



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

Tesis de Grado

**Previa a la obtención del Título de:
MEDICO CIRUJANO**

TEMA:

**Sangrado Transvaginal No Obstétrico Y Calidad De Vida De Pacientes Que
Acuden A Consulta Externa De Ginecología Del Hospital Verdi Cevallos Balda
Enero - Junio 2013.**

AUTORES:

**MONCAYO ZAMBRANO KAREN LISSETTE
SOLÓRZANO LÓPEZ LUISANA BELÉN**

Directora de Tesis:

Dra. Carmen Campuzano Icaza

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2013

TEMA:

**Sangrado Transvaginal No Obstétrico Y Calidad De Vida De Pacientes Que Acuden A Consulta Externa De Ginecología Del Hospital Verdi Cevallos Balda
Enero - Junio 2013.**

DEDICATORIA

A DIOS. Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre Mary Alicia. Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre José. Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante, gracias a sus esfuerzos por darme un buen futuro.

A mis familiares. A mi Abuelita Neyra que ya se encuentra en el cielo, y desde ahí me cuida y protege siempre, A mi hermana Alicia por ser el ejemplo de una hermana mayor, mi mejor amiga y de la cual aprendí aciertos y de situaciones difíciles. A mi hermano Hoss por los momentos de alegría y complicidad que compartimos día a día, y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

Karen Moncayo Zambrano

DEDICATORIA

A Dios, quien con su infinita bondad y amor, me ha permitido llegar hasta este punto tan especial en mi vida brindándome salud y perseverancia para lograr alcanzar mis objetivos y metas fijadas.

A Narcisa y Magno mis padres, por inculcarme sus consejos, valores y motivación constante, apoyándome en cada etapa de mi vida, logrando así, superar los obstáculos que se presentaron en el trayecto de este largo caminar realizando uno de mis sueños propuestos.

A Ana Paula mi hija, y a cada uno de los miembros de mi familia que de forma directa o indirecta intervinieron en la elaboración de esta tesis.

Luisana Solórzano López

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso por darnos el don de la sabiduría y fortaleza, necesaria para poder llegar hasta aquí, superando las distintas murallas que se presentaron en el trayecto de este largo recorrido.

A la Universidad Técnica de Manabí por abrirnos las puertas del saber, la cual sin su acogida no hubiese sido posible cumplir esta meta.

A la Facultad de Ciencias de la salud y al mismo tiempo a la Carrera de Medicina por brindarnos todas las facilidades de estudios, dándonos la oportunidad de superarnos en esta rama.

Al grupo de profesionales, quienes impartieron sus conocimientos y experiencias para así formarnos de manera correcta.

A nuestros Padres, quienes siempre estuvieron pendientes de las etapas de superación dándonos su apoyo para poder alcanzar la cima.

Nuestros más sinceros reconocimientos de gratitud a la Dra. Carmen Campuzano, Directora de tesis; al Dr. Hugo Loor, Presidente de tesis; Dr. Fidel Mendoza, Miembro de tesis y a la Lcda. Miriam Barreto Miembro de tesis y tribunal de reunión por su invaluable colaboración en el desarrollo de la misma.

Al Dr. José Rivadeneira que con su aporte de ideas y conocimientos contribuyó de forma importante en la realización de esta investigación.

Al tribunal de sustentación que contribuyeron a la culminación de este trabajo.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, **DRA. CARMEN CAMPUZANO** tengo a bien certificar que la tesis de grado titulada **SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ENERO-JUNIO 2013**, realizada por Moncayo Zambrano Karen Lissette y Solórzano López Luisana Belén, se encuentra concluida en su totalidad.

El presente trabajo es original de los autores y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de Médico Cirujano.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente,

Dra. Carmen Campuzano Icaza

DIRECTORA DE TESIS

UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO Y CALIDAD DE VIDA
DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ENERO-
JUNIO 2013**

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MEDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL TRIBUNAL

Dr. Bosco Barberán Mera
DECANO DE LA FACULTAD

Ab. Yandry Sabando García
ASESOR JURÍDICO

Dr. Hugo Loor
PRESIDENTE DE TESIS

Dra. Carmen Campuzano
DIRECTORA DE TESIS

Dr. Fidel Mendoza
MIEMBRO DE TESIS

Lcda. Miriam Barreto
MIEMBRO DE TESIS

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACION.

Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de tesis titulado **“Sangrado Transvaginal No Obstétrico Y Calidad De Vida De Pacientes Que Acuden A Consulta Externa De Ginecología Del Hospital Verdi Cevallos Balda Enero - Junio 2013”** se realizó con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados por el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

Dr. Hugo Loor

PRESIDENTE DE TESIS

Dr. Fidel Mendoza

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Miriam Barreto

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARACIÓN DE AUTORIA

Nosotros, Moncayo Zambrano Karen Lissette y Solórzano López Luisana Belén, egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado **SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ENERO - JUNIO 2013** es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión de la Directora Dra. Carmen Campuzano.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en esta Tesis, pertenecen exclusivamente a las autoras.

Karen Moncayo Zambrano

CC. 131090940-1

AUTORA

Luisana Solórzano López

CC. 131004695-6

AUTORA

Resumen

A través de un estudio prospectivo descriptivo se planteó como objetivo general “Determinar la calidad de vida de las pacientes con sangrado transvaginal no obstétrico que acuden a consulta externa de Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda Enero - Junio 2013” y los específicos: 1) Determinar la prevalencia de Sangrado Transvaginal no obstétrico en el grupo de estudio. 2) Establecer el perfil y tratamiento según el tipo de patología que desencadene el sangrado transvaginal no obstétrico. 3) Identificar los factores que intervienen en la calidad de vida de las pacientes con sangrado transvaginal no obstétrico. 4) Diseñar un plan de consejería para las pacientes de la consulta externa del área de Ginecología.

Se estudió el universo constituido por 269 pacientes de las cuales entrevistó a 100 de ellas, muestra estadísticamente significativa, obteniéndose los siguientes resultados: La prevalencia de sangrado transvaginal no obstétrico correspondió al 23% del total de pacientes atendidas desde Enero a Junio del 2013. La edad de presentación fue de 40 a 49 años (34%). El estado civil que predominó fue unión libre con el 38% de los casos. La escolaridad primaria y superior predomina con el 34% cada una. De acuerdo a la procedencia el grupo urbano representó el 64% y el rural el 36%. En cuanto a la patología que predominó la consulta fue la miomatosis uterina con el 37% y al sangrado uterino disfuncional con el 18%. El tratamiento que recibieron estas pacientes fue en su mayoría de tipo clínico con el 67% de los casos. La calidad de vida fue calificada como regular con una valoración promedio de 45 puntos, en una escala de 0 a 100, lo cual se evidenció en la disminución de sus actividades físicas mentales y sociales. Como objetivo final de la investigación se diseñó un plan de consejería para mejorar el reconocimiento de la patología por parte de las pacientes.

PALABRAS CLAVES:

SANGRADO UTERINO ANORMAL, FACTORES DE RIESGO, MIOMATOSIS UTERINA, HISTERECTOMÍA.

Summary

Through a prospective study raised general objective "To determine the quality of life of users with non-obstetric bleeding transvaginal attending outpatient Gynecology Verdi Cevallos Balda Hospital January - June 2013" and specific : 1) determine the prevalence of non-obstetric Transvaginal bleeding in the study group. 2) Set the profile and treatment according to the type of pathology that triggers non-obstetric Transvaginal bleeding. 3) Identify the factors that affect the quality of life of patients with non-obstetric Transvaginal bleeding. 4) Develop a Counseling plan for patients of outpatient gynecology area. The universe consists of 269 patients of which 100 are interviewed, shows statistically significant, with the following results: The prevalence of non-obstetric Transvaginal bleeding corresponded to 23% of all patients seen from January to June of 2013. The age at presentation was 40-49 years (34%). Marital status was cohabiting predominated with 38% of cases. The primary and higher education dominates with 34% each. According to the source the group accounted for 64% urban and 36% rural. On the condition that the consultation was dominated uterine fibroids with 37% and dysfunctional uterine bleeding with 18%. The treatment that these patients received was mostly clinical type with 67% of cases. Quality of life was rated as fair with an average valuation of 45 points, on a scale of 0-100, which was evident in the decline of their mental physical and social activities. As a final goal of the research program was designed counseling to improve recognition of the disease by the patients.

KEYWORDS:

ABNORMAL UTERINE BLEEDING, RISK FACTORS, UTERINE FIBROIDS, HYSTERECTOMY.

ÍNDICE

DEDICATORIAS.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
CERTIFICACIONES.....	vi
DECLARACIÓN.....	ix
RESUMEN.....	x
SUMMARY.....	xi
INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	6
MARCO TEORICO.....	7
VARIABLES.....	39
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	40
DISEÑO METODOLOGICO.....	45
Tipo de estudio.....	45
Universo.....	45
Criterios de inclusión.....	45
Criterios de exclusión.....	45
Técnicas de recolección de información.....	45
Análisis e interpretación de resultados.....	46
Recursos humanos.....	46
Recursos tecnológicos.....	46
Recursos materiales.....	46

PRESUPUESTO.....	47
RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	48
CONCLUSIONES.....	65
RECOMENDACIONES.....	66
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	67
BIBLIOGRAFIA.....	69
ANEXOS.....	74

INTRODUCCIÓN

La hemorragia uterina anormal es una de las principales causas de consulta ginecológica en adolescentes. El 50% de los casos se presenta en mujeres entre 40 y 50 años de edad, en período perimenopáusico. Un 30% de las afectadas están en edad reproductiva, entre 20 y 39 años de edad y aproximadamente el 20% de los casos se presenta en adolescentes entre 13 y 20 años de edad que no ovulan.¹

La hemorragia uterina disfuncional o anovulatoria constituye una causa importante de hemorragia en la mujer adulta, su diagnóstico es de exclusión, se estima que alrededor de 10 millones de mujeres en México sufren de hemorragia uterina y anualmente solo 6 millones de ellas buscan atención médica.

Los miomas uterinos son tumoraciones comunes que pueden causar metrorragias importantes, síntomas pélvicos y trastornos reproductivos. La incidencia de miomas tiene su expresión máxima en la cuarta década de la vida. La prevalencia de los miomas uterinos varía ampliamente en función de la edad y la mezcla de razas de las poblaciones en estudio, así como del método utilizado para su detección. Un estudio de Estados Unidos halló una incidencia mayor del 66% a partir del estudio ecográfico de mujeres de alrededor de 40 a 50 años de edad. La ecografía es muy sensible para detectar miomas, pero no todos los tumores son clínicamente importantes. La prevalencia de los miomas con importancia clínica fue estimada en 50% en las mujeres afroamericanas y 35% entre las mujeres de raza blanca.

En nuestro país son muy frecuentes; en un estudio se ha establecido que de 100 mujeres sometidas a histerectomía se encontraron miomas en el 77%. En una muestra aleatorizada de mujeres entre los 35 y 49 años, se encontró que, a los 35 años, la incidencia de miomas fue del 60% en las participantes de raza negra; la incidencia aumentó a más del 80% a los 50 años. Las mujeres blancas presentaron una incidencia de miomas del 40% a los 35 años y de aproximadamente el 70% a los 50 años.

Es difícil establecer con seguridad la incidencia real del sangrado transvaginal no obstétrico porque a menudo se realiza tratamiento hormonal sin haber practicado un

¹Lugones Botell, Miguel, Prado González, José y Calzada Occeguera, María A. Experiencias de la Consulta de Ginecología Infanto-Juvenil. Rev. Cubana Med.

estudio completo del caso y sin haber descartado con seguridad lesión orgánica. Aproximadamente el 50% de las pacientes tienen más de 45 años, el 25% son adolescentes y el 30% están en edad genésica. El 35% de las hemorragias que aparecen en mujeres post-menopáusicas son de tipo disfuncional. El sangrado uterino anormal puede ser causado por patologías a nivel uterino, alteraciones hormonales y embarazo por lo que debe estudiarse cada área separadamente².

Existe un deterioro en la calidad de vida de las pacientes, en las cuales se encuentra afectado a más del estado físico, el psicológico y emocional, secundario a la existencia de sintomatología ginecológica, lo cual es un motivo de consulta frecuente en el sub proceso de Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda.

Lo habitual en el estudio de estas pacientes fue la aplicación de cuestionarios de síntomas y de la calidad de vida que permitieron obtener una aproximación de la severidad del padecimiento y del impacto de éste en la calidad de vida.

En el presente estudio se cuantificó el impacto que generó en la calidad de vida la presencia de sintomatología ginecológica, y el comportamiento de dicho aspecto luego de realizar tratamiento. Esto con el fin de evaluar la efectividad del mismo, además de definir este tipo de relación existente entre la severidad de los síntomas con la calidad de vida antes y después del tratamiento.

La metodología que se utilizó en el presente estudio fue de tipo descriptivo prospectivo; entre las técnicas de recolección de datos que se utilizaron en el presente estudio destaca la entrevista a las pacientes atendidas en Hospital Verdi Cevallos Balda.

²Bulun SE. The physiology and pathology of the female reproductive axis. In: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM, eds. *Williams Textbook of Endocrinology*. 12th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier;2011:chap 17.

JUSTIFICACIÓN

La hemorragia uterina anormal es la segunda causa de consulta ginecológica con el 5 al 20% de las consultas, después de las infecciones cervicovaginales, por su origen puede ser de tipo anatómica o disfuncional. El término abarca tanto el sangrado excesivo como el escaso, el primero es más frecuente y su estudio ha sido motivo de múltiples comunicaciones científicas.

Teniendo en cuenta la magnitud del problema, y el deterioro en la calidad de vida de las pacientes con la patología, es necesario tener un conocimiento en nuestro medio del impacto que se presenta en la calidad de vida de las mismas. El concepto de calidad de vida es importante dentro de la evaluación global de las pacientes y es un factor importante a tener en cuenta como un aporte en la evaluación de resultados de las intervenciones en salud. El proyecto propuesto se realizó por ser un problema que afecta a muchas mujeres de diferente edad a nivel local, nacional, e internacional.

La realización de exámenes diagnósticos constituye un soporte valioso para el beneficio de las pacientes que acuden a un centro hospitalario por presentar sangrado uterino anormal, y de gran ayuda para los ginecólogos en general que deben estar familiarizados con el aspecto de calidad de vida en la toma de decisiones clínicas que conduzcan a una evaluación más completa y global de las pacientes, y a un tratamiento individualizado.

Surge así el interés de realizar este estudio, con la finalidad de conocer la patología que desencadena el sangrado transvaginal no obstétrico y la calidad de vida en pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda (HVCB).

El propósito de este trabajo es proporcionar una herramienta de información eficaz en la formación de futuras generaciones, para que sea tomado como referencia de nuevos aprendizajes, y así mismo que contribuya como base para la realización de otros estudios de calidad de vida relacionados a la salud.

La realización de este trabajo tiene como objetivo además cumplir con lo estipulado en la ley según la SENESCYT para llegar a la obtención del título de profesional de Médico Cirujano.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos del sangrado menstrual pueden ser importantes problemas sociales y médicos para las mujeres. Constituye la segunda enfermedad ginecológica más frecuente que resulta en derivación al hospital, aportando con el 12% de todas las derivaciones ginecológicas y con un costo moderado para el servicio de salud. Las mujeres representan un sector principal de la población activa en el mundo desarrollado, cualquier patología que afecte su salud repercute en forma importante en el ámbito económico y personal.

El sangrado uterino anormal se puede presentar en un alto porcentaje de la población femenina y su manejo depende no sólo del ámbito ginecológico, ya que al estar involucradas diversas patologías se requiere que su estudio y tratamiento sea multidisciplinario. Para el abordaje de este trabajo se tomara en cuenta varios factores como son: la edad de la paciente, el estado civil, la procedencia así como su nivel de escolaridad. Se mencionan las vías y rutas para su estudio y las diferentes pautas de tratamiento.

En la paciente premenopáusica y en edad fértil debe descartarse en primer término la posibilidad de embarazo, una vez descartado, la causa más frecuente es la hemorragia disfuncional por ciclos anovulatorios y a medida que se avanza en edad deben tenerse en cuenta otras etiologías como los leiomiomas submucosos, la hiperplasia del endometrio, los pólipos y el carcinoma endometrial que es frecuente en la mujer peri y postmenopáusica sin tratamiento de reemplazo hormonal debe descartarse la posibilidad de carcinoma de endometrio, si bien la causa en este grupo etáreo es la atrofia. En ambos grupos, pre y post menopausia, hay otras causas a tener en cuenta como la presencia de un cuerpo extraño, los traumatismos, las infecciones y la iatrogenia. Por lo que es necesario realizar un diagnóstico etiológico para dar el tratamiento adecuado sea este clínico o quirúrgico.

El sangrado transvaginal no obstétrico se presenta muy a menudo en nuestra población y esto altera en gran parte la calidad de vida, debido a que no reciben de forma oportuna el tratamiento adecuado según la etiología desencadenante de esta entidad, lo que afecta notablemente el desenvolvimiento en la sociedad.

Con esta patología las mujeres de nuestra sociedad ven afectada su calidad de vida, lo que se refleja en el subproceso de Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda al cual llegan a consulta pacientes con sangrado uterino anormal. Los síntomas asociados a este sangrado son el principal motivo por el cual las pacientes buscan la atención médica, además que ésta permitirá al ginecólogo definir cuándo y de qué manera plantear el tratamiento correcto.

Delimitación del Problema

Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, con las pacientes con sangrado transvaginal no obstétrico que acuden a la consulta externa de Ginecología de Enero a Junio del 2013.

Formulación del Problema

¿Cómo afecta el sangrado transvaginal no obstétrico la calidad de vida en las pacientes que acuden a consulta externa de ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda de Enero a Junio del 2013?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida de las pacientes con sangrado transvaginal no obstétrico que acuden a consulta externa de Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda de Enero a Junio del 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia de Sangrado Transvaginal no obstétrico en el grupo de estudio.
2. Establecer el perfil y tratamiento según el tipo de patología que desencadene el sangrado transvaginal no obstétrico.
3. Identificar los factores que intervienen en la calidad de vida de las pacientes con sangrado transvaginal no obstétrico.
4. Diseñar un plan de consejería para las pacientes de la Consulta Externa del área de Ginecología.

MARCO TEÓRICO

El ciclo menstrual se define con una duración promedio de 28 días, presentándose en la mayoría de las mujeres entre 25 y 30 días. Se debe tener como límite de normalidad un margen de 21 a 35 días. Por convención se define el primer día del ciclo como el primer día de la menstruación, y el fin del ciclo al día que antecede a la menstruación siguiente.³

Existen tres características fundamentales del ciclo menstrual normal a saber: Ciclicidad, regularidad y espontaneidad. La ciclicidad se refiere a la repetición de eventos hormonales y endometriales característicos con una periodicidad determinada; la regularidad se refiere a la semejanza en la duración de ciclos sucesivos, que en general, no deben variar más de 3 días entre ellos. Y la espontaneidad dice relación con la ocurrencia natural de los eventos involucrados en el ciclo ovulatorio.

Estas tres características implican una coordinación adecuada de la secreción hormonal del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y sus señales de regulación, así como una respuesta consecuente del endometrio. Es decir, la función cíclica del ovario depende de la secreción pulsátil de GnRH hipotalámico (factor liberador de gonadotrofinas), de la normalidad de la función hipofisiaria, y de la indemnidad de los ovarios mismos, tanto anatómica como de los sistemas locales autocrinos y paracrinos. Cada ciclo menstrual lleva a la maduración de varios folículos, uno de los cuales será expulsado del ovario en forma de ovocito con su cumulo oóforo, proceso llamado ovulación.

La menstruación corresponde al flujo sanguíneo cíclico que ocurre como consecuencia de ciclos ovulatorios; es decir, implica necesariamente cambios proliferativos (inducidos por la acción de estrógenos) y secretores (inducidos por la acción de progesterona) del endometrio. Su duración usual es de 4 a 6 días, pudiendo

³Reproductive Endocrinology, Surgery, and Technology. Ed: Eli Y Adashi, John A Rock, Zev Rosenwaks. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia. Section 12. Disorders of the hypothalamic pulse generator: insufficient gonadotropin release.

ser normal de 2 a 7 días. El volumen menstrual habitual es de 10-40 ml, considerándose anormal cuando supera los 80 ml. ([Anexo 1](#))

Un sangrado que no es consecuencia de un ciclo ovulatorio, o que ocurre en un momento diferente al de la menstruación fisiológica, debe ser considerado como un trastorno menstrual.

Los sangrados uterinos anormales producen un impacto en la vida de muchas mujeres, en el Reino Unido 1 de cada 20 mujeres de 30 años consulta a su médico general cada año por episodios de menorragias y 1 de cada 5 mujeres recibirán una histerectomía antes de los 60 años, siendo el 50% realizadas debido a sangrado uterino anormal. En total se estima que la mitad de estas mujeres presentan úteros normales.⁴

El Sangrado uterino anormal (SUA) se define por los cambios en la frecuencia de la menstruación, la duración del flujo o la cantidad de sangre perdida. La hemorragia uterina anormal (HUA) constituye una impresión clínica inicial que facilita el abordaje sindromático de la metrorragia y establece una pesquisa metodológica que permite alcanzar con un alto grado de probabilidad el diagnóstico etiológico del sangrado uterino ([Anexo 2](#)).

Cuando los hallazgos clínicos y los de apoyo diagnóstico descartan lesiones o patologías generales o genitales como causa del sangrado anormal, o no establecen esta causalidad, por exclusión, se debe pensar en una variedad de la HUA, cual es la Hemorragia Uterina Disfuncional (HUD). Desde mucho del nivel profesional de una consulta especializada, colocar como impresión diagnóstica: Hemorragia Uterina Anormal – HUA, y no proceder a codificar como diagnóstico final la patología probable que la origina.⁵

El sangrado uterino disfuncional (SUD) es un diagnóstico de exclusión cuando no se ha encontrado alguna patología pélvica o una causa médica de fondo. El SUD se

⁴ SOGC Clinical Practice Guidelines. Guidelines for the Management of Abnormal Uterine Bleeding. JOGC. August 2001.

⁵ Bonnar J, Sheppard B L. Treatment of menorrhagia during menstruation: randomized controlled trial of ethamsylate, mefenamic acid, 579-582

caracterizapor un sangrado aumentado con o sin sangrado fuera de la menstruación; y puede ocurrir con o sin ovulación.⁶

Terminología aplicada a los trastornos del ciclo:

- a) Polimenorrea: Menstruaciones con intervalos menoresde 21 días.⁷
- b) Oligomenorrea: Menstruaciones con intervalos mayores de 35 ymenores de 90 días.
- c) Proiomenorrea: ciclos de menos de 25 días o adelanto de más de 5 días en la aparición del sangrado menstrual.
- d) Opsomenorrea: ciclos de más de 35 días o retraso de más de 5 días en el inicio de la menstruación.
- e) Amenorrea: Ausencia de 3 períodos menstruales; o ausencia menstrual de 90 días o más.
- f) Metrorragia: Sangrado irregular en cantidad y duración variable, sin relación con el ciclo menstrual
- g) Atraso Menstrual: En pacientes normo regladas, ocurrencia de retraso menstrual menor de 90 días
- h) Genitorragia: Sangrado que se origina en cualquier segmento del tracto genital.
- i) Sangrado de Posmenopausia: Sangrado luego de 1 año de ausencia del mismo.

Terminología aplicada a los trastornos de la menstruación:

- a) Menorragia: Menstruación de duración mayor de 8 días. Cíclicas.
- b) Dolicomenorrea: Menstruación de duración mayor. Cíclicas.
- c) Hipermenorrea: Menstruación de cantidad abundante-mayor de 80 cc/ciclo, regulares.
- d) Hipomenorrea: Menstruación escasa o deficiente ya sea en su duración o en cantidad, aun cuando no se altere el ciclo.
- e) Menometrorragia: Menstruación abundante en cantidad y duración.

⁶ Shrager S. Abnormal Uterine Bleeding Associated with Hormonal Contraception. Am Fam Physician.

⁷Gordts S, Brosens JJ, Fusi L, Benagiano G, Brosens I. Uterine adenomyosis: a need for uniform terminology and consensus classification. Reprod Biomed Online 2008: 244-248.

- f) Hiperdolicomenorrea: Menstruación abundante en cantidad y duración
- g) Pintas intermenstruales (spotting): Sangrado escaso dentro de ciclo menstrual normal. Hipomenorrea: Menstruación escasa. Cíclicas.

La menorragia o hipermenorrea, es definida por la presencia de un sangrado menstrual aumentado durante varios ciclos menstruales consecutivos durante los años reproductivos. La menorragia se define objetivamente como la pérdida de más de 80 mL de sangre por ciclo, lo que corresponde al percentil 90 en el estudio de 476 mujeres de Gothenberg, publicado por Hallberg et al en 1966. Mientras que Metrorragia consiste en la presencia de un sangrado transvaginal irregular y acíclico entre los períodos menstruales. La pérdida de 60 mL o más puede resultar en anemia por deficiencia de hierro y afectar la calidad de vida.⁸

Muchas de las mujeres que buscan ayuda médica por un aumento en el sangrado menstrual no presentan un mayor sangrado que el promedio. Algunos estudios han demostrado que un 26% de aquellas mujeres que pierden 60 ml consideran sus sangrados como severos, mientras que un 40% de aquellas mujeres que pierden ≥ 80 ml de sangre, consideran su sangrado como ligero o moderado.

En un 40-60% de las menorragias no se encuentra una causa obvia del sangrado, en cuyo caso es clasificado como un sangrado uterino disfuncional. Cerca de un 10-20% de las mujeres con sangrado uterino disfuncional tienen ciclos anovulatorios (particularmente en los extremos de la vida reproductiva), lo que puede resultar en sangrado irregular.

Algunas posibles causas de menorragias incluyen la patología local (fibroadenomas, carcinomas, infección), enfermedades sistémicas (hipotiroidismo, desordenes hematológicos) y causas iatrogénicas (DIU, esterilización).

Sangrado uterino anormal agudo , crónico e intermenstrual.- El sangrado uterino anormal se define como sangrado del cuerpo uterino que es anormal en volumen, regularidad, temporalidad (o los tres) que ha estado presente durante la mayor parte de los últimos seis meses. El sangrado uterino anormal agudo se distingue como un

⁸ Best Practice Guidance for Doctors and Other Health Professionals on the Provision of Advice and Treatment to Young People under 16 on Contraception, Sexual and Reproductive Health. United Kingdom Department of Health. July, 2004.

episodio de sangrado abundante que en opinión del médico, es de gravedad suficiente para requerir la intervención inmediata para prevenir una mayor pérdida de sangre. El sangrado uterino anormal agudo puede ocurrir en el contexto del sangrado uterino anormal crónico o sin un antecedente.⁹

El sangrado intermenstrual se define como el que ocurre entre menstruaciones claramente definidas como cíclicas y predecibles; comprende la ocurrencia de episodios aleatorios, así como los que se manifiestan predeciblemente al mismo tiempo en cada ciclo. Esta definición se diseñó para reemplazar la palabra “metrorragia”, que fue uno de los términos que el grupo recomendó que deben abandonarse.

En cuanto a la fisiopatología, no se conoce con precisión el mecanismo mediante el cual se produce el sangrado uterino anormal, para algunos tumores específicos como los leiomiomas (miomas), la patogénesis no ha sido bien precisada. Las explicaciones más frecuentes se basan en las teorías de Sampson en 1912, quien sugiere alteraciones locales sobre la vascularidad uterina, recientemente se han demostrado alteraciones en factores del crecimiento en úteros miomatosos como son el factor de crecimiento de fibroblastos, factor de crecimiento endotelial vascular, factor de crecimiento epidérmico ligado a la heparina, factor de crecimiento derivado de plaquetas, factor de crecimiento beta-transformador proteína relacionada con la hormona paratiroidea y la prolactina, en este último, la deficiente maduración y formación del cuerpo lúteo y a consecuencia de esto una menor producción de progesterona, con todos éstos se compete estrechamente el estudio multidisciplinario por parte del médico internista y del endocrinólogo.¹⁰

Las relaciones moleculares del SUA han sido la falta de equilibrio en la secreción de distintas prostaglandinas, como la relación prostaciclina (PGI vasodilatador que inhibe la agregación plaquetaria), tromboxano A2 (TXA2) vasoconstrictor que promueve la agregación plaquetaria, se cree otro mediador como la endotelina que es

⁹ DeVore GR, Owens O, Kase N. Use of intravenous Premarin in the treatment of dysfunctional uterine bleeding—a doubleblind randomized control study. *Obstet Gynecol* 285- 291.

¹⁰ Stewart EA, Nowak RA. Leiomyoma related bleeding: a classic hypothesis updated for the molecular era. *Hum Reprod* 295-306.

un mediador paracrino, dadas sus propiedades de factor de crecimiento y potente vasoconstrictor, otras hipótesis refieren a la expresión modificada de los receptores alfa y beta del endometrio en las células vasculares del músculo liso endometrial.

Los sangrados uterinos anormales son frecuentes en la atención de la salud de la mujer en el primer y segundo nivel de atención de la salud en nuestro país.

Existe una amplia variación en los medicamentos utilizados en la práctica general para el manejo del sangrado uterino anormal, los patrones de referencia y la incidencia de histerectomías. Estas variaciones junto a la necesidad de utilizar la mejor evidencia disponible para la correcta evaluación, detección de riesgos y manejo de los episodios de sangrado constituyen una razón para la creación de una guía clínica de tratamiento, junto a la necesidad de reducir los riesgos innecesarios y mejorar la calidad de la atención de nuestras pacientes.¹¹

Ya que el objetivo del tratamiento es de reducir el sangrado transvaginal, subsecuentemente mejorar la calidad de vida y la anemia por deficiencia de hierro.

No es el objetivo de esta investigación abordar la terapia anticonceptiva, planificación familiar, género u otros tantos temas que pueden estar relacionados con la terapia del sangrado uterino anormal. Sin embargo se ha considerado conveniente hacer mención al tema en la sección de efectos adversos y problemas en la guía sobre terapia anticonceptiva y en circunstancias específicas.

Los factores de riesgo se relacionan con la edad de la mujer. La hemorragia uterina anormal suele aparecer sobre todo en 2 épocas de la vida: Adolescencia y perimenopausia.¹²

El 95 % de las adolescentes que solicitan atención médica por hemorragia uterina excesiva, presentan ciclos anovulatorios por inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario (hemorragia uterina disfuncional). El 5% restante presentan alteraciones patológicas locales o sistémicas.

¹¹ National Evidence Based Guidelines. The Initial Management of Menorrhagia. Royal College of Obstetricians and Gynecologist. 2002.

¹² Beaumont H. Augood C, Ducklit K Lethaby A Danazol for heavy menstrual bleeding (Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley& Sons, Ltd)

En la vida procreativa aunque los ciclos anovulatorios son también causa frecuente de trastornos menstruales, sin embargo otras causas como las complicaciones de la gestación, la disfunción tiroidea, la hiperprolactinemia son más frecuentes.

Una de las alteraciones anatómicas más comunes es la leiomiomatosis (30% de las pacientes con Leiomiomas consultan por hemorragia).

Al final de la vida procreativa, los ciclos anovulatorios pueden terminar en hiperplasia endometrial; todas las mujeres mayores de 40 años o con factores de riesgo para carcinoma endometrial deben ser investigadas. La causa más común de hemorragia en la postmenopausia es la atrofia endometrial, pero el carcinoma endometrial se encuentra en el 20% de este grupo de pacientes. Las irregularidades menstruales se asocian con hipotiroidismo (23,4%) e hipotiroidismo (21,5%)

Las Coagulopatías se asocian al 18% de los casos de hemorragia uterina anormal en mujeres blancas y al 7% en mujeres de raza negra.

Para realizar un diagnóstico, es importante el distinguir el sangrado anovulatorio del sangrado uterino anormal, siendo que el primero es más probable que se deba a una hiperplasia endometrial. Las mujeres que presentan un sangrado uterino anormal probablemente presenten un sangrado menstrual abundante sin eventos de sangrado ínter menstrual o post-coital. Existe dismenorrea asociada al paso de los coágulos durante la menstruación. Mientras que los síntomas premenstruales también sugieren la presencia de ciclos ovulatorios. Por ello la historia clínica debe evaluar la presencia de síntomas que sugieren otra patología pélvica, como sangrado irregular, sangrado post-coital y dolor pélvico. Ya que se conoce que el 25 a 50% de las mujeres sufren de sangrado irregular, presentan pólipos o fibromas submucosos.¹³

Algunos síntomas que sugieren una patología asociado son el sangrado irregular, cambios repentinos en los patrones de sangrado, sangrado post-coital, dispareunia, dolor pélvico y dolor premenstrual. Incluyendo aquellos que relacionan con el cáncer endometrial como el uso de Tamoxifeno, estrógenos solos, síndrome de ovario Poliquístico y obesidad.

¹³ Guidelines for the Management of Heavy Menstrual Bleeding. New Zealand Guidelines Group (NZGG). 1997

Un buen examen físico y pélvico es fundamental en el proceso del diagnóstico, incluyendo de rutina la toma de una citología del cérvix y los exámenes de sangre completos para poder detectar la presencia de anemia. Otros posibles exámenes incluyen: TSH si hay síntomas de disfunción tiroidea, prolactina, progesterona en los días 21-23 para verificar el estado ovulatorio, FSH y LH para verificar el estado de la menopausia y una posible enfermedad poliquística y pruebas de coagulación si el sangrado se presenta en la pubertad o existe sospecha clínica de una coagulopatía ([Anexo 3](#)).

La investigación y el manejo del sangrado uterino anormal en las mujeres no grávidas en sus años reproductivos han sido difíciles por la nomenclatura confusa, aplicada en forma inconsistente, así como por la falta de métodos estandarizados para la investigación y categorización de las diversas causas potenciales. Estas deficiencias obstaculizan la capacidad de los investigadores para estudiar poblaciones homogéneas de pacientes que experimentan sangrado uterino anormal y dificultan la comparación de los estudios realizados por diferentes investigadores o grupos de investigación. Los sistemas de estadificación oncológica de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) son prácticos, universalmente aceptados y ayudan a los médicos e investigadores en la guía de la investigación, el tratamiento y el pronóstico de los cánceres ginecológicos.¹⁴

Esta investigación describe la nueva Clasificación PALM-COEIN de las Causas del Sangrado Anormal desarrollada por el Grupo de Trastornos Menstruales de la FIGO (FMDG, por sus siglas en inglés). El sistema se desarrolló con las contribuciones de un grupo internacional de investigadores clínicos y no clínicos de 17 países en seis continentes. El FMDG describió un sistema para la nomenclatura de síntomas en otras publicaciones que recomendaban nomenclaturas estandarizadas, así como el abandono de los términos menorragia, metrorragia y sangrado uterino disfuncional.

La HUA, se clasifica en Orgánicas y en Funcionales, orientados en su posible etiología: Las Orgánicas, generalmente son cíclicas y ovulatorias, serán Genitales o Locales cuando su etiología es originada por una patología anatómica ubicada en

¹⁴ Hickey M, Higham J, Fraser IS Progesterones versus estrogens and progestogens for irregular uterine bleeding associated with anovulation In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

algún nivel del tracto genital femenino, o bien pueden ser secundarias a patologías orgánicas Sistémicas, extragenitales.

Las Funcionales, denominadas usualmente Disfuncionales (HUD), no se acompañan de patologías inflamatorias, tumorales o del embarazo, suelen ser acíclicas y anovulatorias, como consecuencia de una “disfunción” a nivel del eje Hipotálamo-Hipófisis-Ovárico, denominadas HUD Primarias (90%), para diferenciarlas de las originadas por otros trastornos endocrinos (tiroides, suprarrenales) que afectan indirectamente a este eje y se denominan HUD Secundarias(10%). Dada esta prevalencia en la práctica la obtención de un endometrio secretor suele descartar un origen Disfuncional.

Diferencias entre el ciclo Ovulatorio y Anovulatorio. El ciclo ovulatorio se caracteriza por desarrollo, maduración normal del folículo, y ovulación. Menstruación al final del ciclo como resultado de la necrosis y descamación uniforme de las capas compacta y esponjosa del endometrio. Descamación en bloque.

La hemostasia se hace por el efecto de la vasoconstricción de los vasos rectos y por la contracción uterina secundaria a la acción de las prostaglandinas F2. El cese de la menstruación es secundario a la cicatrización del endometrio que ocurre en 3 o 4 d por la acción estrogénica.

Ciclo Anovulatorio se caracteriza por la persistencia de folículos en grados diferentes de maduración, asociado a ovarios poliquísticos; y a cambios en el endometrio acompañado de necrosis distal del endometrio, que se extiende progresivamente, necrosis que compromete toda la capa compacta y parcialmente la esponjosa.

Descamación prolongada en parches, la hemostasia sólo se hace al proliferar nuevamente el endometrio, la contracción uterina es tardía. El cese de la menstruación es secundario a la cicatrización tardía e irregular ([Anexo 4](#)).

El sistema de clasificación de la FIGO está estratificado en nueve categorías básicas que se ordenan de acuerdo con el acrónimo PALM-COEIN (pahm-koin): pólipos, adenomiosis, leiomiomas, malignidad e hiperplasia, coagulopatía, trastornos ovulatorios, trastornos endometriales, causas iatrogénicas y no clasificadas. En general, los componentes del grupo PALM son afecciones discretas (estructurales), medibles visualmente con el uso de técnicas de imagen o de histopatología, mientras

el grupo COEIN está relacionado con afecciones que no se definen por imagen o histopatología (no estructurales). Las categorías se diseñaron para facilitar el desarrollo actual o subsecuente de sistemas de subclasificación.¹⁵

El sistema se construyó reconociendo que cualquier paciente podría tener una o varias afecciones que pueden causar o contribuir a las molestias del sangrado uterino anormal y que las afecciones definibles como la adenomiosis, los leiomiomas y los pólipos endocervicales o endometriales frecuentemente pueden ser asintomáticas y, por tanto, no contribuir con los síntomas de manifestación.

Los pólipos (categoría P) se categorizan como presentes o ausentes, definidos por uno o la combinación de ultrasonido (que incluye la sonografía de infusión salina) y la imagen histeroscópica con o sin histopatología. Aunque no existe una distinción actual en relación con el tamaño o el número de pólipos, probablemente es importante excluir el endometrio de apariencia polipoide de esta categoría, ya que dicha apariencia puede ser una variante normal.¹⁶

La categoría P permite el futuro desarrollo de una subclasificación para su uso clínico o en investigación que podría incluir una combinación de variables, como las dimensiones del pólipo, su localización, número, morfología e histología.

La relación de la Adenomiosis (categoría A) con la génesis del sangrado uterino anormal no es clara, mientras los criterios para el diagnóstico de adenomiosis tradicionalmente se han basado en la evaluación histopatológica de la profundidad del tejido “endometrial” por debajo de la interfase endometrio-miometrial de las muestras de histerectomía, los criterios histopatológicos varían sustancialmente y el requerimiento de diagnosticar la adenomiosis de este modo tiene un valor limitado en un sistema de clasificación clínica. En consecuencia y debido a que existen criterios

¹⁵Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;113:3-13.

¹⁶Dueholm M. Transvaginal ultrasound for diagnosis of adenomyosis: a review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006;20:569-582.

diagnósticos con base en la sonografía y la imagen de resonancia magnética en este sistema, la adenomiosis se diagnostica por imagen del útero¹⁷ ([Anexo 5](#))

Debido a que se reconoce el acceso limitado de las mujeres a la resonancia magnética en la comunidad, se propone que los criterios sonográficos para la adenomiosis comprendan los requerimientos mínimos para asignar el diagnóstico. Al igual que con los pólipos y los leiomiomas, la adenomiosis es un trastorno que podría beneficiarse de su propio sistema de subclasificación, que incluye la estandarización de los métodos de diagnóstico de imagen e histopatología.¹⁸

La mayor parte de los leiomiomas (categoría L) fibroides son asintomáticos y frecuentemente su presencia no es la causa de sangrado uterino anormal. Esto y la combinación con la prevalencia de leiomiomas causaron que el FMDG creara los sistemas de clasificación primario, secundario y terciario ([Anexo 6](#))¹⁹.

El sistema de clasificación primario refleja sólo la presencia o ausencia de uno o más leiomiomas, como se determina por evaluación sonográfica, sin importar la localización, el número y el tamaño. En el sistema secundario se requiere que el médico distinga los miomas que afectan la cavidad endometrial (submucosos) de otros, debido a que las lesiones submucosas son las que con mayor probabilidad contribuyen a la génesis del sangrado uterino anormal.

La raíz del sistema de clasificación terciario es un diseño para los leiomiomas subendometriales o submucosos que originalmente crearon Wamsteker y col. y que posteriormente adoptó la Sociedad Europea para la Reproducción Humana y la Embriología (ESHRE, por sus siglas en inglés). El sistema PALM-COEIN agrega la categorización de los miomas intramurales y subserosos, así como una categoría que

¹⁷Weiss G, Maseelall P, Schott LL, Brockwell SE, et al. Adenomyosis a variant, not a disease? Evidence from hysterectomized menopausal women in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Fertil Steril* 2009;91:201-206.

¹⁸Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, Sorensen JS, et al. Magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography for the diagnosis of adenomyosis. *Fertil Steril* 2001;76:588-594.

¹⁹Munro MG. *Abnormal uterine bleeding*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2010.

comprende las lesiones (“parasitarias”) que parecen adosadas al útero. Cuando un mioma colinda o distorsiona el endometrio y la serosa, se categoriza primero por la clasificación submucosa, luego por la localización subserosa, con estos dos números separados por un guion.

Están considerados –aunque todavía no se incluyen– el tamaño, el número y la localización de los tumores longitudinalmente en el útero (por ejemplo, el fondo, el segmento inferior o el cuello uterino).

Las Enfermedades malignas y premalignas (categoría M), aunque son relativamente poco comunes en las mujeres en edad reproductiva, la hiperplasia atípica y la malignidad son importantes causas potenciales de –o hallazgos relacionados con– sangrado uterino anormal. Este diagnóstico debe considerarse en cualquier mujer en edad reproductiva y especialmente en quienes puede haber factores predisponentes, como obesidad o un antecedente de anovulación crónica. En consecuencia, cuando la evaluación de una mujer en edad reproductiva con sangrado uterino anormal identifica un proceso hiperplásico premaligno o maligno, se clasificaría como categoría M y luego se subclasificaría por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el sistema FIGO.²⁰

El término Coagulopatía (categoría C) se utiliza para englobar el espectro de trastornos sistémicos de la hemostasia que pueden causar sangrado uterino anormal. La información de alta calidad demuestra que aproximadamente 13% de las mujeres con sangrado menstrual abundante tiene trastornos sistémicos de la hemostasia bioquímicamente detectables, más a menudo la enfermedad de Von Willebrand. Alrededor de 90% de las pacientes con estas anomalías se incluyen en un grupo que puede identificarse por una historia estructurada ([Anexo 7](#)); sin embargo, no está claro qué tan a menudo estas anomalías causan o contribuyen con el origen del

²⁰Tavassoli FA, Devilee P. World Health Organization classification of tumors: pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. Lyon, France: IARC Press, 2003.

sangrado uterino anormal y qué tan frecuentemente son anomalías bioquímicas asintomáticas o mínimamente sintomáticas.²¹

Trastornos ovulatorios (categoría O).- La disfunción ovulatoria puede contribuir a la génesis del sangrado uterino anormal, que generalmente se manifiesta en una combinación impredecible de tiempo de sangrado y una cantidad variable de flujo, que en algunos casos resulta en sangrado menstrual abundante. Algunas de estas manifestaciones se relacionan con la ausencia de una producción cíclica y predecible de progesterona, pero en los años reproductivos tardíos pueden ser consecuencia de eventos “fuera de la fase lútea”.²²

Aunque la mayor parte de los trastornos ovulatorios escapan a un origen definido, muchos pueden verse como endocrinopatías (por ejemplo, síndrome de ovario poliquístico, hipotiroidismo, hiperprolactinemia, estrés mental, obesidad, anorexia, pérdida de peso o ejercicio extremo, como el asociado con el entrenamiento atlético profesional de alto rendimiento). En algunos casos, el trastorno puede ser iatrogénico, causado por esteroides gonadales o medicamentos que tienen efecto en el metabolismo de la dopamina, como la fenotiazinas y los antidepresivos tricíclicos.

Causas endometriales (categoría E). Cuando el sangrado uterino anormal sobreviene en el contexto de menstruaciones predecibles y cíclicas, sugerentes de ovulación normal y ausencia de otras causas definibles, el mecanismo es probablemente un trastorno primario que reside en el endometrio. Si el síntoma es sangrado menstrual abundante, puede existir un trastorno primario de los mecanismos reguladores locales de la “hemostasia” endometrial misma, secundario a deficiencias en la producción local de vasoconstrictores –como la endotelina 1 y la prostaglandina F_{2α}, a lisis acelerada del coágulo endometrial por una producción excesiva de activador de

²¹Kadir RA, Economides DL, Sabin CA, Owens D, Lee CA. Frequency of inherited bleeding disorders in women with menorrhagia. *Lancet* 1998;351:485-489.

²²Hale GE, Hughes CL, Burger HG, Robertson DM, Fraser IS. Atypical estradiol secretion and ovulation patterns caused by luteal out-of-phase (LOOP) events underlying irregular ovulatory menstrual cycles in the menopausal transition. *Menopause* 2009;16:50-59.

plasminógeno (o a ambas) y a mayor producción local de sustancias que promueven la vasodilatación, como la prostaglandina E2 y prostaciclina (I2) ²³.

Puede haber otros trastornos endometriales primarios que no manifiestan sangrado uterino abundante en sí, pero pueden, por ejemplo, causar sangrado intermenstrual, como la inflamación o infección endometrial, anomalías en la respuesta inflamatoria local o aberraciones de la vasculogénesis endometrial. En este momento no existen pruebas específicas de estos trastornos, así que el diagnóstico de sangrado uterino anormal de categoría E debe determinarse por exclusión de otras anomalías identificables en mujeres en edad reproductiva que parecen tener una función ovulatoria normal. ²⁴

Iatrogénico (categoría I). Existen diversos mecanismos por los cuales las intervenciones médicas o dispositivos pueden causar o contribuir al sangrado uterino anormal (sangrado uterino anormal de categoría I). El sangrado endometrial a destiempo que ocurre durante el uso de la terapia con esteroides gonadales exógenos se denomina “sangrado de avanzada”, el principal componente de la clasificación del sangrado uterino anormal de categoría I.4 En esta categoría se incluyen las mujeres que utilizan un sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, que frecuentemente experimentan sangrado de avanzada en los primeros seis meses de la terapia. Cuando se piensa que el sangrado uterino anormal es secundario a anticoagulantes, como la warfarina o la heparina, o a agentes sistémicos que contribuyen a los trastornos de la ovulación, como los que interfieren con el metabolismo de la dopamina, se categoriza como categoría C o categoría O, respectivamente ²⁵.

No clasificado (categoría N). Existen algunas afecciones que pueden o no contribuir al (o causar) sangrado uterino anormal en una mujer porque se han definido en forma

²³Smith SK, Abel MH, Kelly RW, Baird DT. A role for prostacyclin (PGi2) in excessive menstrual bleeding. *Lancet* 1981;1:522- 524.

²⁴Smith SK, Abel MH, Kelly RW, Baird DT. Prostaglandin synthesis in the endometrium of women with ovular dysfunctional uterine bleeding. *Br J Obstet Gynaecol* 1981;88:434-442.

²⁵Irvine GA, Campbell-Brown MB, Lumsden MA, Heikkila A, et al. Randomised comparative trial of the levonorgestrel intrauterine system and norethisterone for treatment of idiopathic menorrhagia. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:592-598.

deficiente, se evaluaron en forma inadecuada o son extremadamente raras. Algunos ejemplos de esta categoría podrían incluir las malformaciones arteriovenosas y la hipertrofia miometral. Además, pueden existir otros trastornos aún no identificados que se definirían sólo por ensayos bioquímicos o de biología molecular. Colectivamente, estas afecciones (o futuras afecciones) se han colocado en una categoría denominada N por No clasificado. Al crearse mayor información pueden ubicarse en una categoría separada o pueden colocarse en categorías existentes en el sistema ²⁶.

Después de la investigación adecuada, puede encontrarse que una mujer tiene una o múltiples causas potenciales o contribuyentes al sangrado uterino anormal, en consecuencia, el sistema se diseñó para permitir la categorización y registro de la manera que permite su circunstancia.

El abordaje formal sigue el ejemplo de la estadificación TNM de la OMS (tumor, ganglios, metástasis) de los tumores malignos, con cada componente evaluado para todos los pacientes. Debido a que en la práctica clínica el registro completo podría considerarse pesado, se desarrolló una opción de abreviatura.

Las mujeres con sangrado uterino anormal pueden tener ninguno, uno o múltiples factores identificables que pueden contribuir a la génesis del sangrado anormal. También puede haber alguna afección, como un leiomioma subseroso, pero que se piensa que no contribuye al sangrado uterino anormal. En consecuencia, la investigación de la mujer con sangrado uterino anormal debe realizarse en forma diligente y exhaustiva como sea posible, dada la situación clínica y la disponibilidad de recursos. ²⁷

Investigue la presencia de pólipos endometriales y/o fibroadenomas en las mujeres con sangrado menstrual irregular.

²⁶Kouides PA, Conard J, Peyvandi F, Lukes A, Kadir R. Hemostasis and menstruation: appropriate investigation for underlying disorders of hemostasis in women with excessive menstrual bleeding. *Fertil Steril* 2005;84:1345-1351.

²⁷Marjoribanks J, Lethaby A, Farquhar C Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding In *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Realice una citología cervical y un hemoleucograma completo en aquellas mujeres con sangrados activos. Otras pruebas deben realizarse de manera individualizada.

Realice un examen abdomino-pélvico bimanual en todas las mujeres que presentan sangrado uterino anormal.

Las pruebas de función tiroidea no son necesarias de manera rutinaria en la evaluación inicial excepto en la presencia de signos o síntomas de hipotiroidismo.

La evaluación del endometrio se realiza para descartar condiciones premalignas o malignas y para evaluar la influencia hormonal en el endometrio. Spencer y colaboradores, revisaron 142 estudios para determinar el valor de los diferentes métodos de evaluación endometrial en las mujeres con sangrado uterino anormal; sin embargo la evidencia fue insuficiente para generar alguna recomendación.²⁸

La evaluación y toma de muestras endometriales debe ser considerada en toda mujer mayor de 40 años con sangrado anormal o en mujeres con alto riesgo de cáncer endometrial, incluyendo las nulíparas con historia de infertilidad, sangrado irregular abundante de reciente aparición, obesidad (≥ 90 kg), ovarios poliquísticos, historia familiar de cáncer de colon y en endometrio y terapia con Tamoxifeno ([Anexo 8](#)).

Es también importante el evaluar la histopatología endometrial en las mujeres que no presentan ninguna mejoría en el patrón de sangrado durante 3 meses de terapia.

Realice o refiera para una biopsia endometrial con el método más adecuado a su disposición aquellas mujeres con sangrado uterino anormal, en especial en todas aquellas mujeres ≥ 40 años y/o con un peso ≥ 90 kg.

Refiera para una sonohisterografía y probable biopsia dirigida por histeroscopia quirúrgica a aquellas mujeres con sangrado menstrual irregular errático y persistente, la falla del tratamiento médico o el ultrasonido pueden indicar la presencia de pólipos o miomas.

Las mujeres con síntomas persistentes, pruebas negativas y no respuesta a los tratamientos prescritos, deben ser referidas al nivel de atención inmediato superior.

²⁸ Iyer V, Farquhar C, Jepson R Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding In The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

El ultrasonido transvaginal evalúa el grosor del endometrio y detecta la presencia de pólipos y miomas con una sensibilidad de un 80% y una especificidad de un 69%.²⁹

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. Un 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.

La cavidad endometrial debe ser explorada inicialmente utilizando un ultrasonido transvaginal en el manejo de sangrado uterino anormal seleccionadas.

Para el tratamiento médico, algunas consideraciones esenciales son la edad, el deseo de fertilidad, condiciones médicas coexistentes y las preferencias de la paciente. Para cada uno de los siguientes métodos, la paciente debe estar informada de los riesgos y las contraindicaciones para poder tomar decisiones informadas. El grado de satisfacción de la pacientes puede verse influenciado por la eficacia, expectativas, costo, inconveniencia y efectos adversos³⁰.

Parece existir diferencias significativas en la eficacia de los diferentes tratamientos médicos; por ejemplo el ácido tranexámico parece ser más efectivo que los AINES (por ejemplo ibuprofeno) en la reducción del sangrado, sin embargo, la mejoría objetiva correlaciona pobremente con la mejoría percibida. La escogencia de la opción de tratamiento debe ser realizada de acuerdo a la presencia de otros síntomas (dismenorrea), la necesidad de anticoncepción, el perfil de efectos adversos y las preferencias de la mujer. Los AINES y el ácido tranexámico por ejemplo, se toman solo durante el sangrado y por tanto pueden ser utilizados por mujeres que desean concebir. También son útiles en aquellas mujeres que utilizan un DIU ([Anexo 9](#)).

²⁹ Van Vliet HAAM, Grimes DA, Helmerhorst FM, Schulz KF. Biphase versus monophasic oral contraceptives for contraception. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004.

³⁰ O'Brien PA, Marfleet C. Frameless versus classical intrauterine device for contraception. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004.

El desarrollo de técnicas de consejería y estrategias de manejo son importantes. Algunos estudios han demostrado que 1/3 de las mujeres con metrorragias deciden no recibir tratamiento médico, con un 70% de satisfacción a los 12 meses. Sin embargo es necesario corregir algunas condiciones como la anemia por deficiencia de hierro ³¹.

Es necesario recordar que el tratamiento en general no cura el sangrado pero reduce los síntomas y mejora la calidad de vida.

Estos tratamientos han sido pobremente estudiados, los estudios no comparan directamente los diferentes tratamientos, las muestras son pequeñas y los seguimientos cortos. Además, existen variaciones considerables de los criterios de ingreso, las dosis utilizadas, el reporte de los efectos adversos y lo adecuado de las mediciones utilizadas.

Hasta el momento no se ha encontrado evidencia que la combinación de tratamientos sea más efectiva que su uso aislado y por lo tanto debe procederse con precaución.

Los pacientes deben participar en el proceso de toma de decisiones informadas sobre el tratamiento que deben recibir junto con la adecuada cantidad y calidad de información que les facilite el proceso.

Si surge la necesidad de una intervención quirúrgica deben discutirse los posibles riesgos y resultados antes de realizar cualquier procedimiento incluyendo asuntos de calidad de vida.

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

³¹ French R, Van Vliet H, Cowan F, Mansour D, Morris S, Hughes D, Robinson A, Proctor T, Summerbell C, Logan S, Helmerhorst F, Guillebaud J. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs) versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy In The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford.

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 como el uso de Ibuprofeno 800 mg TID por 1-2 semanas o hasta que cese el sangrado ³². Los AINES son efectivos en reducir algunos tipos de sangrados uterinos anormales ([Anexo 10](#)).

De los Agentes antifibrinolíticos, el ácido tranexámico, un derivado sintético del amino ácido lisina, produce un efecto antifibrinolítico a través del bloqueo reversible del plasminógeno sin que altere los parámetros de coagulación o dismenorrea. Un tercio de las mujeres experimentan efectos adversos incluyendo náusea y calambres en las piernas. Se conoce que 1 gramo de ácido tranexámico cada 6 horas en 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 trombotogénica.

Los antifibrinolíticos son efectivos en reducir el sangrado en el sangrado uterino anormal.

El 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

³² Cheng L, Gülmezoglu AM, Van Oel CJ, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PFA. Interventions for emergency contraception In The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford.

grupo no lo tolera 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.

Considere Danazol como una alternativa efectiva en reducir el sangrado uterino anormal, pero sus efectos adversos pueden limitar su utilización a largo plazo.

En cuanto a los Progestágenos, varias revisiones han subrayado la ausencia de buena información de estudios científicos sobre la efectividad de los esquemas usualmente utilizados.

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.

No utilice progestágenos durante la fase luteal del ciclo menstrual ovulatorio ya que han demostrado ser inefectivos en reducir el sangrado.

Los progestágenos de liberación intrauterina (DIUs medicados con progesterona), son efectivos en el tratamiento del sangrado uterino anormal.

El uso continuado de progestágenos de larga acción (Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) de depósito-AMPD) produce amenorrea y pueden ser considerados para su uso en el sangrado uterino anormal ([Anexo 11](#)).

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.

Los anticonceptivos orales combinados (sobre todo si se usan sin intervalo o a continuidad) pueden ser utilizados para reducir el sangrado en el sangrado uterino anormal ([Anexo 12](#)).

Los sistemas intrauterinos de liberación de progestágenos han reportado una reducción en el sangrado menstrual ([Anexo 13](#)).

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.

Estos medicamentos deben ser utilizados de manera supervisada por el especialista y en casos de demostrada intolerancia a medicamentos de la Lista Oficial de Medicamentos, de acuerdo a los lineamientos oficiales.

Se puede considerar el solicitar un agonista de GnRH como un medicamento de segunda elección ya que siendo efectivo en reducir el sangrado en el sangrado uterino anormal, sus efectos adversos pueden limitar su utilización a largo plazo.

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

³³.

En la Dilatación y Curetaje no se han encontrado estudios aleatorizados controlados publicados que los comparen con otros tratamientos para aliviar la menorragia. El

³³ Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight In The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford

único estudio encontrado que midió la pérdida sanguínea antes y después del procedimiento, encontró una reducción temporal inmediata en la pérdida sanguínea; sin embargo el nivel de sangrado regreso a la normalidad o empeoró para el segundo ciclo menstrual después del procedimiento. La dilatación y curetaje pueden tener un papel diagnóstico cuando se tiene una biopsia endometrial inconclusa y persisten los síntomas o se sospecha otra patología.

No debe utilizarse la dilatación y curetaje como terapia en las mujeres con sangrado menstrual intenso ya que no ha demostrado ser efectivo más que un método diagnóstico. En definitiva la dilatación y curetaje no proveen una mayor ventaja diagnóstica en comparación con la histeroscopia y biopsia endometrial.

La ablación endometrial puede ser realizada por diferentes técnicas quirúrgicas. La ablación endometrial histeroscópica con foto coagulación, electrocoagulación entre otras; sin embargo la ablación endometrial no ha sido evaluada clínicamente en los últimos 20 años. Varios estudios con análisis de tablas de vida han mostrado razones de satisfacción de un 85%, dentro del tiempo de estudio, aproximadamente un 10% de las mujeres necesitarán una histerectomía y otro 10% requerirá otra ablación endometrial. Las pacientes mayores de 40 años parecen presentar mejores resultados, no encontrándose evidencia que la presencia de fibroadenomas o dismenorrea se relacionen con un pobre resultado.

El tratamiento médico pre operatorio no parece mejorar los resultados clínicos a largo plazo, pero si mejoran la facilidad de la cirugía y la razón de amenorrea a corto plazo. La ablación endometrial es un procedimiento seguro para el manejo de las menorragias crónicas refractarias a la terapia médica, con una razón de complicaciones aceptablemente baja y un una alta satisfacción del paciente a largo plazo. La ablación endometrial se compara favorablemente con la histerectomía en los estudios controlados en términos de eficacia y costo, aunque a largo plazo debe incluirse en el análisis la necesidad de terapia adicional.

La ablación endometrial global, fue introducida en 1990 como un procedimiento seguro y eficaz como la ablación histeroscópica.

Existen diferentes dispositivos, muchos de los cuales todavía son experimentales, incluyendo: el balón intrauterino con agua caliente, la solución no salina intrauterina,

el balón de electrocoagulación y los dispositivos de micro-hondas entre otros. Estos dispositivos requieren una menor habilidad por parte del operador que la ablación endometrial y no utilizan soluciones irritantes o de distensión.

Aunque los dispositivos son promisorios junto con resultados preliminares impresionantes, los resultados a largo plazo, las complicaciones y el costo-efectividad de los mismos necesitan ser claramente establecido.

Ya que todos los procedimientos son realizados sin la visualización histeroscópica (con excepción de la hidrotermoablación), sería prudente el realizar una histeroscopia previa y posterior al tratamiento, para asegurar que únicamente el endometrio ha sido tratado. Las perforaciones uterinas parciales o totales, junto a pasajes falsos han sido reportadas con una frecuencia de 0,8-1,5 y pueden resultar en un daño a los órganos adyacentes.

Recomiende la ablación endometrial en aquellas mujeres con paridad satisfecha y conscientes de los riesgos del sangrado recurrente. La necesidad de reintervenir puede ser de hasta un 40%.

Sin lugar a dudas, la introducción del láser en medicina ha facilitado muchos procedimientos quirúrgicos, especialmente cuando se usa en la endoscopia. De los láseres disponibles, el del CO₂ ha sido el más usado por los ginecólogos sobre todo en la laparoscopia. El láser de CO₂ es muy versátil y puede introducirse a través de los endoscopios evitando así punciones adicionales en el abdomen. De todas formas, no coagula los vasos demasiado bien y no puede ser usado en medio líquido debido a la ausencia de penetración en los fluidos. Por esas razones, el láser de CO₂ no es útil en la histeroscopia. El útero se distiende con medios líquidos y si se utilizasen gases como el CO₂ como medio de distensión, el humo generado no podría ser evacuado sin colapsar la cavidad uterina³⁴.

Afortunadamente están disponibles los láser de fibra óptica cuyas pequeñas fibras pueden utilizarse en medio líquido, como el Nd:YAG, el de Argón y el KTP-532 que pueden ser activados a través de la cirugía con medio líquido como distensión los convierten en una alternativa útil en la cirugía histeroscópica.

³⁴**Laser Hysteroscopy. Manual of Clinical Hysteroscopy. Capitulo 9**

El láser Nd:YAG ha sido el más utilizado en histeroscopia. Debido a que las fibras no son conductoras, la cavidad puede distenderse con fluidos con electrolitos lo que añade un factor extra de seguridad evitando la sobrecarga hídrica.

La ablación endometrial requiere el uso del láser Nd:YAG debido a su capacidad de coagulación profunda (4-5mm), su difusión lateral y su penetración a través de los fluidos. Aunque pueden usarse fibras descubiertas para la ablación endometrial, esas fibras no pueden usarse para intervenciones más delicadas que requieran una disección controlada y una destrucción mínima del tejido, especialmente lateral.

Para la distensión uterina se utilizan soluciones fisiológicas, como el suero salino al 0.9 % o la solución de Ringer, siendo suficiente su presión intracavitaria de 50 mmHg. Se han descrito 2 modos de actuación, según se produzca un contacto directo o no de la fibra óptica conductora del láser con el endometrio. Actualmente se combinan ambas técnicas, comenzando con la técnica de blanqueo en cuernos y fondo uterino y descendiendo hacia el orificio cervical interno con la técnica de contacto.

Este tipo de ablación endometrial produce carbonización de las zonas tratadas, por lo que después de la cicatrización se forman sinequias tipo Asherman, con la consiguiente obliteración completa de la cavidad endometrial.

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.

Considere la histerectomía como un procedimiento de última elección y efectivo en reducir el sangrado en el sangrado uterino anormal, pero sus efectos adversos pueden limitar su utilización a largo plazo.

El uso amplio de la histerectomía como un procedimiento de última elección y efectivo en reducir el sangrado en el sangrado uterino anormal debe ser balanceado

junto a sus efectos adversos y riesgos en términos de morbilidad ya que pueden limitar su utilización.

El consenso de expertos recomienda una referencia temprana si existen síntomas de patología de base (Ej.: sangrado irregular, cambios repentinos en el patrón de sangrado, metrorragias importantes, sangrado post-coital, dispareunia, dolor pélvico y dolor premenstrual importante). Dentro de estas posibilidades, es causa de referencia inmediata la presencia de sangrado post-coital en cualquier mujer ≥ 35 años que persiste por ≥ 4 semanas ([Anexo 14](#)).

Calidad de vida.

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizada.³⁵

El concepto de calidad de vida actualmente incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias Sociales. Cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada la calidad de vida.

El concepto de calidad de vida representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades”³⁶

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores...

³⁵Albert, S. (1977). Temporal comparison theory. *Psychological Review*, 84, 485-503.

³⁶Allison, P., Locker, D., & Feine, J., (1997). Quality of life: A dynamic construct. *Social Sciences and Medicine*, 45,221 - 230.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos.

El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.³⁷

La calidad de vida es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar y de las políticas sociales: materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos.³⁸

Calidad de vida contiene dos dimensiones principales:

- a) Una evaluación del nivel de vida basada en indicadores "objetivos";
- b) La percepción individual de esta situación, a menudo equiparada con el término de bienestar.

La calidad de vida es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar y de las políticas sociales:

³⁷Arnold. R., Ranchor, A., Sanderman, R., Kempen, G., Ormel, J., & Suurmeijer, T. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of life Research*, 13, 883-896.

³⁸Atkinson, M., Zibin, S., & Chuang, H. (1997) Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology. *American-Journal of Psychiatry*, 154, 99-105.

Materiales y no materiales

- a) Objetivos y subjetivos,
- b) Individuales y colectivos.

Los factores materiales son los recursos que uno tiene:

- a) Ingresos disponibles
- b) Posición en el mercado de trabajo
- c) Salud,
- d) Nivel de educación, etc.

Muchos autores asumen una relación causa-efecto entre los recursos y las condiciones de vida: mientras más y mejores recursos uno tenga mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida.

Los factores ambientales son las características del vecindario/comunidad que pueden influir en la calidad de vida, tales como:

Presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple.

También, las características del hogar son relevantes en determinar la calidad de las condiciones de vida.

Los factores de relacionamiento, incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales.

La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica son factores que pueden afectar la calidad de vida en las edades avanzadas.

Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo pueden tener un rol modesto

La calidad de vida no debe ser considerada solamente tomando en consideración la perspectiva de los individuos, sino también que hay que considerar la perspectiva social

La calidad de vida y del bienestar de las personas adultas mayores depende parcial o totalmente de las políticas existentes.³⁹

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

La Dimensión física, es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

La Dimensión psicológica es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

La Dimensión social es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

Casi podríamos hacer un paralelismo entre el concepto clásico de la felicidad, como dice la canción: "Tres cosas hay en la vida: salud (dimensión física), dinero (dimensión social) y amor (dimensión psicológica).

Características de la calidad de vida:

Concepto subjetivo.- Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.⁴⁰

³⁹Bigelow, D. A., McFarland, B. H., & Olson, M. M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27, 43-55.

⁴⁰Bishop, S., Walling, D., Dott, S., Folkes, C., & Bucy, J., (1999). Refining quality of life: Validating a multidimensional factor measure in the severe mentally ill. *Quality of life Research*, 8, 151 - 160.

Concepto universal.- Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

Concepto holístico.- La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.

Concepto dinámico.- Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.

Interdependencia.- Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

La medicina y los recursos económicos, políticos, sociales del mundo occidental ha conseguido aumentar la esperanza de vida dando años a la vida. El objetivo de la medicina (y de la sociedad) a partir de las últimas décadas del siglo XX es dar vida a todos y cada uno de los años, es decir, aumentar la calidad de vida.⁴¹

Calidad de vida relacionada con la salud.- La calidad de vida es un término descriptivo que hace referencia al bienestar emocional, social y físico de la población y a su capacidad funcional en la actividad diaria. La Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida como: “la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Este es un concepto que involucra varios factores que juegan papel en la vida de los individuos en su salud física, psicológica, sus niveles de independencia y sus interrelaciones con la sociedad teniendo en cuenta connotaciones individuales en aspectos tales como son sus creencias personales, su religión y la relación con su entorno. Teniendo en cuenta lo anterior, para valorar en forma adecuada los beneficios ofrecidos por un determinado acto terapéutico es necesario medir su impacto en el estado de salud del enfermo, lo que se denomina calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

⁴¹TORRE, Martin. et al. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. En: Revista de la Sociedad Española del Dolor. Febrero, 2008, vol. 15, no. 2. p. 83- 93

La calidad de vida relacionada con la salud es como observa el paciente en forma subjetiva su nivel de satisfacción vital, el efecto de su enfermedad en su actividad vital como también los efectos secundarios de su tratamiento. La CVRS incorpora dos dimensiones: una de carácter funcional donde se evalúan las actividades cotidianas, como son los cuidados de la persona y que puede realizar por sí mismo (bañarse, vestirse, comer, etc.), las labores que son objeto de remuneración o no (la actividad ocupacional, las labores de la casa, etc.) y las relaciones sociales con la familia o allegados y otra subjetiva que es la percepción de cómo el individuo se siente consigo mismo, si es feliz o triste, si se siente con mucha vitalidad o por el contrario se siente sin ánimo tanto en estado de dolor o sin él. La dimensión que mide la funcionalidad se comporta como una variable relativamente objetiva la cual es posible someterla a comparación con otros datos, en tanto que la interpretación que el paciente hace sobre sus sentimientos es más subjetiva ya que corresponde a la forma individual y singular de sentir su dependencia física y emocional.⁴²

Medición de la calidad de vida.- Las medidas para cuantificar la calidad de vida incluyen parámetros objetivos de carácter clínico y/o de laboratorio que permiten diagnosticar la posible insuficiencia de un órgano, y medidas basadas en los juicios subjetivos de las personas. Al igual que los instrumentos clínicos o de laboratorio, los juicios subjetivos utilizan requisitos metodológicos preestablecidos, en razón de que ciertos elementos que hacen parte de la evaluación de la calidad de vida no pueden ser calificados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. "Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominios. En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas y cada variable mide un concepto que combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable que se utilizan para formar calificaciones de dominios.

En la investigación clínica, la CVRS se mide con cuestionarios, que están constituidos por una serie de preguntas sobre lo concerniente a la vida habitual de las

⁴² FERRER. Calidad de vida como herramienta de control en las Unidades de dolor. V Congreso de la Sociedad Española del Dolor. Eds. Barcelona: ARAN SL, 2002, p 68-70.

personas y que se denominan cuestionarios de la CVRS. Se cuenta con tres tipos de cuestionarios: cuestionarios genéricos que se usan en todo tipo de enfermedades y tratamientos y se denominan (SF-36, NPH); cuestionarios específicos para cada enfermedad y que son útiles en la evaluación de problemas de salud y tratamientos específicos (FORT C-30, FLIC, QL index and Cancer Rehabilitation Evaluation System). Finalmente están los cuestionarios específicos de síntomas los cuales no son válidos para medir la CVRS directamente⁴³.

Short- form healthy survey.- El SF-36 Healthy Survey es un cuestionario de salud realizado por el Medical Outcome Study (MOS) por Ware y Sherbourne en el año de 1992 que a partir de 36 ítems evalúa 8 aspectos genéricos y uno adicional sobre salud, que no son específicos para una enfermedad o tratamiento. El Cuestionario de Salud SF-36 es una adaptación basada en el anterior y realizada para España por Alonso y cols, el cual contiene elementos que conservan la validez del instrumento original. El cuestionario ofrece una panorámica del estado de salud y en la actualidad por su utilidad y simpleza es el más utilizado en estudios de estados de salud a nivel mundial siendo aplicable en la población general y pacientes con una edad mínima de 14 años, tanto para estudios descriptivos como de evaluación. El cuestionario SF-36 se ha popularizado en los años recientes, utilizándose en forma auto administrado o en entrevista personal o por teléfono, contiene 36 partes que evalúan dos áreas: el estado funcional y el bienestar emocional⁴⁴.

En presencia de una enfermedad estas funciones se modifican. En el estado funcional se valoran la función física que es el grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, la cual se encontrará disminuida al igual que el rol físico (grado en el que la falta de salud disminuye el rendimiento en el trabajo) de acuerdo a la severidad de la patología. El grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual

⁴³ VELARDE, Elizabeth., C. Ávila. Evaluación de la CV. En: Revista Salud Pública México . 2002; vol. 44, p.349-361.

⁴⁴ WILSON, R, et al. Comparison of 2 QoL Questionnaires in Women Treated for Breast Cancer: The RAND 36-Item Health Survey and the Functional Living Index-Cancer. Physical Therapy. En: School Of Physical Therapy. 2005; vol. 85, no.9, p. 851-860

(función social) y el grado en que los problemas emocionales afectan el trabajo y otras actividades diarias (rol emocional) se encontrarán reducidos también ya que ambos aspectos van de la mano, y por lo general un individuo enfermo crónico experimenta cambios no solo en su parte física sino también en su parte espiritual.

Al evaluar el bienestar en una persona enferma se toman en cuenta, la salud general (valoración personal del estado de salud), la salud mental (depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general), vitalidad (sentimiento de energía y vitalidad) que estarían afectados de forma variable según la cronicidad y severidad de la patología así como de la intensidad de los síntomas que ésta ocasiona; la presencia de dolor corporal (medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual) limita a su vez todas estas actividades, deteriorando de forma importante la calidad de vida⁴⁵.

Los resultados son codificados y transportados a una escala que va desde 0 (el peor estado de la salud) hasta 100 (el mejor estado de la salud), lo cual permite el cálculo de dos puntuaciones resumen: Física y Mental, estas puntuaciones facilitan reducir la cantidad de comparaciones de ocho a dos dimensiones sin afectar su cualidad de distinguir entre los resultados de la evaluación de salud física y mental ya sea en estudios transversales o longitudinales. La versión castellana del SF-36 de Alonso y Cols, cuenta con una validación satisfactoria, con un valor de alfa de Cronbach superior a 0,7 lo cual lo hace utilizable para medir modificaciones en calidad de vida.

En Colombia, un estudio realizado en la Universidad de Antioquia adaptó el cuestionario de calidad de vida en salud SF-36, evaluó la confiabilidad del mismo y encontró que este es aplicable en población adulta colombiana después de adaptarse lingüísticamente ([Anexo 15](#)).

⁴⁵ HAYS R. D., HAHN H, y MARAHALL G. Use of the SF-36 and ther health-related quality of life measures to assess persons With Disabilities. En: Arch Phys Med Rehabil, 2002; vol. 83.

VARIABLES

- 1. VARIABLE:** Sangrado Transvaginal no Obstétrico
- 2. VARIABLE:** Calidad de vida

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Sangrado Transvaginal No Obstétrico	Denominación general que abarca todos los sangrados uterinos que no siguen un patrón menstrual típico, (volumen, regularidad temporalidad, o los tres) sin especificar la etiología. que ha estado presente durante la mayor parte de los últimos seis meses	Características generales y específicas de la población en estudio	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 14-19 • 20-29 • 30-39 • 40-49 • 50 y mas
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión libre • Viuda • Divorciada
			Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural
			Nivel de Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior • Ninguna

		Características del sangrado transvaginal anormal	Volumen/ Coágulos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
			Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • < a 7 días • > a 7 días
			Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez al mes • Dos veces al mes
		Causas	Anatómicas	<ul style="list-style-type: none"> • Pólipos • Adenomiosis • Leiomiomas • Causas endometriales
			Funcionales	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos ovulatorios • Trastornos anovulatorios

			Otras	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades malignas y premalignas • Coagulopatías • Iatrogénico • No clasificado 	
			Tratamiento	Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
				Quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Calidad de vida	Según la OMS, es la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Para medir la calidad de vida se utilizara el Cuestionario Fort Short-36	Función física	Limitación de las actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Vigorosas • Moderadas • Leves
		Rol físico	Tiempo dedicado a las actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Conservado • Disminuido
		Dolor corporal	Magnitud del dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Intenso
		Salud general	Percepción de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular • Mala
		Vitalidad	Animado y con energía	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Función social	Magnitud (tiempo) social	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuido • Conservado
		Salud mental	Estados de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • Feliz • Tranquilo

				<ul style="list-style-type: none"> • Nervioso • Triste
		Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Conservado • Disminuido

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio.

La presente investigación es de tipo Prospectivo, descriptivo.

Localización.

Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

Universo.

El universo de estudio estuvo constituido por 269 pacientes que acudieron a la consulta externa ginecológica del Hospital Verdi Cevallos Balda que cumplen con los criterios de inclusión durante el periodo Enero a Junio del 2013.

Muestra.

Se tomó mediante una muestra estadísticamente muy significativa de 100 pacientes que acudieron a consulta externa ginecológica que corresponde al 37 % de la población en estudio; se aplicó la entrevista y evaluación directa.

Criterios de inclusión.

Usuaris con sangrado transvaginal no obstétrico.

Criterios de exclusión.

Se excluirán las usuarias con sangrado transvaginal de origen obstétrico.

Técnicas de recolección de información.

Para la recolección de información se utilizaron las siguientes técnicas:

Revisiones Bibliográficas que permitieron la estructuración del marco teórico.

Entrevistas a las pacientes del estudio atendidas en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda.

Formularios para recolección de datos de la historia clínica.

Análisis e interpretación de resultados.

Los datos fueron procesados mediante el programa informático Excel; los resultados se expresaron en frecuencias, promedios, porcentajes y para la representación gráfica se usaron tablas, barras y pasteles.

Recursos humanos.

Dos investigadoras

Pacientes

Tribunal de revisión y sustentación.

Director de tesis

Especialistas del Hospital Verdi Cevallos Balda

Personal administrativo de la institución.

Recursos institucionales.

Hospital Verdi Cevallos Balda: área de consulta externa ginecológica y estadística.

Universidad técnica de Manabí

Recursos tecnológicos.

Computadoras.

Internet.

Copias.

Recursos materiales.

Material de oficina: papel A4, lápiz, lapiceros, grapadoras.

Material didáctico: trípticos y afiches.

Material bibliográfico: libros, revistas, internet.

Material audiovisual: videos informativos.

Recursos económicos.

De las investigadoras.

PRESUPUESTO

El presente trabajo de investigación tendrá un costo de \$ 900 dólares americanos en circulación.

DETALLE	TOTAL
Materiales de oficina	100
Impresión de trípticos y afiches	100
Fotocopias	90
Tipiado del trabajo	100
Obtención de información en internet	60
Tabulación y Graficación de información	100
Anillado y arreglo de informe preliminar	80
Cd-memory y otros	70
Movilización general	200
TOTAL	900

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

TABLA N ° 1

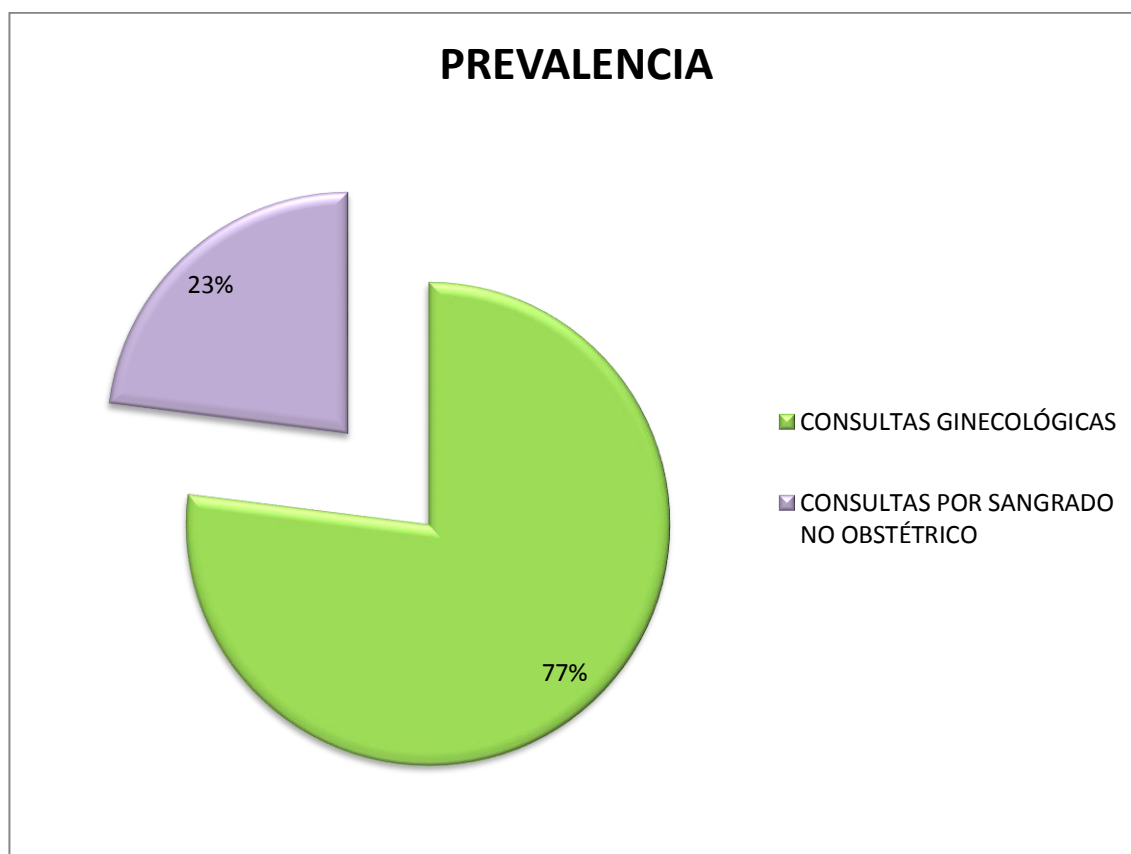
**PREVALENCIA DEL SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO - JUNIO 2013**

MESES	ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		TOTAL	
	ENERO	%	FEBRERO	%	MARZO	%	ABRIL	%	MAYO	%	JUNIO	%	TOTAL	%
CONSULTAS														
Consultas ginecológicas	98	90	148	71	157	84	269	78	182	71	41	69	895	77
Consultas por sangrado no obstétrico	11	10	60	29	30	16	77	22	73	29	18	31	269	23
Total	109	9	208	18	187	16	346	30	255	22	59	5	1164	100

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRÁFICO # 1



RESULTADO Y ANÁLISIS: El número total de pacientes atendidas en la Consulta Externa Ginecológica de Enero a Junio del 2013 fue de 1164. De las cuales el 23% presentaron sangrado transvaginal no obstétrico. Lo que coincide con la literatura revisada, en donde se afirma que la hemorragia uterina anormal constituye del 5 al 20% de las consultas ginecológicas, porcentaje que no difiere mucho de la realidad nacional.

TABLA N ° 2

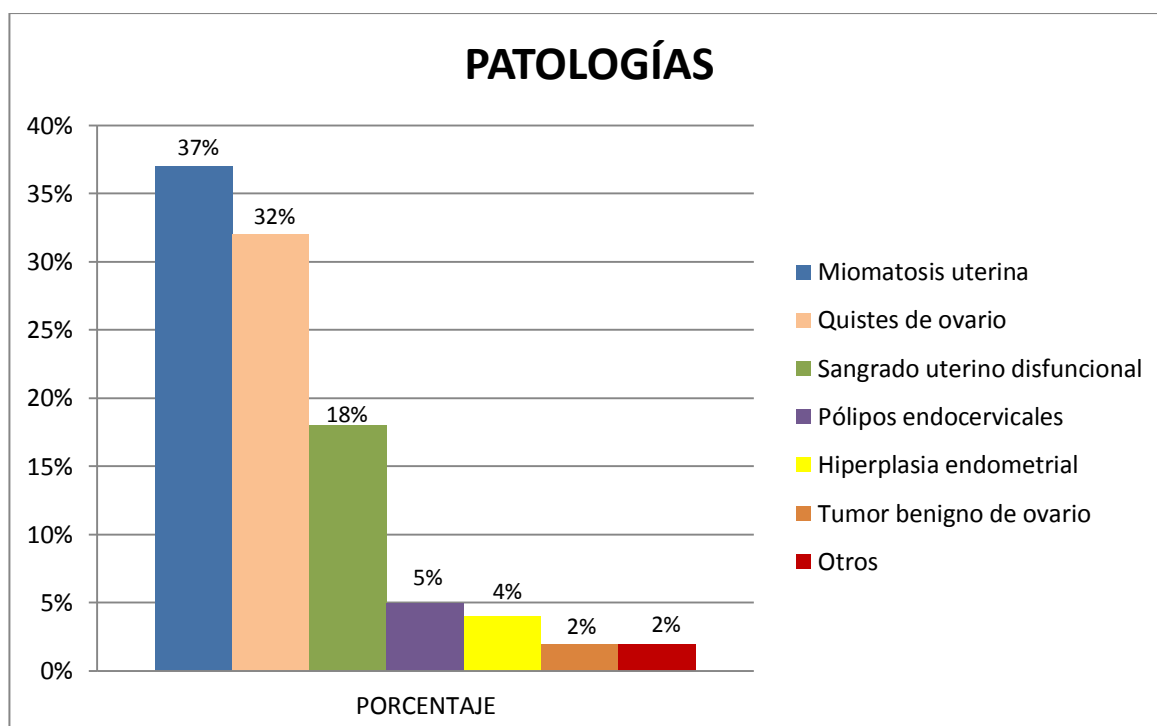
**SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO SEGÚN PATOLOGÍA
POR MESES.
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO - JUNIO 2013**

PATOLOGÍAS	ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		TOTAL PATOLOGÍAS	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Quistes de ovario	1	10	18	30	10	33	30	39	25	34	2	11	86	32
Miomatosis uterina	4	36	27	45	11	37	29	37	24	33	5	28	100	37
Sangrado uterino disfuncional	4	36	9	15	3	10	6	8	21	29	7	39	50	18
Hiperplasia endometrial	0	0	4	7	2	7	0	0	1	1	3	17	10	4
Pólipos endocervicales	0	0	0	0	4	13	9	12	2	3	0	0	15	5
Tumor benigno de ovario	0	0	2	3	0	0	2	3	0	0	0	0	4	2
Otros	2	18	0	0	0	0	1	1	0	0	1	5	4	2
Total por mes	11	4	60	22	30	11	77	29	73	27	18	7	269	100

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRÁFICO # 2



RESULTADO Y ANÁLISIS: El número total de pacientes con sangrado transvaginal no obstétrico atendidas en la consulta externa de Ginecología de Enero a Junio del 2013 fue de 269 pacientes. La patología predominante fue Miomatosis uterina con el 37%. El mayor número de pacientes se atendió en Abril con el 29% de los casos. Estos datos no coinciden con la bibliografía consultada, donde se afirma que la presencia de miomas no es la causa frecuente de sangrado uterino anormal.

TABLA N° 3

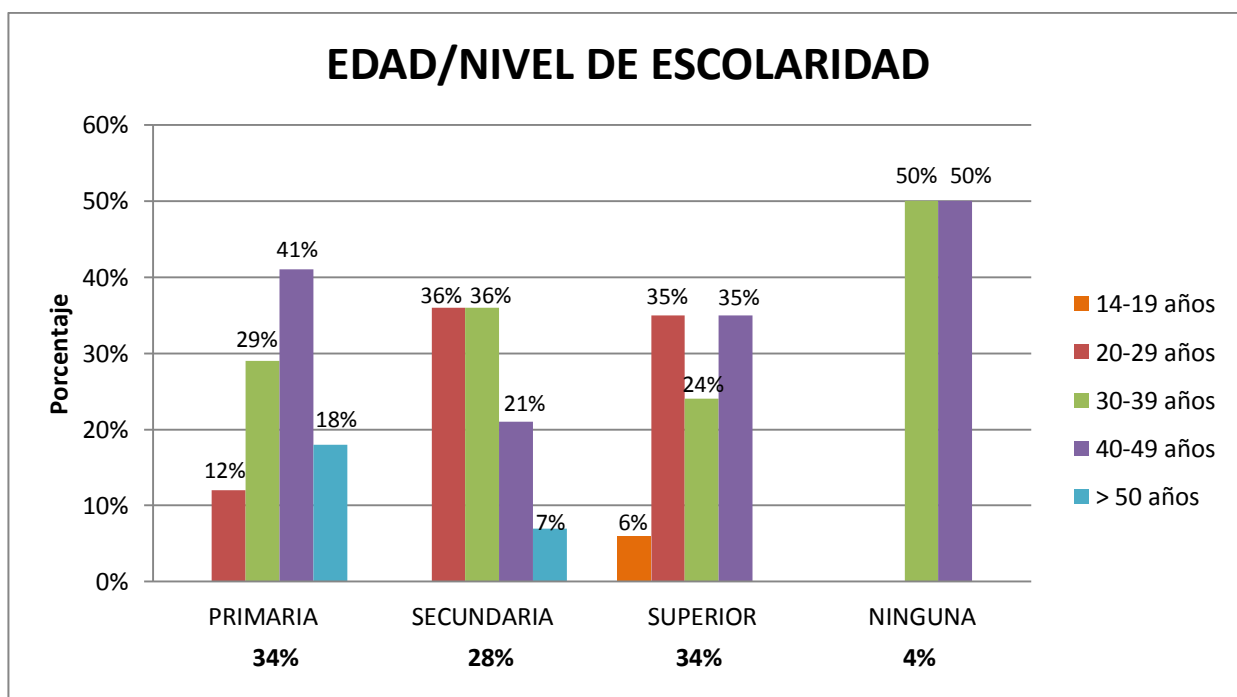
**SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO SEGÚN EDAD Y NIVEL DE ESCOLARIDAD
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO - JUNIO 2013**

NIVEL DE ESCOLARIDAD \ EDAD	Primaria		Secundaria		Superior		Ninguna		Total	
		%		%		%		%		%
14-19 años	0	0	0	0	2	6	0	0	2	2
20-29 años	4	12	10	36	12	35	0	0	26	26
30-39 años	10	29	10	36	8	24	2	50	30	30
40-49 años	14	41	6	21	12	35	2	50	34	34
> 50 años	6	18	2	7	0	0	0	0	8	8
TOTAL	34	34	28	28	34	34	4	4	100	100

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRAFICO # 3



RESULTADO Y ANÁLISIS: En el análisis de la edad se aprecia que el mayor porcentaje de las pacientes tenían entre 40-49 años. La escolaridad primaria y superior predominaron con el 34%. En el cruce de estas variables se reafirma que la mayor prevalencia de sangrado no obstétrico ocurre en las pacientes de 40 a 49 años, con un nivel de escolaridad primaria y superior. Lo cual concuerda con la literatura revisada que establece que la edad de presentación es de 40 a 50 años, es decir en el periodo perimenopáusico, mientras que la escolaridad no tiene relación con la presentación de la patología estudiada.

TABLA N ° 4

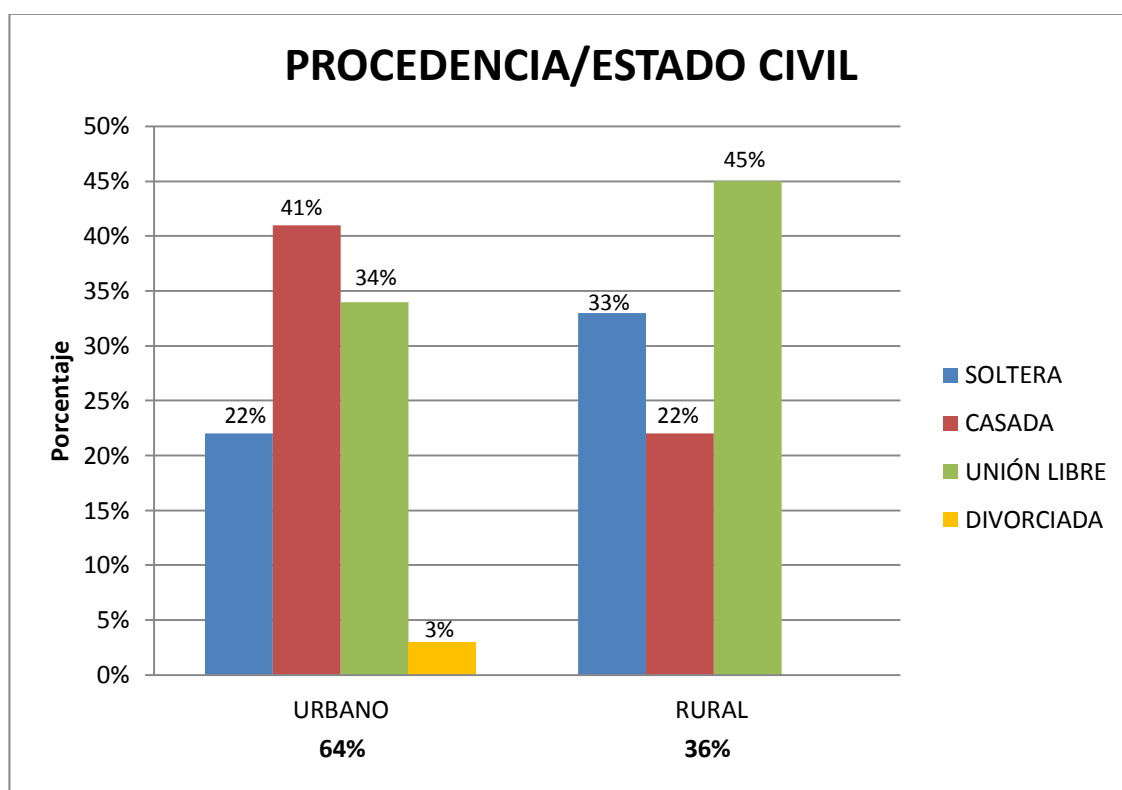
**SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO SEGÚN PROCEDENCIA
Y ESTADO CIVIL
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO - JUNIO 2013**

PROCEDENCIA ESTADO CIVIL	URBANO		RURAL		TOTAL	
	URBANO	%	RURAL	%	TOTAL	%
SOLTERA	14	22	12	33	26	26
CASADA	26	41	8	22	34	34
UNIÓN LIBRE	22	34	16	45	38	38
DIVORCIADA	2	3	0	0	2	2
TOTAL	64	64	36	36	100	100

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRAFICO # 4



RESULTADO Y ANÁLISIS: El estudio de las pacientes con sangrado transvaginal no obstétrico determinó que la procedencia que predominó en la población fue la urbana (64%) y el estado civil fue la unión libre con el 38%, seguido del estado civil casado con un 34%. El cruce de variables Se concluye que la mayor parte de las pacientes proviene del sector urbano y viven en unión libre.

TABLA N ° 5

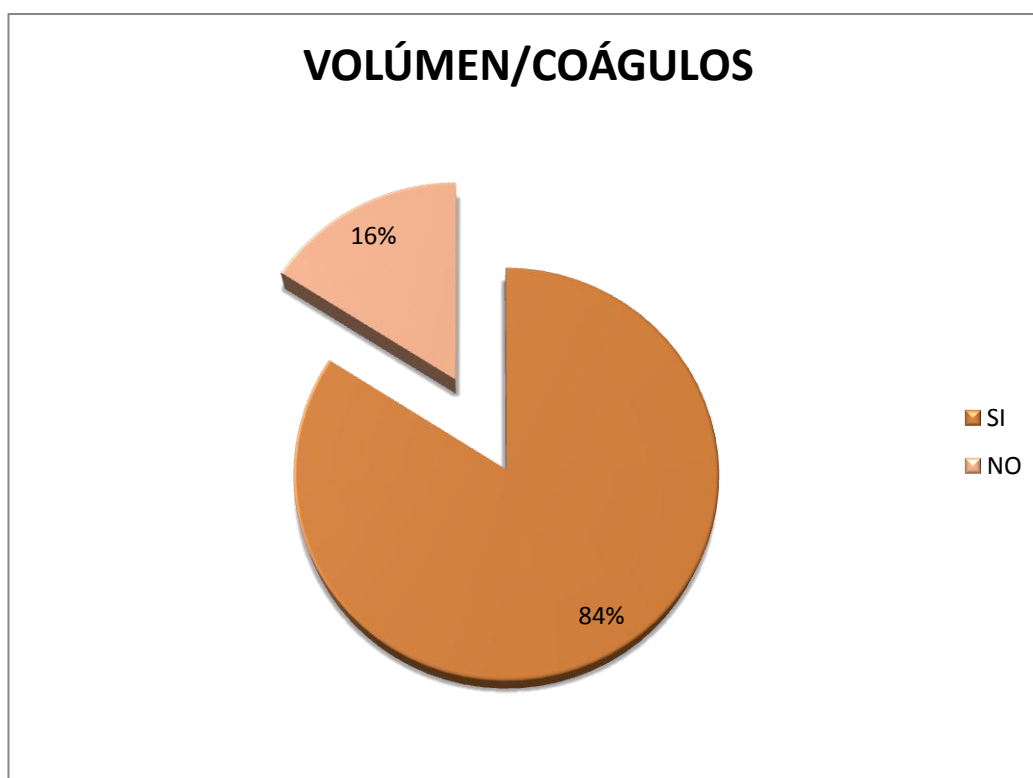
**SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO SEGÚN EL VOLÚMEN
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO - JUNIO 2013**

VOLUMEN / COÁGULOS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	84	84%
NO	16	16%
TOTAL	100	100%

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRAFICO # 5



RESULTADO Y ANÁLISIS: El análisis del volumen del sangrado transvaginal de las pacientes encuestadas mostró que predominó el sangrado abundante que se lo relacionó con la presencia de coágulos en el 84%. Lo que en la literatura refiere a un sangrado que supera los 80 mL.

TABLA N ° 6

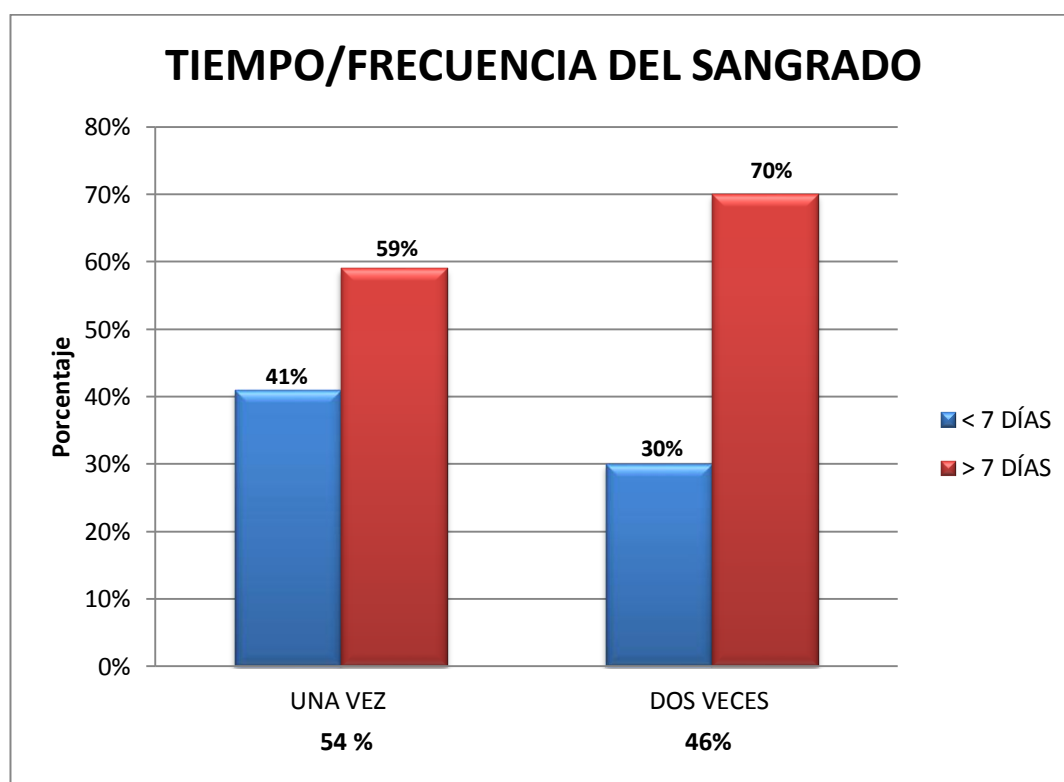
**SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO SEGÚN EL TIEMPO Y LA FRECUENCIA
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO - JUNIO 2013**

FRECUENCIA MENSUAL TIEMPO	UNA VEZ	%	DOS VECES	%	TOTAL	%
	< 7 DÍAS	22	41	14	30	36
> 7 DÍAS	32	59	32	70	64	64
TOTAL	54	54	46	46	100	100

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRAFICO # 6



RESULTADO Y ANÁLISIS: Según el tiempo de sangrado en el grupo de estudio se presentó mayor a 7 días con coágulos en el 64%, mientras que la frecuencia fue de 1 vez al mes en el 54%. Al cruzar las variables se observa que el sangrado fue mayor de 7 días y 2 veces al mes (70%). Lo cual concuerda con la literatura donde se afirma que la duración del ciclo menstrual normal tiene un promedio de 28 días es decir la presencia una vez por mes del sangrado con un tiempo de duración del mismo menor a 7 días. Pasados estos límites se considera como sangrado excesivo y prolongado o hemorragia uterina anormal.

TABLA N ° 7

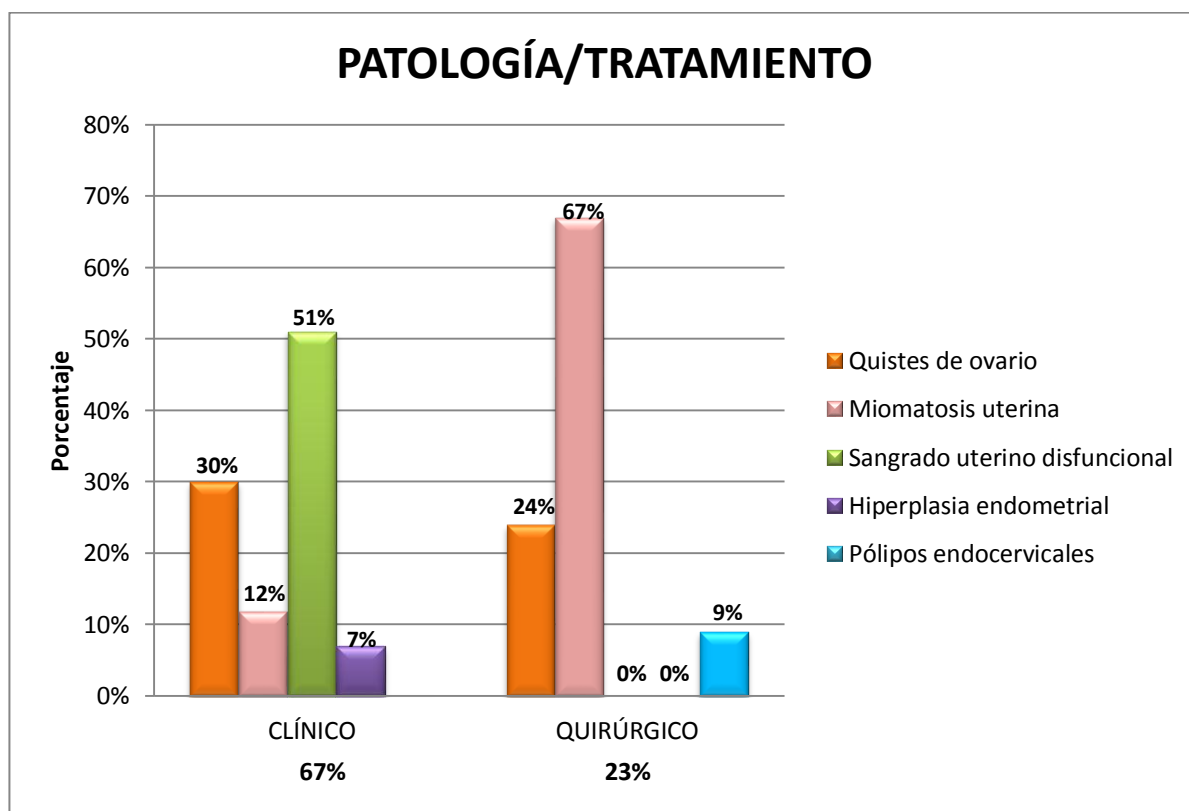
**SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO SEGÚN LA
PATOLOGÍA Y EL TIPO DE TRATAMIENTO
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO JUNIO 2013**

PATOLOGÍA \ TIPO DE TRATAMIENTO	Clínico		Quirúrgico		Total	
	Clinico	%	Quirúrgico	%	Total	%
Quistes de ovario	20	30	8	24	28	28
Miomatosis uterina	8	12	22	67	30	30
Sangrado uterino disfuncional	34	51	0	0	34	34
Hiperplasia endometrial	5	7	0	0	5	5
Pólipos endocervicales	0	0	3	9	3	3
Total	67	67	33	33	100	100

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRAFICO # 7



RESULTADO Y ANÁLISIS: La relación entre patología y tratamiento en las pacientes encuestadas determinó que el sangrado uterino disfuncional predominó con el 34%, seguido de miomatosis uterina con el 30% de los cuales la mayor parte recibió tratamiento clínico lo que corresponde al 67% de los casos. Lo que coincide con la literatura donde el sangrado uterino disfuncional es una de las principales causas de sangrado transvaginal no obstétrico, y el tratamiento clínico es el de primera elección.

TABLA N ° 8

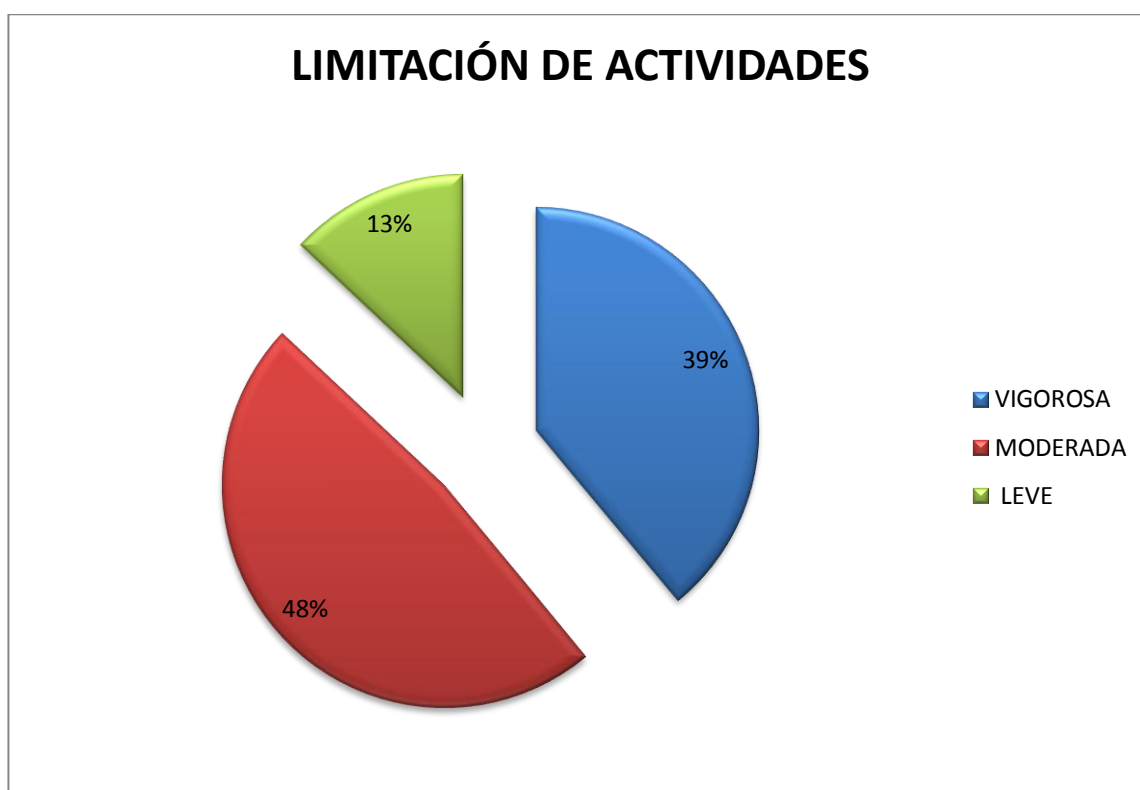
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SANGRADO TRANSVAGINAL
NO OBSTÉTRICO SEGÚN LA FUNCIÓN FÍSICA
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO - JUNIO 2013**

FUNCIÓN FÍSICA/LIMITACIÓN	NÚMERO DE PACIENTES	%
VIGOROSA	36	39
MODERADA	44	48
LEVE	12	13
TOTAL	92	100

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRAFICO # 8



RESULTADO Y ANÁLISIS: De la población de estudio el 92% tuvieron limitación física. De ellas el 48% limitó sus actividades moderadas y el 39% sus actividades vigorosas. A penas en el 8% de estas pacientes la función física estuvo conservada, por lo que no formó parte de la sumatoria final. Observándose que esta patología dificulta o limita actividades tan básicas como levantar una mesa, barrer, subir un piso por las escaleras y caminar varias manzanas; por lo que si afecta notablemente el desempeño diario de las pacientes lo que concuerda con la literatura revisada en donde se manifiesta que la función física se encuentra limitada dependiendo de la severidad de la patología.

TABLA N ° 9

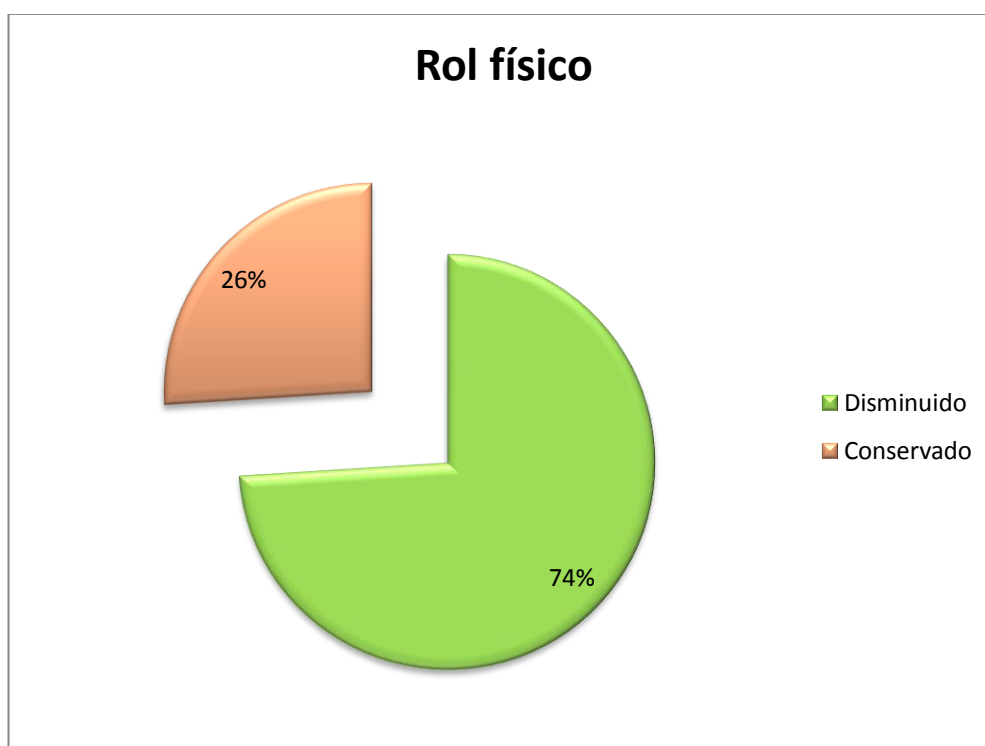
**CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES CON SANGRADO
TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO SEGÚN EL ROL FÍSICO
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO - JUNIO 2013**

ROL FÍSICO	NÚMERO DE PACIENTES	%
Disminuido	74	74
Conservado	26	26
TOTAL	100	100

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRAFICO # 9



RESULTADO Y ANÁLISIS: En relación al rol físico se observó que éste se encuentra disminuido en la mayor parte de las pacientes, lo que corresponde al 74% de los casos. Se evidencia así el grado en el que el sangrado transvaginal no obstétrico interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo un menor rendimiento al deseado para estas pacientes. Lo que concuerda con la literatura consultada en donde se observó que el rol físico se encuentra disminuido en relación a la intensidad de los síntomas derivados de la patología presente.

TABLA N ° 10

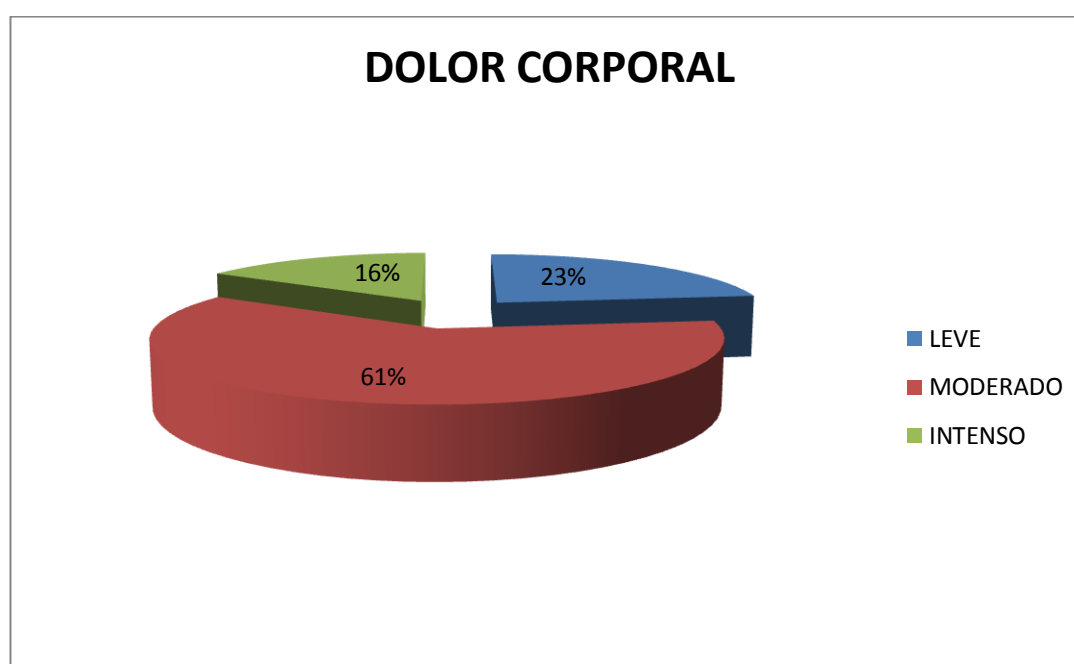
**CALIDAD DE VIDA SEGÚN DOLOR CORPORAL DE LAS PACIENTES
CON SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO - JUNIO 2013**

DOLOR CORPORAL	NÚMERO DE PACIENTES	%
LEVE	22	23
MODERADO	60	61
INTENSO	16	16
TOTAL	98	100

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRAFICO # 10



RESULTADO Y ANÁLISIS: De la población estudio el 98% de las pacientes presentó dolor corporal, de las cuales predominó el moderado con el 61%. Solo el 2% de las pacientes no presentó sintomatología alguna, por lo que no formó parte de la sumatoria final. Se evidencia que durante los días de sangrado la mayoría de pacientes presentan dolor intenso o moderado que corresponde al 76% lo que afecta sus actividades laborales y el tiempo dedicado a ellas. La literatura revisada hace mención de la medida en que el dolor percibido dificulta las actividades diarias afectando así la calidad de vida lo cual se muestra en nuestra realidad.

TABLA N ° 11

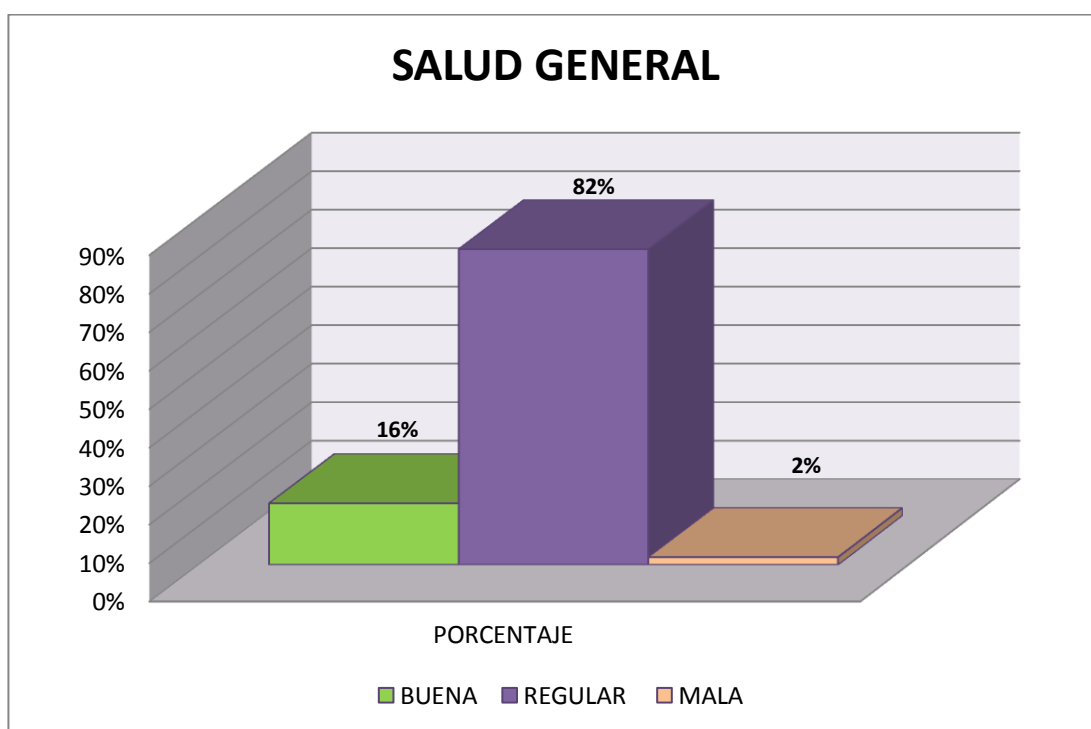
**CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD GENERAL DE LAS PACIENTES CON SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO - JUNIO 2013**

SALUD GENERAL	NÚMERO DE PACIENTES	%
BUENA	16	16
REGULAR	82	82
MALA	2	2
TOTAL	100	100

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRAFICO # 11



RESULTADO Y ANÁLISIS: En relación a la salud general, la mayor parte de las pacientes presentó un estado de salud regular de acuerdo a la percepción de cada una de ellas, que equivale al 82%. Con respecto a la literatura consultada la salud general estaría afectada de acuerdo a la intensidad de los síntomas y duración de los mismos, lo que se observa en nuestro medio en donde las mujeres que presentan esta patología no creen tener un buen estado de salud que afecta a su vez el estado mental y emocional.

TABLA N ° 12

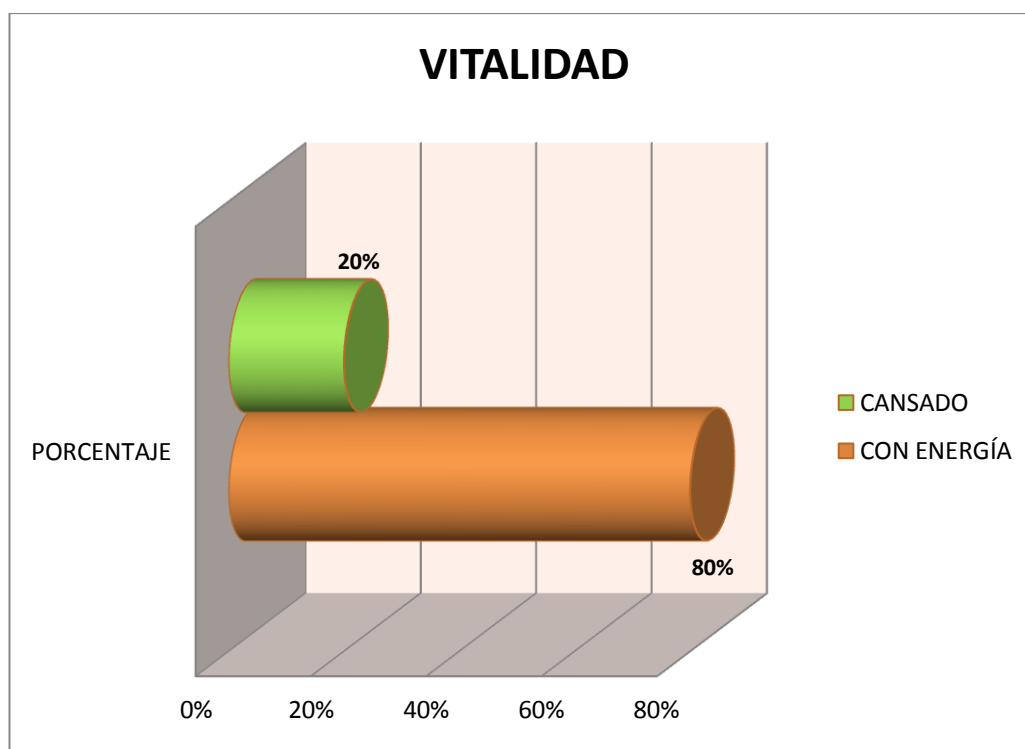
**CALIDAD DE VIDA SEGÚN PERCEPCIÓN DE VITALIDAD EN LAS
PACIENTES CON SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO - JUNIO 2013**

PERCEPCIÓN DE VITALIDAD	NÚMERO DE PACIENTES	%
CON ENERGÍA	80	80
CANSADO	20	20
TOTAL	100	100

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRAFICO # 12



RESULTADO Y ANÁLISIS: En lo que se refiere a la vitalidad de la población estudio, el mayor porcentaje de las pacientes se sintió con energía que corresponde al 80%. Lo que no concuerda con la literatura revisada donde especifica que la vitalidad estaría afectada de acuerdo a la intensidad y duración de los síntomas. En nuestro medio el sangrado transvaginal no obstétrico disminuye el rendimiento diario, pero no afecta de forma importante la vitalidad de las pacientes.

TABLA N ° 13

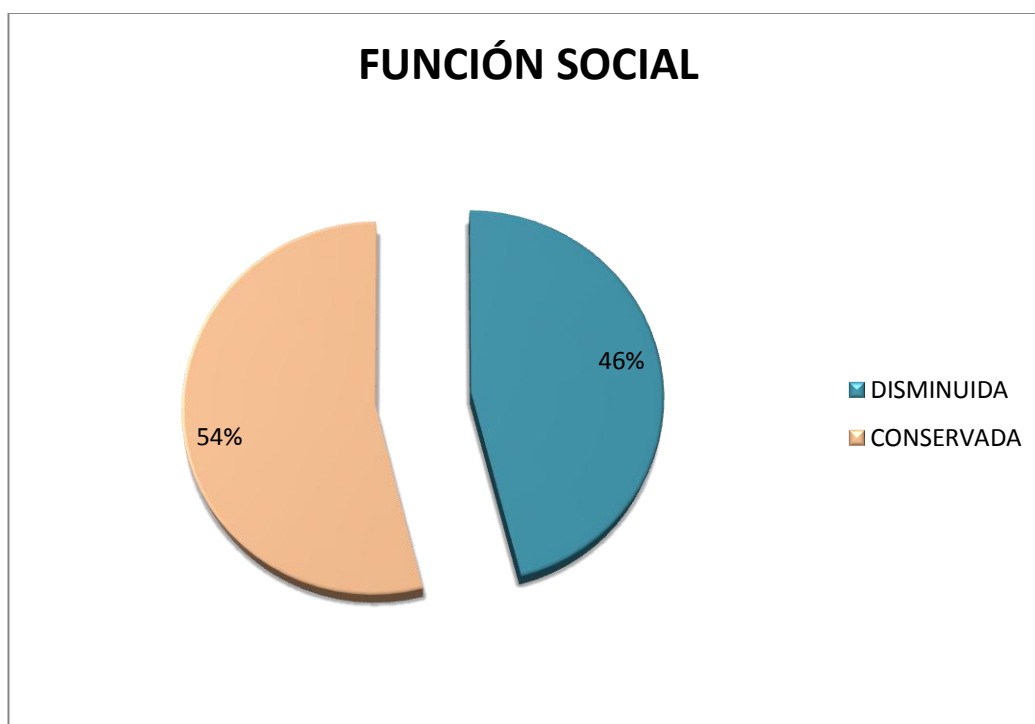
**CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA FUNCION SOCIAL DE LAS PACIENTES
CON SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO - JUNIO 2013**

FUNCIÓN SOCIAL	NÚMERO DE PACIENTES	%
DISMINUIDA	46	46
CONSERVADA	54	54
TOTAL	100	100

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRAFICO # 13



RESULTADO Y ANÁLISIS: Las pacientes con sangrado transvaginal no obstétrico perciben que la función social se encuentra conservada con un leve predominio que corresponde al 54%. Pero a su vez no es una diferencia significativa ya que en el 46% de las mujeres si afecta sus actividades sociales. Como se comprueba en la literatura que es considerable el grado en el que los problemas físicos o emocionales provocados por esta patología interfieren en la vida social habitual.

TABLA N ° 14

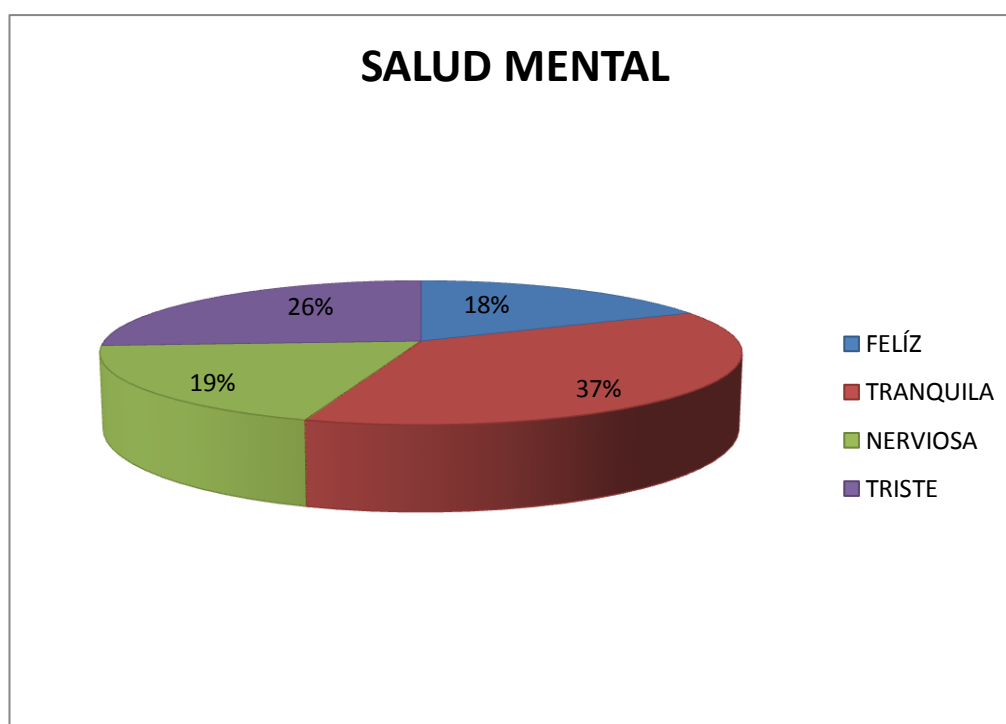
CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE SALUD MENTAL DE LAS PACIENTES CON SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ENERO - JUNIO 2013

SALUD MENTAL	NÚMERO DE PACIENTES	%
FELÍZ	18	18
TRANQUILA	37	37
NERVIOSA	19	19
TRISTE	26	26
TOTAL	100	100

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRAFICO # 14



RESULTADO Y ANÁLISIS: En lo que se refiere a la Salud mental el mayor número de pacientes manifestó sentirse tranquilas lo que corresponde al 37% de los casos, seguido del 26% que manifestaron sentirse tristes. Observándose que el sangrado transvaginal no obstétrico provoca ansiedad y tristeza en algunas pacientes, lo que se traduce en un menor rendimiento en sus actividades diarias. Lo cual concuerda con la literatura en donde se manifiesta que la salud mental se encontraría afectada de acuerdo a la severidad y cronicidad de la patología.

TABLA N ° 15

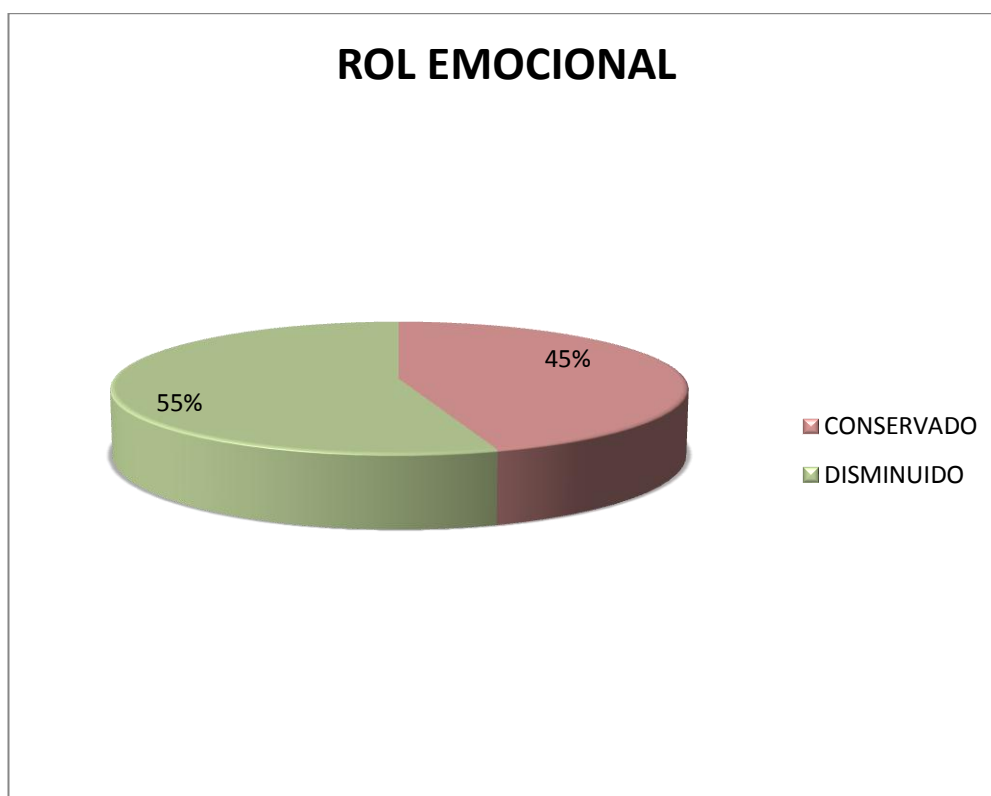
**CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL ROL EMOCIONAL DE LAS PACIENTES
CON SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO - JUNIO 2013**

ROL EMOCIONAL	NÚMERO DE PACIENTES	%
CONSERVADO	46	46
DISMINUIDO	56	56
TOTAL	100	100

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

GRAFICO # 15



RESULTADO Y ANÁLISIS: En la población estudio el rol emocional se encontró disminuido en el 55% de los casos. Comparándose con la literatura consultada se comprueba el grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, disminuyendo el rendimiento y esmero de los mismos.

TABLA N ° 16

**EVALUACION GENERAL DE LA CALIDAD DE VIDA
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO - JUNIO 2013**

DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN
FUNCIÓN FÍSICA	39
ROL FÍSICO	30
DOLOR CORPORAL	35
SALUD GENERAL	39
VITALIDAD	48
FUNCIÓN SOCIAL	65
SALUD MENTAL	60
ROL EMOCIONAL	46
TOTAL	45

Fuente: Formulario

Elaborado por: Moncayo Karen - Solórzano Luisana

RESULTADO Y ANÁLISIS: Para asignar una calificación a la calidad de vida de las 100 pacientes encuestadas, se utilizó una puntuación que va de 0 a 100, considerando 0 como malo y 100 como excelente. La función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad y rol emocional no llegan a los 50 puntos por lo que se considera que estos aspectos son regulares en las pacientes, mientras que la función social y la salud mental están por encima de los 50 puntos considerando que son relativamente buenos. Promediando todas las dimensiones para evaluar la calidad de vida en general se obtienen 45 puntos calificándose como regular. Se determina así que el sangrado transvaginal no obstétrico afecta de forma variable los factores que intervienen en la calidad de vida, provocando un notable deterioro de la misma en quienes padecen de esta patología.

CONCLUSIONES

Una vez concluida la investigación Sangrado Transvaginal No Obstétrico y Calidad de Vida de Pacientes que acuden a Consulta Externa de Ginecología del Hospital Verdi Cevallos Balda Enero - Junio 2013.

Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- La prevalencia de sangrado transvaginal no obstétrico fue del 23% del total de consultas ginecológicas.
- El perfil de las pacientes motivo del estudio fue:

La **edad** de presentación fue 40-49 años correspondiente al 34%

El **nivel de escolaridad** primaria y superior predominaron con el 34% cada una.

El **estado civil** fue unión libre correspondiente al 38%,

La **procedencia** que predominó fue la urbana con el 64%.

La **causa** principal de sangrado transvaginal no obstétrico fue miomatosis uterina con el 37%.

El **tratamiento** en su mayoría fue de tipo Clínico con el 67%.

- La calidad de vida estuvo afectada en la mayoría de pacientes que presentan esta patología evidenciándose en la disminución de sus actividades físicas, mentales y sociales.
- El plan de consejería se entregó a las pacientes de Consulta externa Ginecológica en número de 200, en el que se resaltó los signos y síntomas que les permita reconocer la patología.

RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones realizadas recomendamos lo siguiente:

- Fomentar la aplicación de medidas preventivas y correctivas en las pacientes con Sangrado Transvaginal no Obstétrico para evitar posibles complicaciones o un marcado deterioro en la calidad de vida.
- Educar a los pacientes y los familiares sobre esta patología mediante reuniones y charlas educativas.
- Incentivar controles rutinarios en las pacientes con Sangrado Transvaginal no Obstétrico incluida la valoración ecográfica, que permitan oportunamente diagnosticar la patología.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Meses Semanas	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del Proyecto	x																							
Aprobación del proyecto		x																						
Primera reunión con el Tribunal de tesis				x																				
Revisión del proyecto				x																				
Elaboración de instrumento					x																			
Elaboración de objetivos						x																		
Segunda reunión con el Tribunal de tesis								x																
Elaboración del marco teórico									x	x														
Elaboración del índice de contenidos											x													
Tercera reunión con el Tribunal de tesis												x												
Revisión bibliográfica final													x											
Ejecución														x										
Aplicación de instrumento															x									
Cuarta reunión con Tribunal de tesis																x								
Recolección de datos																x	x	x	x	x	x	x		
Entrega de guía educativa																x	x	x	x	x	x	x		

Meses Semanas	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Quinta reunión con el Tribunal de tesis																				x				
Tabulación de datos																					x			
Elaboración de informe final																						x		
Sexta reunión con el Tribunal de tesis																							x	
Revisión de informe final																							x	
Elaboración final de tesis																							x	
Presentación de la tesis																								x

BIBLIOGRAFÍA

1. Lugones Botell, Miguel, Prado González, José y Calzada Occeguera, María A. Experiencias de la Consulta de Ginecología Infanto-Juvenil. Rev Cubana Med.
2. Bulun SE. The physiology and pathology of the female reproductive axis. In: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM, eds. *Williams Textbook of Endocrinology*. 12th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier;2011:chap 17.
3. Reproductive Endocrinology, Surgery, and Technology. Ed: Eli Y Adashi, John A Rock, Zev Rosenwaks. Lippincot-Raven Publishers, Philadelphia, 1996.Section 12. Disorders of the hypothalamic pulse generator: insufficient gonadotropin release.
4. SOGC Clinical Practice Guidelines. Guidelines for the Management of Abnormal Uterine Bleeding. JOGC. August 2001
5. Bonnar J, Sheppard B L.Treatment of menorrhagia during menstruation: randomized controlled trial of ethamsylate, mefenamic acid,;579-582
6. Shrager S. Abnormal Uterine Bleeding Associated with Hormonal Contraception. Am Fam Physician.
7. Gordts S, Brosens JJ, Fusi L, Benagiano G, Brosens I. Uterine adenomyosis: a need for uniform terminology and consensus classification. Reprod Biomed Online 2008: 244-248.
8. Best Practice Guidance for Doctors and Other Health Professionals on the Provision of Advice and Treatment to Young People under 16 on Contraception, Sexual and Reproductive Health. United Kingdom Department of Health. July, 2004.
9. DeVore GR, Owens O, Kase N. Use of intravenous Premarin in the treatment of dysfunctional uterine bleeding—a doubleblind randomized control study. Obstet Gynecol 285- 291.
10. Stewart EA, Nowak RA. Leiomyoma related bleeding: a classic hypothesis updated for the molecular era. Hum Reprod 295-306.
11. National Evidence Based Guidelines. The Initial Management of Menorrhagia. Royal College of Obstetricians and Gynecologist. 2002.

12. Beaumont H, Augood C, Ducklit K, Lethaby A. Danazol for heavy menstrual bleeding (Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd)
13. Guidelines for the Management of Heavy Menstrual Bleeding. New Zealand Guidelines Group (NZGG). 1997
14. Hickey M, Higham J, Fraser IS. Progestogens versus estrogens and progestogens for irregular uterine bleeding associated with anovulation. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
15. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;113:3-13.
16. Dueholm M. Transvaginal ultrasound for diagnosis of adenomyosis: a review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006;20:569-582.
17. Weiss G, Maseelall P, Schott LL, Brockwell SE, et al. Adenomyosis a variant, not a disease? Evidence from hysterectomized menopausal women in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Fertil Steril* 2009;91:201-206.
18. Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, Sorensen JS, et al. Magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography for the diagnosis of adenomyosis. *Fertil Steril* 2001;76:588-594.
19. Munro MG. Abnormal uterine bleeding. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2010.
20. Tavassoli FA, Devilee P. World Health Organization classification of tumors: pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. Lyon, France: IARC Press, 2003.
21. Kadir RA, Economides DL, Sabin CA, Owens D, Lee CA. Frequency of inherited bleeding disorders in women with menorrhagia. *Lancet* 1998;351:485-489.
22. Hale GE, Hughes CL, Burger HG, Robertson DM, Fraser IS. Atypical estradiol secretion and ovulation patterns caused by luteal out-of-phase (LOOP) events underlying irregular ovulatory menstrual cycles in the menopausal transition. *Menopause* 2009;16:50-59.

23. Smith SK, Abel MH, Kelly RW, Baird DT. A role for prostacyclin (PGi₂) in excessive menstrual bleeding. *Lancet* 1981;1:522- 524.
24. Smith SK, Abel MH, Kelly RW, Baird DT. Prostaglandin synthesis in the endometrium of women with ovular dysfunctional uterine bleeding. *Br J Obstet Gynaecol* 1981;88:434-442.
25. Irvine GA, Campbell-Brown MB, Lumsden MA, Heikkila A, et al. Randomised comparative trial of the levonorgestrel intrauterine system and norethisterone for treatment of idiopathic menorrhagia. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:592-598.
26. Kouides PA, Conard J, Peyvandi F, Lukes A, Kadir R. Hemostasis and menstruation: appropriate investigation for underlying disorders of hemostasis in women with excessive menstrual bleeding. *Fertil Steril* 2005;84:1345-1351.
27. Marjoribanks J, Lethaby A, Farquhar C Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding In *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
28. Iyer V, Farquhar C, Jepson R Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding In *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
29. Van Vliet HAAM, Grimes DA, Helmerhorst FM, Schulz KF. Biphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004.
30. O'Brien PA, Marfleet C. Frameless versus classical intrauterine device for contraception. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004
31. French R, Van Vliet H, Cowan F, Mansour D, Morris S, Hughes D, Robinson A, Proctor T, Summerbell C, Logan S, Helmerhorst F, Guillebaud J. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs) versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy In *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford.
32. Cheng L, Gülmezoglu AM, Van Oel CJ, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PFA. Interventions for emergency contraception In *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford

33. Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight In The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford
34. **Laser Hysteroscopy. Manual of Clinical Hysteroscopy. Capitulo 9**
35. Albert, S. (1977). Temporal comparison theory. *Psychological Review*, 84, 485-503.
36. Allison, P., Locker, D., & Feine, J., (1997). Quality of life: A dynamic construct. *Social Sciences and Medicine*, 45,221 - 230.
37. Arnold. R., Ranchor, A., Sanderman, R., Kempen, G., Ormel, J., & Suurmeijer, T. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of life Research*,13,883-896
38. Atkinson, M., Zibin, S., & Chuang, H. (1997) Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology. *American-Journal of Psychiatry*, 154, 99-105.
39. Bigelow, D. A., McFarland, B. H., & Olson, M. M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27, 43-55.
40. Bishop, S., Walling, D., Dott, S., Folkes, C., & Bucy, J., (1999). Refining quality of life: Validating a multidimensional factor measure in the severe mentally ill. *Quality of life Research*, 8, 151 - 160.
41. TORRE, Martin. et al. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. En: Revista de la Sociedad Española del Dolor. Febrero, 2008, vol. 15, no. 2. p. 83- 93
42. FERRER. Calidad de vida como herramienta de control en las Unidades de dolor. V Congreso de la Sociedad Española del Dolor. Eds. Barcelona: ARAN SL, 2002, p 68-70.
43. VELARDE, Elizabeth., C. Ávila. Evaluación de la CV. En: Revista Salud Pública México . 2002; vol. 44, p.349-361.
44. WILSON, R, et al. Comparison of 2 QoL Questionnaires in Women Treated for Breast Cancer: The RAND 36-Item Health Survey and the Functional Living Index-Cancer. Physical Therapy. En: School Of Physical Therapy. 2005; vol. 85, no.9, p. 851-860

45. HAYS R. D., HAHN H,y MARAHALL G. Use of the SF-36 and ther health-related quality of life measures to assess persons With Disabilities. En: Arch Phys Med Rehabil, 2002; vol. 83

ANEXOS

Anexo 1

Características del ciclo menstrual normal.

Caracterización del Ciclo Menstrual normal	
Duración:	Promedio: 28 días Rango frecuente: 25-30 días Rango extremo: 21-35 días
Menstruación:	Flujo sanguíneo cíclico que ocurre como consecuencia de ciclos ovulatorios; implica necesariamente cambios proliferativos y secretorios del endometrio.
Duración:	2-7 días
Volumen:	10-40 ml Anormal: > 80 ml

Anexo 2

Etiología del sangrado uterino anormal según el grupo etario.

ETIOLOGÍA PROBABLE DE LA <u>HEMORRAGIA GENITAL</u> – ATENDIENDO EL CICLO VITAL DE LA MUJER.				
PREPUBERES	ADOLESCENTES	REPRODUCTIVA	PERI MENOPAUSIA	POS MENOPAUSIA
<i>Vulvovaginitis</i>	<i>Anovulación</i>	<i>Embarazo</i>	<i>Anovulación</i>	<i>E2 exógenos</i>
<i>E2 exógenos</i>	<i>Hemoglobinopatía.</i>	<i>Anovulación</i>	<i>Miomas</i>	<i>Atrofia endometrial</i>
<i>Pubertad precoz</i>	<i>Embarazo</i>	<i>E2 exógeno</i>	<i>Pólipos</i>	<i>Hiperplasia Endometrial</i>
<i>Cuerpo extraño</i>	<i>E2 exógenos</i>	<i>Miomas</i>	<i>Hipotiroidismo</i>	<i>Ca endometrial</i>
<i>Abuso sexual</i>	<i>(V Willebrand y PTI)</i>	<i>Pólipos</i>	<i>Hiperplasia Endometrial.</i>	<i>Ca de Ovario.</i>
<i>Liquen Escleroso</i>	<i>Infecciosas (EPI)</i>	<i>Infecciosa</i>	<i>Ca de Cérvix</i>	
<i>Tumores vaginales (Rabdomiosarcoma)</i>	<i>Alteraciones del Conducto de Muller.</i>	<i>Ca de Cérvix</i>	<i>Tumores de Ovario</i>	
<i>Tumores Ováricos.</i>	<i>Hipertiroidismo.</i>	<i>Hipertiroidismo.</i>		
		<i>Hipotiroidismo.</i>		

Anexo 3

Clasificación de la hemorragia uterina anormal.

CLASIFICACIÓN DE LA HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL		
SISTÉMICAS	1. Trastornos Hematológicos	Déficit de hierro. Enfermedad de Willebrand PTT Leucemias
	2. Trastornos del Lecho Vascular	Colagenosis Arteriosclerosis Hipertensión
	3. Trastornos metabólicos	Cirrosis Hepática Neuropatías Cardiopatías Obesidad Síndrome metabólico
	4. Iatrogénicas	Anticoagulantes Corticoides Tamoxifeno THS Anticonceptivos Hormonales Combinados Estrógenos-progestágenos Sólo gestágenos- Minipíldora Inyectables Depto. DIU de LNG DIU de cobre
ORGÁNICAS O ANATÓMICAS	Endometrial	Pólipo Endometrial. Endometritis aguda Endometritis crónica Hiperplasia Endometrial. Atrofia Endometrial. Adenocarcinoma
	Miométrial	Miomatosis Adenomiosis Sarcoma.
ENDÓCRINAS	Primarias (Ovulatorias o Anovulatorias)	Por Supresión de Estrógenos o Progesterona
	Secundarias (Ovulatorias o Anovulatorias)	Por Disrupción de Estrógenos o Progesterona.

Anexo 4

Pistas clínicas y exámenes de laboratorio adecuados en casos de sangrado uterino anormal

PISTA CLÍNICA	PRUEBA ADECUADA
Fatiga o pérdida de peso	TSH
Galactorrea	Prolactina
Cervicitis	Papanicolaou, Chlamydia y Neisseria
Útero de mayor tamaño	Prueba de embarazo
Edema	Pruebas de función renal
Náusea, fatiga, incumplimiento de tratamiento anticonceptivo	Prueba de embarazo
Sangrado importante	Pruebas de coagulación, evaluación endometrial

Anexo 5

Hallazgos ecográficos en la adenomiosis

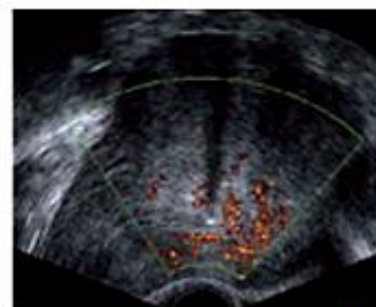
Hallazgos sonográficos de la adenomiosis
Ecogenicidad miometral heterogénea difusa; comprende las estriaciones y la unión endometrial indefinida
Lagunas anecoicas, quistes (o ambos)
Ecotextura miometral anormal focal; bordes indefinidos
Útero globular, asimétrico (o ambos) sin relación con leiomiomas



A. Miometrio heterogéneo. B. Lagunas anecoicas. C. Estriaciones lineales.



D. Aumento en la ecotextura miometral. E. Unión endomiometral indefinida.



Estudio de Doppler color que muestra los vasos que siguen un curso normal a través de la masa indefinida.

Imágenes de Dueholm y col., 2006.

Figura 1 complementaria. Detección de la adenomiosis por ultrasonido transvaginal. Se muestran los criterios para el diagnóstico de adenomiosis con base en el ultrasonido transvaginal. Cuando el útero es mayor de 300 a 400 mL, la precisión de la sonografía vaginal disminuye. Los bordes indefinidos caracterizan a las lesiones focales o adenomiomas y si se dispone de Doppler color, se observa el curso de los vasos sanguíneos a través de la masa. Los leiomiomas tienden a tener un margen más definido y distorsionan el miometrio circundante; si se utiliza Doppler color, los vasos tienden a agruparse alrededor de la masa. (Imágenes reproducidas con autorización de Dueholm M. Transvaginal ultrasound for diagnosis of adenomyosis: a review. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2006; 20:589-592 y Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, Sorensen JS, Ledertoug S, Olesen F. Magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography for the diagnosis of adenomyosis. Fertil Steril 2001;76:588-594.)

Anexo 6

Clasificación de los leiomiomas

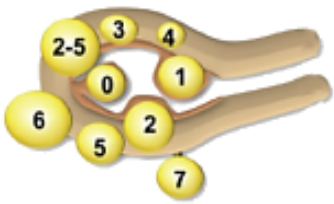
Sistema de subclasificación de leiomiomas			
	SM-Submucoso	0	Pedunculado intracavitario
		1	<50% Intramural
		2	≥50% Intramural
	O-Otro	3	Contacta con el endometrio 100% intramural
		4	Intramural
		5	Subseroso ≥50% intramural
		6	Subseroso <50% intramural
		7	Subseroso pedunculado
		8	Otro (especifique, p. ej., cervical, parasitario)
Leiomiomas híbridos (afectan el endometrio y la serosa)	Se enlistan dos números separados por un guión. Por acuerdo, el primero se refiere a la relación con el endometrio, mientras que el segundo se refiere a las relaciones con la serosa. Se muestra un ejemplo abajo.		
	2-5	Submucoso y subseroso, cada uno con menos de la mitad de diámetro en las cavidades endometrial y peritoneal.	

Figura 2. Sistema de clasificación que comprende el subsistema de leiomioma terciario. El sistema que incluye la clasificación terciaria de leiomiomas categoriza el grupo submucoso de acuerdo con el sistema Wamsteker¹⁹ y agrega categorizaciones para las lesiones intramural, subserosa y transmural. Las lesiones intracavitarias están adosadas al endometrio por un estrecho tallo y se clasifican como tipo 0; los tipos 1 y 2 requieren que una porción de la lesión sea intramural, pero el tipo 1 representa 50% o menos y el tipo 2 más de 50%. Las lesiones de tipo 3 son completamente extracavitarias, pero colindan con el endometrio. Las lesiones de tipo 4 son leiomiomas intramurales que se encuentran completamente dentro del miometrio, sin extensión hacia la superficie endometrial o la serosa. Los miomas subserosos (tipos 5 a 7) representan la imagen en espejo de los miomas submucosos, el tipo 5 representa más de 50% intramural; el tipo 6 es 50% o menos intramural y el tipo 7 está adosado a la serosa por un tallo. La clasificación de las lesiones transmural se categorizará por su relación con las superficies endometrial y serosa. La relación endometrial se anotaría primero y en segundo lugar la relación serosa (por ejemplo, 2-3). Una categoría adicional, el tipo 8, se reserva para los miomas que no se relacionan con el miometrio en absoluto e incluiría las lesiones cervicales, las que existen en los ligamentos redondos o anchos sin adosamiento directo al útero y otras lesiones llamadas "parasitarias." (Reproducido con autorización de Munro MG. *Abnormal uterine bleeding*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2010.)

Anexo 7

Hallazgos clínicos de las Coagulopatías.

Historia estructurada para tamizar en busca de Coagulopatías (Categoría C) conocidas también como trastornos de la hemostasia sistémica.

1. Sangrado menstrual abundante desde la menarquia
2. Uno de los siguientes
 - Hemorragia posparto
 - Sangrado relacionado con un procedimiento quirúrgico
 - Sangrado relacionado con un procedimiento dental
3. Dos o más de los siguientes síntomas
 - Equimosis una o dos veces al mes
 - Epistaxis una o dos veces al mes
 - Sangrado frecuente de encías
 - Antecedentes familiares de síntomas de sangrado

Nota: el tamizaje inicial para un trastorno subyacente de la hemostasia en pacientes con sangrado menstrual excesivo debe hacerse con una historia estructurada: un tamiz positivo incluye cualquiera de los siguientes: Sangrado abundante desde la menarquia, un aspecto de la lista 2 o dos o más aspectos de la lista 3. Los pacientes con un tamiz positivo deben considerarse para mayor evaluación, que incluye la consulta con un hematólogo o la realización de pruebas para factor de von Willebrand y cofactor ristocetina. Modificado de Kouides y Col.

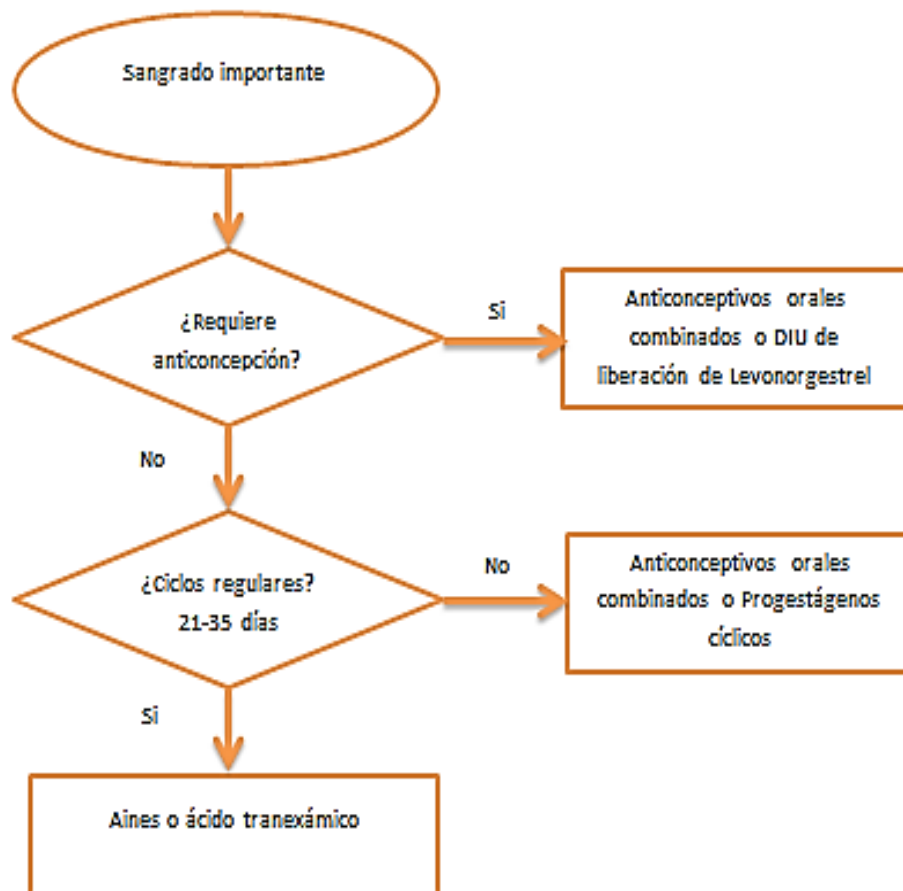
Anexo 8

Factores de riesgo independiente para el desarrollo de hiperplasia y cáncer de endometrio en las mujeres con sangrado uterino anormal.

FACTOR	PREVALENCIA
Todos los pacientes	4.9 %
Peso \geq 90 kg	12.7%
Edad \geq 45 años	7.9%
Peso \geq 90 kg y edad \geq 45 años	22.2%
Peso \geq 90 kg y edad $<$ 45 años	2.3%
Historia familiar de cáncer de colon	-
Infertilidad	-
Nuliparidad	-
Historia familiar de cáncer de endometrio	-

Anexo 9

Manejo clínico de las Meno-Metrorragias.



Anexo 10

Información para el Uso Racional de los AINES

<p>Diclofenaco Sódico (inyectable)</p> <p>Código LOM: 14-3650 Clave: E Usuario: 2C</p> <p>Presentación: 75 mg/3 mL ampollas</p>	<p>Efectos Adversos</p>	<p>Contraindicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> Embarazo Discrasias Sanguíneas. Depresión de médula ósea. Enfermedad Hepática.
<p>Ibuprofeno (Tabletas)</p> <p>Código LOM: 14-0930 Clave: M Usuario: 1B</p> <p>Presentación: 400 mg</p>		
<p>Indometacina (cápsulas)</p> <p>Código LOM: 14-0960 Clave: M Usuario: 1B</p> <p>Presentación: 25 mg</p>	<p>Dolor abdominal</p>	
<p>Indometacina (supositorios)</p> <p>Código LOM: 14-2640 Clave: M Usuario: 1B</p> <p>Presentación: 100 mg</p>	<p>Constipación</p>	
<p>Sulindaco (Tableta)</p> <p>Código LOM: 14-1612 Clave: E Usuario: 2C</p> <p>Presentación: 200 mg</p>	<p>Diarrea</p>	
<p>Precauciones y Puntos Clave:</p> <p>Es conveniente evaluar el riesgo de trastornos gastrointestinales, en especial el riesgo de úlcera, por la necesidad de prescribir protección gástrica.</p>	<p>Edema</p> <p>Severo</p>	
	<p>Retención de Líquidos</p> <p>Severo</p>	
	<p>Cefalea</p>	
	<p>Nausea</p>	
	<p>Menos Frecuentes</p>	<p>Seguridad en Embarazo y Lactancia</p>
	<p>Distensión abdominal</p> <p>Severo</p>	<p>Primer y Segundo Trimestre</p> <p>♀ B</p>
	<p>Angor</p> <p>Severo</p>	<p>Tercer Trimestre</p> <p>♀ D</p>
	<p>Arritmias</p> <p>Severo</p>	<p>Lactancia</p> <p>😊 +</p>
	<p>Mareos</p>	<p>(Diclofenaco y Sulindaco)</p> <p>😊 -</p>
	<p>Úlcera gastrointestinal</p> <p>Severo</p>	
	<p>Raros o Muy Raros</p>	
	<p>Trastornos Menstruales</p> <p>Severo</p>	
	<p>Agranulocitosis</p> <p>Severo</p>	
	<p>Dermatitis alérgica</p> <p>Severo</p>	
	<p>Ambliopía</p> <p>Severo</p>	
	<p>Anemia</p> <p>Severo</p>	

Anexo 11

Información para el Uso Racional de Progestágenos

<p>Medroxiprogesterona Acetato (Tabletas)</p> <p>Código LOM: 36-1120 Clave: M Usuario: 1B</p>	<p>Efectos Adversos</p>	<p>Contraindicaciones</p>
<p>Presentación: 5 mg Tabletas</p>		
<p>Medroxiprogesterona Acetato (Inyectable)</p> <p>Código LOM: 36-4250 Clave: M Usuario: 1B</p>	<p>Cambios en el apetito</p>	<p>Seguridad en Embarazo y Lactancia</p>
<p>Presentación: 150 mg/1-3 ml Suspensión</p>	<p>Edema</p>	<p>♀ X / ☺ +</p>
<p>Progesterona (Inyectable)</p> <p>Código LOM: 36-4460 Clave: E Usuario: 2D</p>	<p>Fatiga</p>	
<p>Presentación: 100 mg/ 1ml Suspensión</p>	<p>Debilidad general</p>	
	<p>Sangrado irregular</p>	
	<p>Metrorragia</p>	
	<p>Raros</p>	
	<p>Acné vulgaris</p>	
	<p>Alopecia</p>	
	<p>Cloasma</p>	
	<p>Depresión</p>	
	<p>Fiebre</p>	
	<p>Galactorrea</p>	
	<p>Colelitiasis</p>	
	<p>Hirsutismo</p>	
	<p>Insomnio</p>	
	<p>Mastalgia</p>	
	<p>Nausea</p>	
	<p>Prurito</p>	
	<p>Tromboflebitis</p>	
<p>Precauciones y Puntos Clave: Considere métodos alternativos en los casos de sangrado u trastornos del estado de ánimo.</p>		

Anexo 12

Información para el Uso Racional de Anticonceptivos Orales Combinados

<p>Levonorgestrel con Etinil Estradiol (Tabletas)</p>	<p>Efectos Adversos</p>		<p>Contraindicaciones</p>
<p>Código LOM: 36-1250 Clave: M Usuario: 1B</p>	<p>Más Frecuentes</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antes de la Menarca. ▪ Lactancia. ▪ Embarazo
<p>Presentación: 150 µg / 30 µg Tabletas</p>	<p>Dolor Abdominal</p>		<p>Interacciones con Alimentos</p>
<p>Norgestrel con Etinil Estradiol (Tabletas)</p>	<p>Acné vulgaris</p>		<p>Seguridad en Embarazo y Lactancia</p>
<p>Código LOM: 36-1260 Clave: M Usuario: 1B</p>	<p>Distensión</p>		<p>♀ X / ☺ -</p>
<p>Presentación: 500 µg / 50 µg Tabletas</p>	<p>Mastalgia</p>		
<p>Estradiol valerato con Norgestrel (Tabletas)</p>	<p>Mareos</p>		
<p>Código LOM: 36-0200 Clave: R Usuario: 2C</p>	<p>Edema</p>		
<p>Presentación: 2 mg / 500 µg Tabletas</p>	<p>Fatiga</p>		
	<p>Retención de Líquido</p>		
	<p>Debilidad general</p>		
	<p>Nausea</p>		
	<p>Vómito</p>		
	<p>Menos Frecuentes</p>		
	<p>Intolerancia a la glucosa</p>		
	<p>Alopecia</p>		
	<p>Cloasma</p>		
	<p>Cefalea</p>		
	<p>Hirsutismo</p>		
	<p>Hipertensión</p>		
	<p>Cambios en el Líbido</p>		
	<p>Fotosensibilidad</p>		
	<p>Candidiasis vulvovaginal</p>		
	<p>Raros</p>		
	<p>Amenorrea</p>		
	<p>Tumores hepáticos</p>		
	<p>Anormalidades menstruales</p>		
	<p>Tromboembolismo</p>		
	<p>Vaginitis</p>		
<p>Precauciones y Puntos Clave: Considere métodos alternativos en los casos de infarto agudo del miocardio, accidente cerebrovascular, cáncer de mama, enfermedad arterial coronaria, carcinoma hepático, hiperbilirrubinemia, Hipertensión no controlada.</p>			

Anexo 13

Información para el Uso Racional de Sistemas Anticonceptivos Intrauterinos.

Sistema Anticonceptivo Intrauterino (DIU) (Dispositivo)	Efectos Adversos		Contraindicaciones
	Frecuentes		
Código LOM: 36-6740 Clave: M Usuario: 1B	Sangrado vaginal		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Artralgias. ▪ Úlcera Gástrica. ▪ Enfermedad Renal Severa. ▪ Fluorosis dental alta
	Dismenorrea		
	Perforación uterina		
	Infección		
	Expulsión		
	Falla		
	Embarazo con DIU in situ		
	Amenorrea		
	Oligomenorrea		
	Dolor menstrual		
	Precauciones y Puntos Clave: Es muy importante descartar la presencia de enfermedad pélvica inflamatoria (últimos 3 meses) u enfermedades de transmisión sexual.		

Anexo 14

Indicaciones de referencia en casos de sangrado uterino anormal.

FACTOR	TIEMPO DE REFERENCIA
Sospecha de cáncer	Urgente
Agrega metrorragia importante o sangrado post-coital	Temprana
Persistencia del sangrado después de 3 meses de tratamiento	Regular
Deseo de la paciente de explorar la posibilidad quirúrgica	Regular
Anemia severa refractaria al tratamiento	Discrecional

Anexo 15

Definición de las dimensiones y calificación de los temas del SF- 36

1. Dimensión Significado

Función física: Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

Rol físico: Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

Dolor corporal: Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

Salud general: Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

Función social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

Rol emocional: Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

Salud mental: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

“Short form” es un instrumento que se diseñó como indicador genérico de nivel de salud para usarse en evaluaciones poblacionales y de políticas de salud. Se puede usar en conjunto con instrumentos específicos para medir resultados en práctica clínica o de investigación. Deriva del “Out Study Questionnaire”. Es aplicable a una gama de problemas.

2. ¿Cómo se elabora?

1. Se trata de un cuestionario autoadministrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador, a través del teléfono o mediante soporte informático.
2. Si es autoadministrado se debe contestar como se indica en el formato. En el caso de ser administrado por otra persona, se deben realizar las preguntas y leer las respuestas como están anotadas, para evitar sesgos del entrevistador, por interpretación de las mismas.
3. Formato

Cuestionario de Salud SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Algunas veces

4 Sólo alguna vez

5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Algunas veces

4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre

- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

Asignación de puntaje.

Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran.

Anexo 16

Formato de Encuesta Realizada

**UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTETRICO Y CALIDAD DE VIDA
DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE
GINECOLOGIA ENERO - JUNIO 2013.**

La información obtenida en este formulario es solo para fines investigativos, y tendrá el carácter de absoluta confidencialidad.

Nombre:

Teléfono:

HC:

Dirección

Edad:

Estado civil:

Procedencia: Urbana

Rural

Nivel de escolaridad:

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

CON RESPECTO AL CICLO MENSTRUAL DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES.

1. ¿El sangrado menstrual se acompaña con frecuencia de coágulos?

1. Si

2. No

2. ¿Qué tiempo dura el sangrado?

1. Hasta 7 días

2. Más de 7 días

3. ¿Cuántas veces en el mes se presenta el sangrado?

1. Una vez

2. Dos veces

4. ¿Qué diagnóstico le dio el médico que la atendió?

5. ¿Según el criterio de su médico y de acuerdo a su estado de salud, el tratamiento a seguir se basa en?:

1. El uso de medicación

2. Será sometida a cirugía

6. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena
4 Regular 5 Mala

7. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

8. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

13. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

14. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

15. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

16. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

17. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Si 2. No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Si 2. No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Si 2. No

21. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1. Si 2. No

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si 2. No

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si

2. No

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si

2. No

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

26. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces
4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces
4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces
4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces
4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

33. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces
4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

34. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces
4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

35. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces
4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

36. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

37. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces
4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

38. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé
4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

39. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé
4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

40. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé
4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

41. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé
4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

Anexo 17

Realización de las encuestas



Anexo 18

Realización de las encuestas



Anexo 19

Recolección de datos estadísticos.



Anexo 20

Recolección de datos estadísticos.



**GUÍA EDUCATIVA EN EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD
DE VIDA EN LAS PACIENTES CON
SANGRADO TRANSVAGINAL NO
OBSTÉTRICO.**

Anexo 21

“GUIA EDUCATIVA EN EL SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO”.

La siguiente guía está dirigida a conocer cuales son los principales pasos que se debe tener presentes en la existencia de sangrado vaginal abundante o irregular, para prevenir que este afecte su calidad de vida.

SANGRADO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO.

Es un tipo de sangramiento anormal que se presenta solo en mujeres, proveniente de la cavidad uterina y provocada por desbalances [hormonales](#), y que no se relaciona con lesiones, o embarazos. Es más común en mujeres mayores de 45 años y con frecuencia en mujeres [adolescentes](#)

SÍNTOMAS:

- Menstruaciones abundantes
- Presencia de coágulos en el sangrado menstrual
- Acortamiento entre un periodo menstrual y otro (dos veces al mes)
- Dolor de espalda o abdomen bajo.

PRUEBAS QUE SE HACEN:

- Análisis de orina.
- Análisis de sangre.
- Ecografía ginecológica
- Prueba de embarazo
- Papanicolaou

TRATAMIENTO:

- Tratamiento hormonal
- En algunos casos es necesario realizar cirugía.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

No existe ninguna manera de prevenir el sangrado uterino anormal. Consulte a su médico rápidamente si continúa teniendo periodos irregulares. El diagnóstico y el tratamiento temprano pueden ayudar a regularizar sus periodos nuevamente. Esto es importante para su salud general y para evitar que este problema afecte sus actividades diarias.

Anexo 22

Entrega de guía educativa



Anexo 23

Entrega de guía educativa

