se debe realizar cuatro preguntas básicas (6):

- ¿Se encuentra la paciente con estabilidad hemodinámica?
- ¿Qué tan abundante es el sangrado?
- ¿Está en embarazo?
- ¿Cuál es el diagnóstico más importante según la edad?

*Determinar el estado hemodinámico*: vigilancia continua de signos vitales, clasificar el grado y el índice de choque.

*Volumen del sangrado*: evaluar de forma subjetiva si el sangrado es profuso, como medida directa solicitar hemoglobina y hematocrito.

*Descartar embarazo* en todas las mujeres en edad reproductiva. Dentro de los diferenciales se encuentran el embarazo ectópico, el embarazo molar, el aborto y sus complicaciones.

*Diagnósticos diferenciales según la edad*: confirmar que la fuente del sangrado es el útero y determinar la etiología según la edad. Descartar otras causas de sangrado en el tracto reproductor femenino (atrofia vaginal, vaginitis, síndromes ulcerosos, cuerpos extraños, trauma, abuso sexual, cáncer de vulva, vagina, cérvix u ovario, cervicitis, prolapso pélvico, EPI, quiste hemorrágico roto); en tracto gastrointestinal (fisura anal, hemorroides, enfermedad inflamatoria intestinal, malignidad) o sistema urinario (infección del tracto urinario, urolitiasis, uretritis, prolapso uretral, divertículo uretral, malignidad) o secundario a enfermedad coexistente como falla hepática o renal que afectan el metabolismo de los estrógenos, la síntesis de factores de coagulación y causan trombocitopenia, conduciendo a anovulación y coagulopatía (7).

## Estudios diagnósticos

Indicación	Laboratorio
Estudios iniciales	Hemoleucograma Hemoclasificación Prueba de embarazo
Evaluación de la hemostasia*	Tiempo de protrombina Tiempo parcial de tromboplastina Fibrinógeno
Sospecha de enfermedad de Von Willebrand**	Antígeno del factor de Von Willebrand Cofactor de ristocetina Factor VIII
Estudio de anemia	Ferritina, hierro sérico y capacidad de fijación de transferrina
Origen incierto del sangrado	Sangre oculta en heces Uroanálisis

\* Paciente inestable para guiar protocolo de transfusión, sospecha de coagulopatía, anticoagulados

\*\* Criterios descritos en tabla 2

**Tabla 4. Laboratorios para la evaluación de pacientes con HUA.** Adaptado de *ACOG, Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged woman. Obstet Gynecol, 2013, vol. 557, 1-6.*

• *Ecografía pélvica transvaginal*: no modifica el abordaje en el contexto urgente. Se debe realizar una vez la paciente haya sido estabilizada. Es el método imagenológico de elección puesto que es segura, costo-efectiva y permite evaluar las causas estructurales.

• *Biopsia de endometrio*: En mujeres con HUA aguda se puede realizar mediante legrado uterino, el cual es tanto diagnóstico como terapéutico. Es preferible recolectar la muestra antes de la terapia hormonal, ya que esto puede alterar la apariencia morfológica del endometrio (2-3) (**Tabla 5**).

> 45 años: Realizar biopsia endometrial a todas las pacientes con HUA

< 45 años: Paciente con HUA y factores de riesgo para cáncer de endometrio (índice de masa corporal (IMC)  $\geq 30$  mg/m<sup>2</sup>, disfunción ovulatoria crónica, exposición a estrógenos sin oposición, uso de tamoxifeno, falla del tratamiento médico, síndrome de Lynch/Cowden)

Citología con atipia de células glandulares (AGC)

**Tabla 5. Indicaciones de biopsia de endometrio**

## Tratamiento

Los objetivos son estabilizar la paciente, controlar la hemorragia y prevenir la recurrencia.

**Paciente inestable:** estas pacientes requieren intervenciones inmediatas para lograr la estabilidad hemodinámica, después de lo cual deben ser remitidas a un hospital de II o III nivel que cuente con anestesiología, ginecología y banco de sangre.

1. *Estabilización:* incluye medidas de reanimación como evaluar y asegurar la vía aérea, garantizar una saturación de oxígeno > 92%, canalizar 2 venas con catéteres calibre 14-16, reanimación hídrica guiada por metas inicialmente con solución salina o lactato de Ringer intravenoso (IV) 500 cc en bolo; evaluar la respuesta cada 5 minutos, en caso de ser necesario se pueden repetir los bolos hasta alcanzar las metas (Presión arterial media (PAM) > 65 mmHg, presión arterial sistólica (PAS) > 90 mmHg, saturación de oxígeno > 92%, frecuencia cardíaca < 90 latidos por minuto, gasto urinario > 0,5 ml/kg/hora, hemoglobina > 7 gr/dl en población general o > 8 g/dl con coronariopatías), posteriormente continuar a 1-2 ml/kg/hora hasta lograr el control del sangrado. Dado que las soluciones isotónicas no reponen todos los componentes sanguíneos, y pueden favorecer la coagulación intravascular diseminada, lo ideal es realizar reanimación con hemoderivados a razón de 1:1:1 entre glóbulos rojos, plasma fresco congelado y plaquetas (8). Si no hay respuesta con los bolos iniciales de líquidos o con la transfusión, adicionar vasopresor.

2. *Control del sangrado:* usar como tratamiento de primera línea dependiendo de los recursos disponibles:

- Legrado ginecológico: Algunos autores lo consideran el tratamiento de elección, dado que es diagnóstico y terapéutico, a excepción de las pacientes con malformaciones arteriovenosas en quienes puede empeorar el sangrado (2). No trata la causa base, el sangrado puede recurrir y se asocia con complicaciones operatorias.

No hay estudios que comparen el legrado con el tratamiento médico en pacientes con HUA aguda, sin embargo, este último requiere mayor tiempo para el control del sangrado.

- Taponamiento uterino: se puede usar como medida temporal (remisión a alta complejidad, preparación para

legrado, llegada del cirujano), o en caso de fracaso de otras medidas. Normalmente se utiliza una sonda Foley de 26 French, llenando el balón con 30 ml, si el sangrado persiste o el útero es de mayor tamaño se puede usar balón de Bakri con capacidad de llenado de hasta 500 ml (9). También se puede realizar empaquetamiento con gasas.

Requiere sedación y analgesia para la inserción, antibiótico profiláctico de amplio espectro y analgesia por horario mientras esta in situ. Se puede dejar máximo durante 24 horas. Si no se retira para realizar otras medidas de tratamiento, se debe desinflar lentamente (20 ml/hora) (2).

- Estrógenos equinos conjugados IV: está indicado para pacientes inestables que pueden tolerar > 3 horas sin complicaciones adicionales. La mejoría del sangrado ocurre 5 horas después de la primera dosis, al promover el rápido crecimiento del endometrio denudado y estabilizar la membrana lisosomal. La tasa de éxito es del 72%. Si no mejora en 8 horas, se suspenden y se consideran otras alternativas. Si hay mejoría, se suspenden y se inicia terapia vía oral (VO) con ACOS o progestinas. Se requiere administración conjunta de un antiemético pues los principales efectos adversos son náuseas y vómito (39%) (2). En Colombia no se cuenta con este medicamento para uso venoso.

### 3. *Intervenciones adyuvantes:*

- Ácido tranexámico: las mujeres con HUA tienen niveles más altos de activadores de plasminógeno endometrial aumentando la fibrinólisis. Este medicamento actúa como antifibrinolítico al formar un complejo reversible que desplaza el plasminógeno de la fibrina inhibiendo la fibrinólisis y al bloquear la actividad proteolítica de la plasmina. Se logra el control del sangrado en 2-3 horas en el 26-60% (9).

A pesar de las preocupaciones sobre el mayor riesgo de tromboembolismo, parece ser seguro. Algunos estudios reportan tasas de trombosis similares a las de la población general (9). No se dispone de datos sobre este riesgo cuando se administra simultáneamente con tratamientos hormonales. Esta combinación debe realizarse con cuidado.

- AINES: actúan reduciendo los niveles de prostaglandinas endometriales y promoviendo la vasoconstricción uterina. Reducen el sangrado en el 20%-50%. En pacientes con trastornos hemorrágicos deben evitarse por su efecto

antiagregante plaquetario (3).

#### 4. Medidas de segunda línea:

- Embolización de arterias uterinas: Útil cuando fallan las medidas iniciales, es una alternativa previa a la histerectomía. En quienes se sospecha malformación arteriovenosa es la primera línea (2). Se desconoce el efecto sobre la reproducción a largo plazo, no se recomienda en pacientes con paridad insatisfecha.

- Ablación endometrial: requiere descartar malignidad previamente, no se encuentra ampliamente disponible, se asocia a infertilidad. No se recomienda en pacientes con paridad insatisfecha. Se usa con poca frecuencia.

- Histerectomía: considerar en pacientes que tengan paridad satisfecha, cuando han fallado las otras líneas de manejo dado que existe mayor riesgo de complicaciones intra y posoperatorias cuando se realiza en este escenario.

3. *Prevenir la recurrencia:* una vez el episodio agudo se ha controlado, se debe definir el tratamiento a largo plazo. Si la paciente estaba recibiendo inicialmente estrógenos equinos conjugados, se sugiere hacer la transición a progestinas orales o ACOS, no se deben usar estrógenos sin oposición a largo plazo. Otras opciones son el dispositivo intrauterino hormonal, acetato de medroxiprogesterona de depósito, AINES, ácido tranexámico o intervenciones quirúrgicas diferidas según sea el caso.

**Paciente estable:** el sangrado es generalmente autolimitado, no se requiere un tratamiento emergente.

- Estrógenos equinos conjugados VO: Se espera que se logre el control del sangrado 10 horas posterior a su administración en aproximadamente 72% de los casos. Requieren antiemético. No se sugiere continuar este tratamiento por > 21 días, una vez que se suspende se debe continuar con ACOS o progestinas VO en dosis usuales (1-2).

Son más efectivos que los ACOS o las progestinas, porque los progestágenos inhiben la síntesis de los receptores de estrógenos y aumentan la enzima estradiol deshidrogenasa, lo que impide la rápida proliferación del endometrio desnudo inducida por estrógenos. (2).

- ACOS VO a dosis altas: útil en pacientes que pueden esperar 48 horas sin presentar complicaciones adicionales. Se puede usar cualquier ACO monofásico que contenga 30- 35 mcg de etinilestradiol. Son exitosos en 40-88% de los casos. La hemorragia mejora en 2 días, luego de lo cual se realiza desmonte progresivo (1-2) (Tabla 6), requieren antiemético concomitante. Al finalizar el esquema, se continua con una píldora diaria hasta finalizar la caja, se pueden continuar para prevenir recurrencias.

- Altas dosis de progestinas: primera línea en pacientes estables con sospecha de sangrado por anovulación o contraindicación para el uso de estrógenos. En aquellas pacientes con un endometrio engrosado, las progestinas inhiben el crecimiento, reorganizan y dan soporte al endometrio, permitiendo un desprendimiento eficaz tras la suspensión. Su eficacia es del 50-76% (1-2). Se deben continuar por 5-10 días. La mejoría del sangrado ocurre en 3 días.

- Análogos de GnRH: Se usan como segunda línea o como medida temporal mientras se planea una intervención quirúrgica.

- Agonistas de GnRH: Aumento inicial de FSH y LH, por lo que pueden incrementar el volumen de sangrado, el uso conjunto de ACOS previene este efecto. Usar solo en pacientes que toleran sangrado abundante varios días. El control del sangrado se logra en 1 semana (2).

- Antagonistas de GnRH: No se ha evaluado su uso en el escenario de HUA aguda (2).



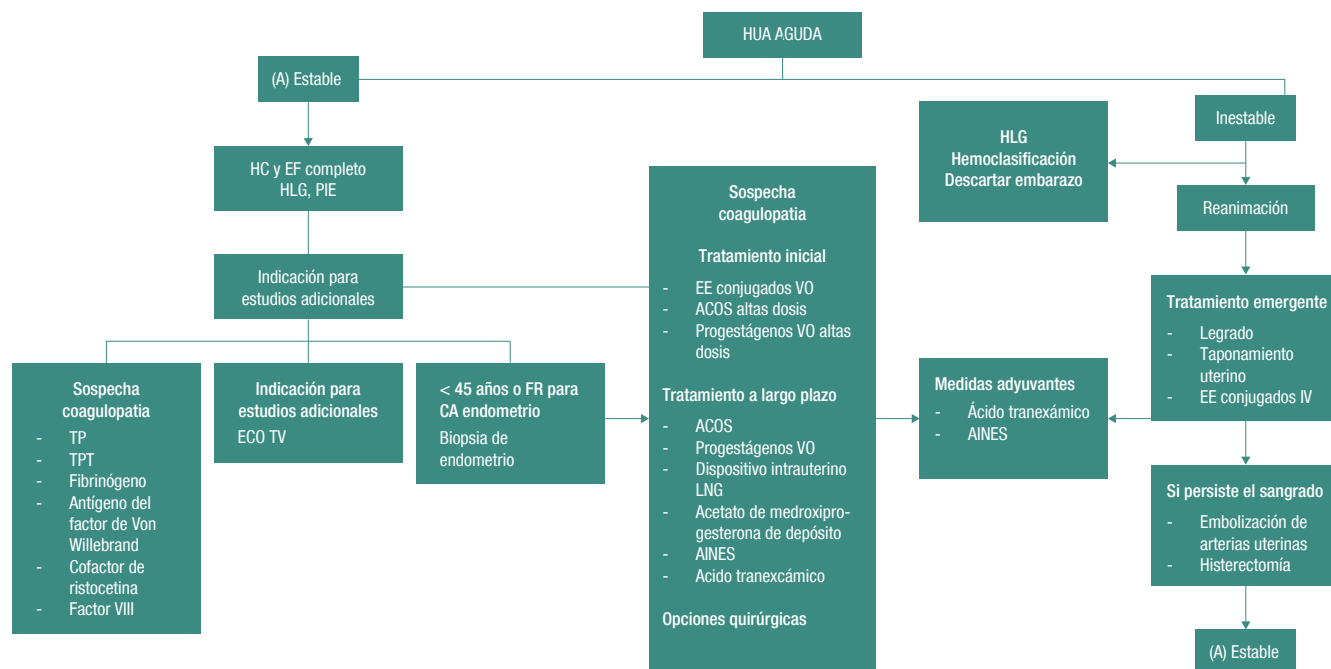
Medicamento	Dosis	Esquema	Contraindicaciones
<b>Estrógenos equinos conjugados</b>	25 mgr IV 2.5 mgr VO	Cada 4-6 horas por 24 horas Cada 6 horas hasta sangrado mínimo	Antecedente o cáncer de mama activo, antecedente de trombosis venosa/arterial o trombosis activa, disfunción hepática. Precaución: enfermedad cardiovascular o factores de riesgo para trombosis.
<b>ACOS</b>	Cualquier ACO monofásico con 30-35 mcgr de etinilestradiol	5 píldoras día 1, 4 píldoras día 2, 3 píldoras día 3, 2 píldoras día 4, 1 píldora día 5	Antecedente o cáncer de mama activo, antecedente de trombosis venosa/arterial o trombosis activa, disfunción hepática, hipertensión no controlada, enfermedad cardíaca valvular complicada, fumadoras > 35 años, migraña con aura, cirugía mayor o inmovilización
		1 píldora cada 8 horas por 7 días	

Continúa en la siguiente página.



Progestinas			
Acetato de medroxiprogesterona	10-20 mgr VO	Cada 8 horas por 5-10 días	Antecedente o cáncer de mama activo, antecedente de trombosis venosa/ arterial o trombosis activa, disfunción hepática.
Acetato de megestrol	20-60 mgr VO	Cada 12 horas por 5-10 días	
Noretindrona	5 mgr VO	Cada 12 horas por 5-10 días	
Ácido tranexámico	10 mgr/kg (máximo 600 mgr) IV ó 1000 r IV <sup>(12)</sup>	Cada 8 horas por 5 días	Enfermedad trombótica o tromboembólica activa. Precaución: antecedente de trombosis y uso concomitante con ACOS.
	1 gr VO	Cada 6 horas por 5 días	
		Cada 8 horas por 5 días	
AINES			
Ibuprofeno	200-400 mgr VO	Cada 6-8 horas por 5 días	Enfermedad renal grave. Precaución: antecedente úlcera gástrica, trastornos de la hemostasia.
Naproxeno	250-500 mgr VO	Cada 6-8 horas por 5 días	
Ácido mefenámico	500 mg VO	Cada 8 horas por 5 días	

**Tabla 6. Tratamiento farmacológico de la HUA aguda.** Adaptado de *ACOG, Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged woman. Obstet Gynecol*, 2013, vol. 557, 1-6.



**Figura 1. Algoritmo de diagnóstico y tratamiento HUA aguda.** Adaptado de Borhart J, et al. *Emergency department management of vaginal bleeding in the nonpregnant patient. EB Medicine. 2013, Volume 15, Number 8, 1-20.*

## Conclusiones

La HUA aguda pone en peligro la vida de las mujeres, requiere un enfoque adecuado y un tratamiento expedito para lograr disminuir la morbilidad asociada. Es fundamental estabilizar a la paciente rápidamente, identificar la causa, brindar tratamiento inicial y prevenir las recurrencias.

## Bibliografía

1. ACOG, Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged woman. *Obstet Gynecol* 2013; 557:1-6.
2. Howard A. Managing an episode of acute uterine bleeding. *UpToDate*. 2022; 1-31
3. Borhart J, et al. Emergency Department Management Of Vaginal Bleeding In The Nonpregnant Patient. *EB Medicine*. 2013;15:8, 1-20.
4. McCuskey C, et al. Abnormal vaginal bleeding in the nonpregnant patient. *Emerg Med Clin N Am*. 2003;21(3):751-772
5. Clark TJ, et al. Accuracy of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer and hyperplasia: a systematic quantitative review. *JAMA* 2002; 288:1610.
6. Borhart J. Approach to the adult with vaginal bleeding in the emergency department. *UpToDate*. 2022; 1-29
7. Hoffman BL, et al. *Williams Gynecology*. Sangrado uterino anormal. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2022; 1-45.
8. Butwick AJ, et al. Transfusion and coagulation management in major obstetric hemorrhage. *Curr Opin Anaesthesiol* 2015; 28:275.
9. ACOG, Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding. 2019;785: 1-13

---

**10.** Lumsden MA, et al. Tranexamic acid therapy for heavy menstrual bleeding. *Expert Opin Pharmacother*. 2011;12(13):2089-2095.

**11.** Bradley LD, Gueye NA. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214:31.

**12.** Singh S et al. Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. *JOCG*. 2013; 292, 1-25.