



SANGRADO UTERINO ANORMAL (SUA)

DEFINICIÓN, ETIOLOGÍA Y GUÍAS CLÍNICAS DE MANEJO

DRA. MERITXELL GRACIA

Hospital Clínic
Barcelona

SANGRADO UTERINO ANORMAL (SUA)

DEFINICIÓN

SANGRADO PROCEDENTE DEL CUERPO UTERINO,
ANORMAL EN **VOLUMEN, DURACIÓN,**
REGULARIDAD O FRECUENCIA EN MUJERES EN
EDAD REPRODUCTIVA NO GESTANTES.



PROBLEMA IMPORTANTE POR...

AFECTA A UN 30% DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA.

**INFLUYE EN LA ACTIVIDAD Y EN LA CALIDAD DE VIDA:
ANEMIA, ANSIEDAD POR PROBLEMAS HIGIÉNICO-SANITARIOS.**

**ESTA ALTERACIÓN SIGNIFICATIVA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER, PRODUCE
CONSECUENCIAS CON IMPORTANTES REPERCUSIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS.**

1/3 DE LAS VISITAS AL GINECÓLOGO SON POR SUA.

**SUPONE EL >70% DE LAS VISITAS AL GINECÓLOGO EN EL RANGO
DE EDAD DE LA PERIMENOPAUSIA/MENOPAUSIA.**



CONTEXTO, ORIGEN, TERMINOLOGÍA

- Falta de consistencia en las definiciones existentes y terminología confusa, no estandarizada.
- No existía claridad entre un término usado como signo/síntoma o diagnóstico CUANDO HABLÁBAMOS DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL.
- Necesidad de abandonar términos obsoletos y ambiguos para posibilitar el uso en todas las lenguas del mismo modo.
- Ausencia de métodos estándares para el diagnóstico de las diferentes patologías.

DE AHÍ LA NECESIDAD
EN LA COMUNIDAD
CLÍNICA DE ENCONTRAR
UNA **TERMINOLOGÍA
UNIVERSAL.**
ES IMPORTANTE USAR EL
MISMO LENGUAJE PARA
DESCRIBIR LOS SÍNTOMAS
Y DEFINIR LAS CAUSAS.
**CREACIÓN DEL FIGO
MENSTRUAL DISORDERS
WORKING GROUP
(FMDG)**

SPECIAL COMMUNICATION

FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age

Malcolm G. Munro ^{a,b,*}, Hilary O.D. Critchley ^c, Michael S. Broder ^d,
Ian S. Fraser ^e; for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders



.CONTEXTO .ORIGEN .TERMINOLOGÍA

ANÁLISIS DE MÁS DE 100 TRABAJOS SOBRE EL USO DE TÉRMINOS COMO **MENORRAGIA-METRORRAGIA-MENOMETRORRAGIA-HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL...**

- ¿DETECTANDO LA CONFUSIÓN ACERCA DE SU USO COMO **SÍNTOMA** (3/4 DE LOS TRABAJOS)?
- ¿USO COMO UN **DIAGNÓSTICO** (EL RESTO)?

INCLUSO SU USO COMO SÍNTOMA DESCRIBÍA **PATRONES DE SANGRADO DISTINTOS** EN LAS DIFERENTES PUBLICACIONES

ES IMPORTANTE USAR EL **MISMO LENGUAJE PARA DESCRIBIR LOS SÍNTOMAS Y DEFINIR LAS CAUSAS.**

**TERMINOLOGÍA
UNIFICADA**

ETIOLOGÍA

CLINICAL OPINION

www.AJOG.org

GENERAL GYNECOLOGY

The FIGO systems for nomenclature and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: who needs them?

Malcolm G. Munro, MD; Hilary O.D. Critchley, MD; Ian S. Fraser, MD



MUNRO MG,
CRITCHLEY HO,
FRASER IS,
BRODER MS.
**THE FIGO
MENSTRUAL
DISORDERS
WORKING GROUP**

Classification of menstrual bleeding disorders. Reviews in Endocrine And Metabolic Disorders. Dec 2012, vol 13, Issue 4, pp225-234.

The FIGO systems for nomenclature and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: who needs them? Am J Obstet Gynecol. 2012 oct; 207 (4): 259-65.

The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal And abnormal uterine bleeding. Semin Reprod Med 2011; 29:383-90.

The FIGO classification system ("PALM- COEIN") for causes of abnormal uterine bleeding in non-gravid women in the reproductive years, including guidelines for clinical investigation. Int J Gynaecol Obstet 2011;113:3-13.

A five-year international review process concerning terminologies, definitions, and related issues around abnormal uterine bleeding. Semin Reprod Med 2011;29:377-82.



PARÁMETROS CONSENSUADOS ACEPTADOS COMO NORMALES

Suggested 'normal' limits for menstrual parameters in the mid-reproductive years

Clinical dimensions of menstruation and menstrual cycle	Descriptive term	Normal limits (5th-95th percentiles)
Frequency of menses, d FRECUENCIA	Frequent	<24
	Normal	24-38
	Infrequent	>38
Regularity of menses: cycle-to-cycle variation over 12 months, d REGULARIDAD	Absent	No bleeding
	Regular	Variation $\pm$ 2-20
	Irregular	Variation >20
Duration of flow, d DURACIÓN	Prolonged	>8.0
	Normal	4.5-8.0
	Shortened	<4.5
Volume of monthly blood loss, mL CANTIDAD	Heavy	>80
	Normal	5-80
	Light	<5

IMB

HPMB /

CICLOS QUE NO CUMPLEN LOS CRITERIOS DE NORMALIDAD EN GENERAL SE DEFINEN COMO
SUA: SANGRADO UTERINO ANORMAL



TERMINOLOGÍA PARA ASIGNAR SÍNTOMAS

TABLE 2 ACCEPTABLE ABBREVIATIONS DESCRIBING MENSTRUAL SYMPTOMS ESTABLISHED BY POPULAR USAGE

AUB	Abnormal uterine bleeding (the overarching symptom)
HMB	Heavy menstrual bleeding
HPMB	Heavy and prolonged menstrual bleeding
IMB	Intermenstrual bleeding
PMB	Postmenopausal bleeding

SE ACEPTAN TAMBIÉN LOS TÉRMINOS DE:

AMENORREA: No sangrado menstrual en un período de 90 días.

SPOTTING: pérdida vaginal escasa en el contexto de toma de ACHO.



TERMINOLOGÍA PARA ASIGNAR SÍNTOMAS

SUA CRÓNICO

Sangrado uterino anormal en volumen, regularidad y/o en el tiempo, presente en la mayoría de los ciclos de los 6 últimos meses. No requiere intervención médica inmediata.

SUA AGUDO

Episodio de sangrado abundante que requiere intervención médica inmediata que impida la posterior pérdida de sangre. Puede aparecer como episodio aislado o en el contexto de una sua crónico.

SANGRADO INTERMENSTRUAL (IMB)

Sangrado que ocurre entre ciclos menstruales claramente definidos y predecibles. Puede aparecer de manera ocasional o el mismo día en cada ciclo.



TERMINOLOGÍA PARA DESIGNAR CAUSAS SUA

POLYP

ADENOMYOSIS

LEIOMYOMA

MALIGNANCY & HYPERPLASIA

SUBMUCOSAL

OTHER

COAGULOPATHY

OVULATORY DYSFUNCTION

ENDOMETRIAL

IATROGENIC

NOT YET CLASSIFIED



PALM

Sangrado uterino anormal en volumen, regularidad y/o en el tiempo, presente en la mayoría de los ciclos de los 6 últimos meses. No requiere intervención médica inmediata.

COEIN

Anomalías no estructurales.





HERRAMIENTAS PARA EL DIAGNÓSTICO

1

ANAMNESIS, EXPLORACIÓN FÍSICA, ACTUALIZAR CITOLOGÍA.

2

ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL-ABDOMINAL COMBINADA.

3

ANALÍTICA CON PC, FX HORMONAL, MARCADORES TUMORALES. TEST EMBARAZO.

4

BIOPSIA ENDOMETRIAL CON CORNIER: >45ª Y SIM PERSISTENTE O FR CANCER ENDOMETRIO.

5

HISTEROSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA.

6

RMN ABDOMINO PÉLVICA.

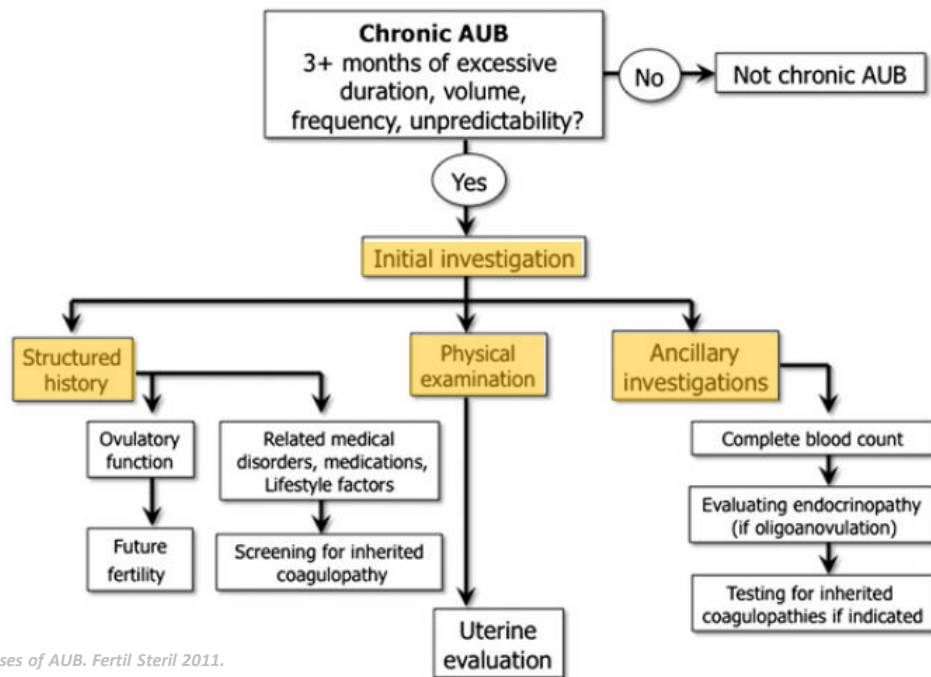


PALM COEIN WORKSHEET PROCESS TO INVESTIGATION

PALM-COEIN Category	Not Assessed	Absent	Present	Diagnostic Method	☑
Polyps	☐	☐	☐	Vaginal Ultrasound	
				Vaginal Ultrasound with Contrast	
				Hysteroscopy	
				Hysterosalpingogram	
				MRI	
	☐	☐	☐	Histopathology	
				Vaginal Ultrasound	
				Hysteroscopy	
				MRI	
Adenomyosis	☐	☐	☐	Histopathology	
				Vaginal Ultrasound	
				Vaginal Ultrasound with Contrast	
				Hysteroscopy	
				Hysterosalpingogram	
				Laparoscopy	
Leiomyoma	☐	☐	☐	MRI	
				Histopathology	
				Endometrial Biopsy	
				Laboratory	
				History	
Malignancy & Hyperplasia	☐	☐	☐	Basal Body Temperature	
Coagulopathy	☐	☐	☐	Serum Progesterone	
Ovulatory Disorders	☐	☐	☐	Other	
				History	
				History	
				History	
Endometrial Disorders	☐	☐	☐	History	
Iatrogenic	☐	☐	☐	History	
Not Otherwise Classified	☐	☐	☐	Vaginal Ultrasound	
				Vaginal Ultrasound with Contrast	
				Hysteroscopy	
				Hysterosalpingogram	
				Laparoscopy	
				MRI	
				Biopsy	

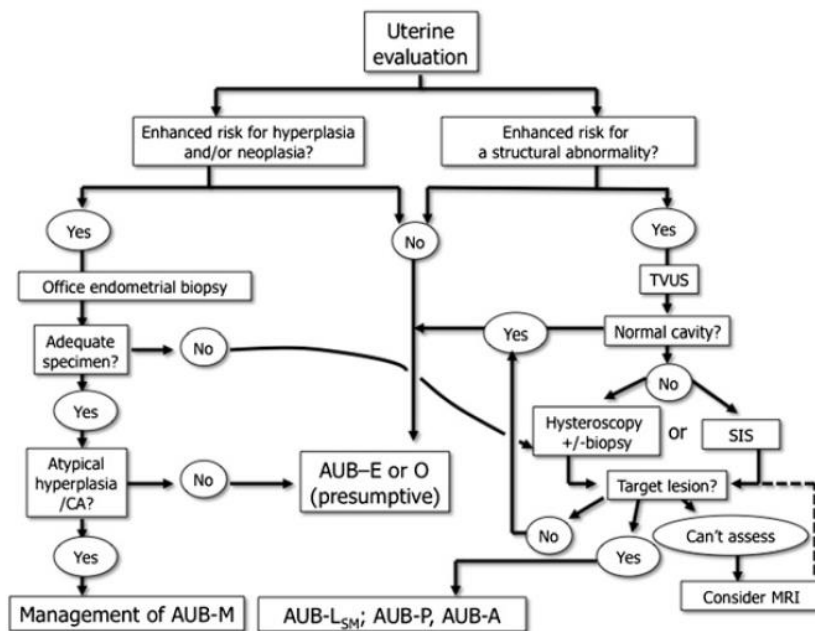


DIAGNÓSTICO SUA





➤ DIAGNÓSTICO SUA





SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE (SMA)

EL SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE (SMA)

Se define como una pérdida excesiva de sangre menstrual que interfiere con una normal actividad física, emocional o social o bien, empeora la calidad de vida de la mujer. Puede ocurrir solo o asociado a otros síntomas.

SMA es un **SÍNTOMA**, NO UN DIAGNÓSTICO.

Prevalencia Global: 8-27%.

Percepción normalidad menstruación diferente según aspectos socioculturales y étnicos.

Importantes costes sociales y personales.

FACTORES RIESGO: adolescencia, perimenopausia, bajo nivel SE, obesidad, alta paridad.

Principal factor protector: ACHO.



ÁCIDO TRANEXÁMICO (AMCHAFIBRIN®)

BLOQUEO ENZIMÁTICO ACTIVADORES PLASMINÓGENO

VÍA ORAL **DISMINUYE EN 50%** MUJERES EL SANGRADO, ASOCIADO A MEJORA CALIDAD VIDA. **MÁS EFICAZ QUE PLACEBO, AINES Y GESTÁGENOS ORALES** EN FASE LÚTEA.

E. ADV:

NÁUSEAS, VÓMITOS Y DIARREA.
DISCRETO AUMENTO DEL RIESGO TROMBOEMBOLISMO VENOSO, SIN SIGNIFICADO ESTADÍSTICO. (RIESGO 15% DE NECROSIS Y TROMBOSI DE MIOMAS EN UN 4% MUJERES QUE LO TOMAN).

TRATAMIENTO MÉDICO NO HORMONAL SMA

Tabla 3. Preparados, dosis y eficacia en la reducción del sangrado.
Grado de recomendación

Tratamiento	Dosis	Eficacia (Disminución del sangrado)	Grado de recomendación	NE
AC. TRANEXAMICO	1 gr. (2 comp.) V.O. cada 6 horas/3-5 días	50%	A	Ib
AINE				
AC. MEFENAMICO	500 mg V.O. cada 8 horas/3-5 días durante la menstruación	30%	A	Ib
AC. NAPROXENO	500 mg V.O. cada 12 horas/3-5 días durante la menstruación			
ETAMSILATO	500 mg V.O. cada 4-6 horas/3-6 días durante la menstruación	20%	B	III



TRATAMIENTO MÉDICO NO HORMONAL SMA

CUANDO **NO HAY ANOMALÍAS** ESTRUCTURALES.

INHIBIDORES SÍNTESIS PROTAGLANDINAS:

SMA hay Aumento PG VD (PG E2 y prostaciclina)
y Disminución PG VC (PG F 2ª y TX A2)

- **AINEs** (inhibición ciclooxigenasa y reducción PG y TX).
Ác. Mefenámico (Coslan®), **Naproxeno** (Antalgin®), **Ibuprofeno**, **Diclofenaco**
NO datos demuestren superioridad de algún AINE.

REDUCCIÓN SMA 30%



TRATAMIENTO MÉDICO HORMONAL SMA

ESPAÑA (AEM-EMA), REGISTRADOS CON INDICACIÓN ESPECÍFICA PARA EL SMA:

- DIU-LEVONORGESTREL (DIU-LNG): primera opción en tto SMA si no se desea gestación desea
- ACHO cuadrifásico con valerianato de estradiol y dienogest.
- ACHO combinados
- Gestágenos:

- **Acetato noretisterona** (NETA): Primolut Nor® (5-10mg)
- **Acetato medroxiprogesterona** (MPA): Progevera® (5mg), Progevera® (10mg)
- No raro utilización otras alternativas fuera de indicación.



TRATAMIENTO MÉDICO HORMONAL SMA-PAUTAS

Tabla 4. Preparados, dosis y eficacia en la reducción del sangrado.
Grado de recomendación

Medicación	Dosificación	Disminución SM	Grado de recomendación	NE
DIU-LNG	0,02 mg/24h	80-94%	A	Ib
VE2/DNG	Variable por fases	87-89%	A	Ib
AHC	20-30 mcg EE ₂	35-68%	B	IIb
Gestágeno > 21 d	5-10 mg/d MPA o NETA	50%	B	IIb
Gestágeno < 11 d	5-10 mg/d MPA o NETA	30%	C	III



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SMA

SI EL **TTO MÉDICO** NO EFICAZ O USO CONTRAINDICADO

POLIPECTOMÍA, MIOMECTOMÍA.

HISTERECTOMÍA (NICE CLINICAL GUIDELINE 2007):

- 1 Otros TTO han fallado, están contraindicados o rechazados por la mujer
- 2 Deseo amenorrea
- 3 La paciente (que ha sido bien informada) lo pide
- 4 No deseo genésico

CIRUGÍA MÁS EFECTIVA QUE TTO MÉDICO POR REDUCCIÓN SMA Y MEJORA CALIDAD VIDA

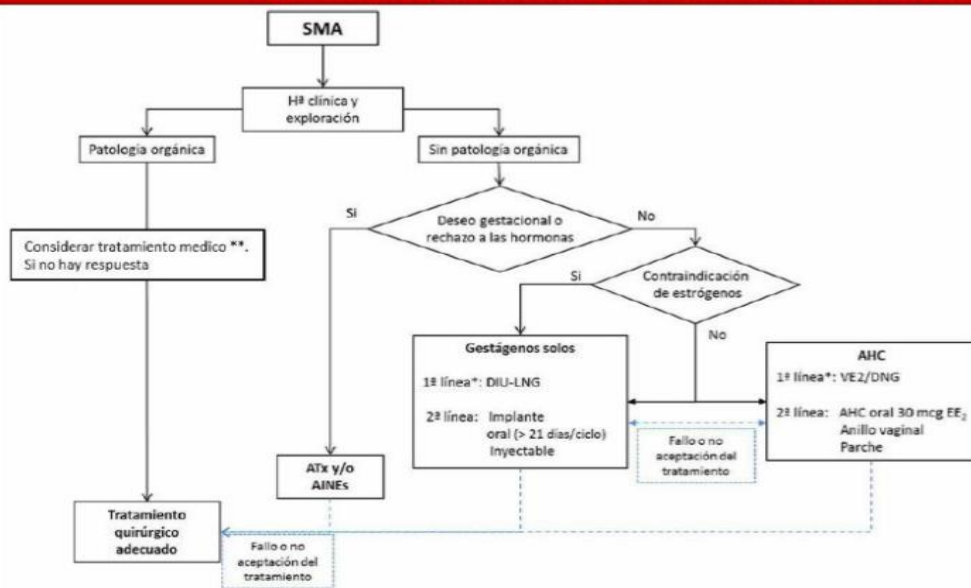
DIU-LNG MEJOR ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA QUE EL RESTO DE TTO VO

HISTERECTOMÍA NO PARECE MEJORAR CALIDAD GENERAL DE VIDA SIGNIFICATIVAMENTE MÁS QUE EL DIU-LNG.



ALGORITMO TRATAMIENTO SMA

Figura 2. Diagrama de flujo del tratamiento del SMA



* Productos con la indicación reconocida y calidad de la evidencia alta

**Después de valorar las características individuales y los deseos de la paciente

TRATAMIENTO
SUA AGUDO

ESTRÓGENO EQUINO CONJUGADO EV

ÚNICO APROVADO POR FDA

ATENCIÓN SI RIESGO CV Y TE

ACHOS Y PROGESTERONA, MULTIDOSIS VO.

ÁCIDO TRANEXÁMICO (vo, ev)

TAPONAMIENTO S.FOLEY (30ml SF)

DESMOPRESINA INH

TRANSFUSIÓN HD

Drug	Source	Suggested Dose	Dose Schedule	Potential Contraindications and Precautions According to FDA Labeling*
Conjugated equine estrogen	DeVore GR, Owens O, Kase N. Use of intravenous Premarin in the treatment of dysfunctional uterine bleeding—a double-blind randomized control study. Obstet Gynecol 1982;59: 285-91.	25 mg IV	Every 4-6 hours for 24 hours	Contraindications include, but are not limited to, breast cancer, active or past venous thrombosis or arterial thromboembolic disease, and liver dysfunction or disease. The agent should be used with caution in patients with cardiovascular or thromboembolic risk factors.
Combined oral contraceptives ¹	Munro MG, Mainor N, Basu R, Brisinger M, Barreda L. Oral medroxyprogesterone acetate and combination oral contraceptives for acute uterine bleeding: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2006;108:924-9.	Monophasic combined oral contraceptive that contains 35 micrograms of ethinyl estradiol	Three times per day for 7 days	Contraindications include, but are not limited to, cigarette smoking (in women aged 35 years or older), hypertension, history of deep vein thrombosis or pulmonary embolism, known thromboembolic disorders, cerebrovascular disease, ischemic heart disease, migraine with aura, current or past breast cancer, severe liver disease, diabetes with vascular involvement, valvular heart disease with complications, and major surgery with prolonged immobilization.
Medroxyprogesterone acetate ¹	Munro MG, Mainor N, Basu R, Brisinger M, Barreda L. Oral medroxyprogesterone acetate and combination oral contraceptives for acute uterine bleeding: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2006;108:924-9.	20 mg orally	Three times per day for 7 days	Contraindications include, but are not limited to, active or past deep vein thrombosis or pulmonary embolism, active or recent arterial thromboembolic disease, current or past breast cancer, and impaired liver function or liver disease.
Tranexamic acid	James AH, Kouides PA, Abdul-Kadir R, Dietrich JE, Edlund M, Federici AB, et al. Evaluation and management of acute menorrhagia in women with and without underlying bleeding disorders: consensus from an international expert panel. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011;158:124-34.	1.3 g orally ⁶ or 10 mg/kg IV (maximum 600 mg/dose)	Three times per day for 5 days (every 8 hours)	Contraindications include, but are not limited to, acquired impaired color vision and current thrombotic or thromboembolic disease. The agent should be used with caution in patients with a history of thrombosis (because of uncertain thrombotic risks), and concomitant administration of combined oral contraceptives needs to be carefully considered.

TRATAMIENTO
QUIRURGICOLegrado aspirativo
Ablación endometrial
Embolizació AU
Histerectomía



PALM

ESTRUCTURALES



SUA-P (pólipo)

Prevalencia de pólipos en mujeres con SUA 10-15%.

Diagnóstico por ECO y/o HSC con o sin diagnóstico de AP.
Categorización: presencia o ausencia.

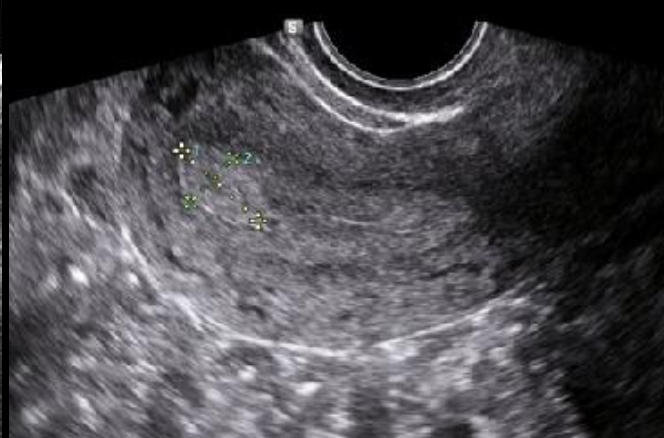
Excluido endometrio polipoide (variante de la normalidad).

Requiere futuras subclasificaciones específicas que contemplen:
tamaño, número, localización, morfología e histología.

**DX-
TRATAMIENTO**
POLIPECTOMÍA
HISTEROSCÓPICA



CLASE 3. SANGRADO UTERINO ANORMAL (SUA)

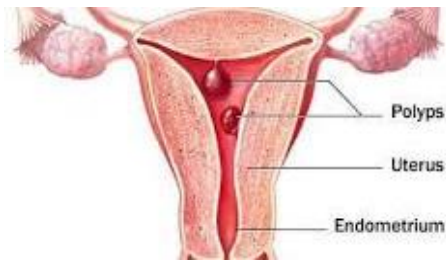
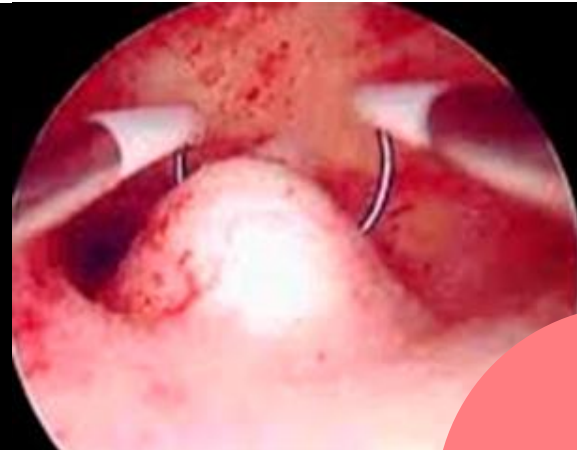


Laban M, et al. Endometrial Volume Measured by VOCAL Compared to Office Hysteroscopy for Diagnosis of Endometrial Polyps in Premenopausal Women with Abnormal Uterine Bleeding. Obstet Gynaecol Int. 2016; 2016: 3561324.



SUA-P

TRATAMIENTO



DX-
TRATAMIENTO
POLIPECTOMÍA
HISTEROSCÓPICA



SUA-A (adenomiosis)

➤ RELACIÓN INCIERTA CON SUA

➤ DX: RMN (NO AL ALCANCE DE DIFUSIÓN MUNDIAL)+ ECO (MÍNIMO REQUERIDO)

Tradicionalmente dx histopatológico en histerectomías valorando la profundidad del tejido en la línea endometrio-miometrio. Concepto de Junctional zone.

➤ ENTIDAD QUE SE BENEFICIARÍA DE UN SISTEMA DE SUBCLASIFICACIÓN ESPECÍFICO

(Gordts S, Brosens JJ, Fusi L, Benagiano G, Brosens I. Uterine adenomyosis: a need for uniform terminology and consensus classification. Reprod Biomed Online 2008;17:244–8).

➤ NO DISTINGUE ENTRE **FOCAL O DIFUSA**

➤ **TRATAMIENTO:** SE BASA EN **TRATAMIENTO MÉDICO** (ACH, PG, DIU LEVONORGESTREL).

➤ **OJO!** DX Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS CONCOMITANTE.

➤ EL **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO** CONSERVADOR **ES DIFÍCIL. DEFINITIVO: HT.**

➤ TRATAMIENTO EN BASE A **EDAD, SÍNTOMAS Y DESEO GESTACIONAL.**



SUA-A (adenomiosis)

UTERINE ENLARGEMENT

UTERINE WALL THICKENING AND ASYMMETRY

ECHOGENIC LINEAR STRETCH MARKS

HETEROGENEOUS US TEXTURE

CYSTIC ANECHOIC SPACES OR LAKES IN THE MYOMETRIUM

UNDEFINED ENDOMETRIAL/MYOMETRIAL BORDER

THICKENING OF THE JUNCTIONAL ZONE

SONOGRAPHIC FINDINGS OF ADENOMYOSIS

Diffuse heterogeneous myometrial echogenicity ; includes striations & indistinct endomyometrial junction

Anechoic lacunae and/or cysts

Focal abnormal myometrial echotexture; indistinct borders

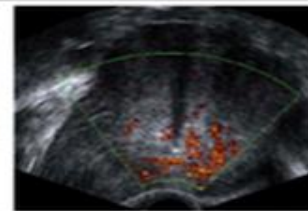
Globular and/or asymmetric uterus unrelated to leiomyomata



A. Heterogeneous myometrium; B. Anechoic lacunae; C. linear striations



D. Increased myometrial echotexture; E. Indistinct endomyometrial junction



Color Doppler study showing vessels following normal course through an indistinct mass.

Images from Dueholm et al 2006

Humro. FIGO classification system for causes of AUB. Fertil Steril 2011.



SUA-L (leiomiomas)

- No siempre implicados en la **PATOGÉNESIS DEL SUA** (muchos son asintomáticos, 70%)
- Clínica según tipo y localización: **CLÍNICA MICCIONAL, INTESTINAL, DE SUA...**
- **PALM-COEIN** contempla **SUBCLASIFICACIÓN**:

PRIMARIA	presencia o no por ECO de 1 ó más leiomiomas.
SECUNDARIA	definir entre miomas submucosos (SM) versus Otros (O). Definido por ECO o HSC.
HIERRO TERAPÉUTICO	amplia la clasificación de Wamsteker (1990) añadiendo la categoría de mioma intramural, subseroso y parasítico (se desprende del útero). Si el mioma tiene componente submucoso y subseroso (mioma híbrido) se clasifica en ambos tipos separando cada número por un guión.

- No contempla **TAMAÑO, NÚMERO Y LOCALIZACIÓN** (lateral-fúndico-cervical)



SUA-L (leiomiomas)

POLYP

ADENOMYOSIS

LEIOMYOMA

MALIGNANCY & HYPERPLASIA

SUBMUCOSAL

OTHER

COAGULOPATHY

OVULATORY DYSFUNCTION

ENDOMETRIAL

IATROGENIC

NOT YET CLASSIFIED

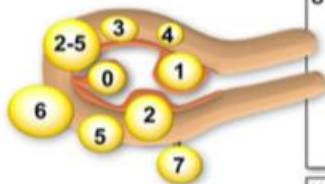
Leiomyoma
Subclassification
System

FIGURE 2

FIGO system 2, The PALM-COEIN system for categorising causes, or Potential causes, of nongestational AUB in the reproductive years. Each of the PALM categories is definable with imaging or histopathology, whereas the COEI group is nonstructural. At this time, only leiomyomas are subcategorised.

SM - Submucous	0	Pedunculated intracavitary
	1	<50% intramural
	2	≥50% intramural
	3	Contacts endometrium; 100% intramural
	4	Intramural
	5	Subserous ≥50% intramural
	6	Subserous <50% intramural
	7	Subserous pedunculated
O - Other	8	Other (specify e.g. cervical, parasitic)
Hybrid Leiomyomas (contact both the endometrium and the serosal layer)		
	2-5	Submucous and subserous, each with less than half the diameter in the endometrial and peritoneal cavities, respectively.



SUA-L

TRATAMIENTO



CIRUGÍA:
Miomectomía/Histerectomía

RADIOFRECUENCIA

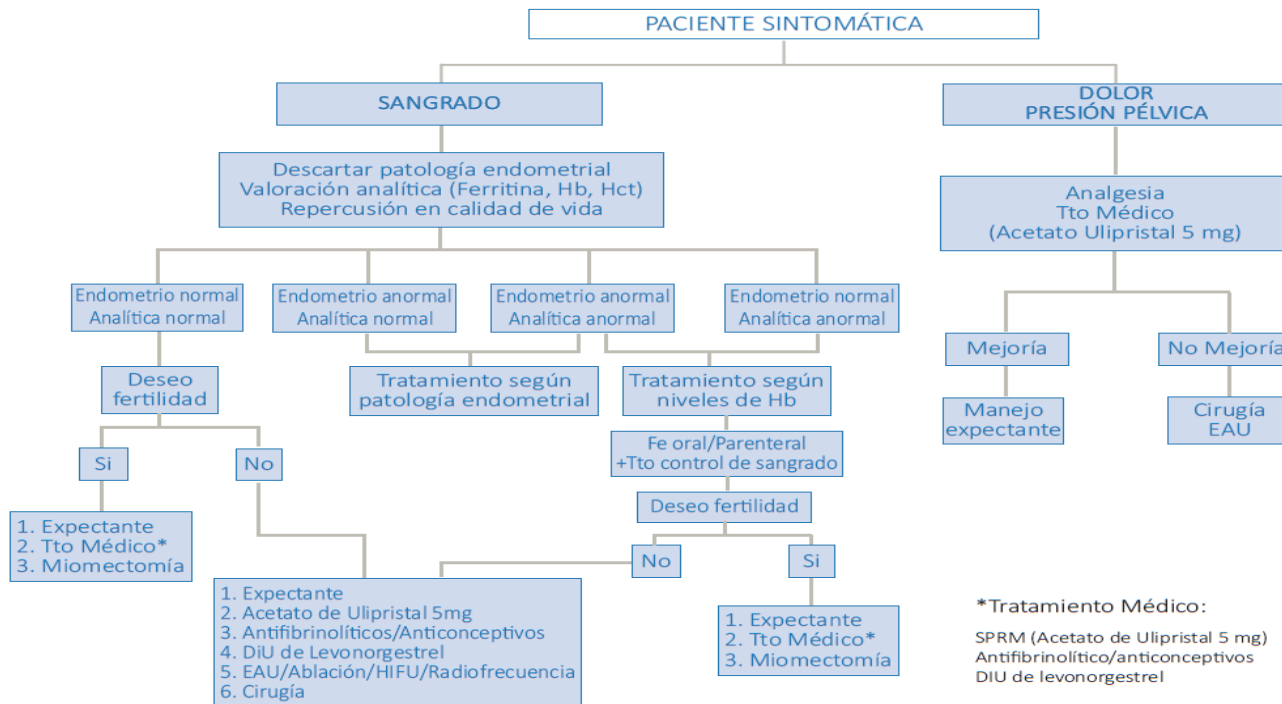
HIFU

**TRATAMIENTO
MÉDICO**

EMBOLIZACIÓN

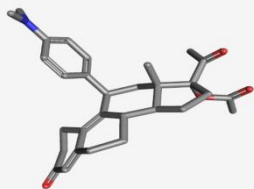


GUÍA MANEJO MIOMA- SEGO 09/15





ACETATO DE ULIPRISTAL



4. DATOS CLÍNICOS

4.1 Indicaciones terapéuticas

El acetato de ulipristal está indicado para el tratamiento preoperatorio de los síntomas moderados y graves de miomas uterinos en mujeres adultas en edad reproductiva.

El acetato de ulipristal está indicado para el tratamiento intermitente repetido de los síntomas moderados y graves de los miomas uterinos en mujeres adultas en edad reproductiva.

Au normaliza el sangrado menstrual en el 90% de las pacientes, induce amenorrea en el 75%, y lo hace rápidamente, en 1 semana.

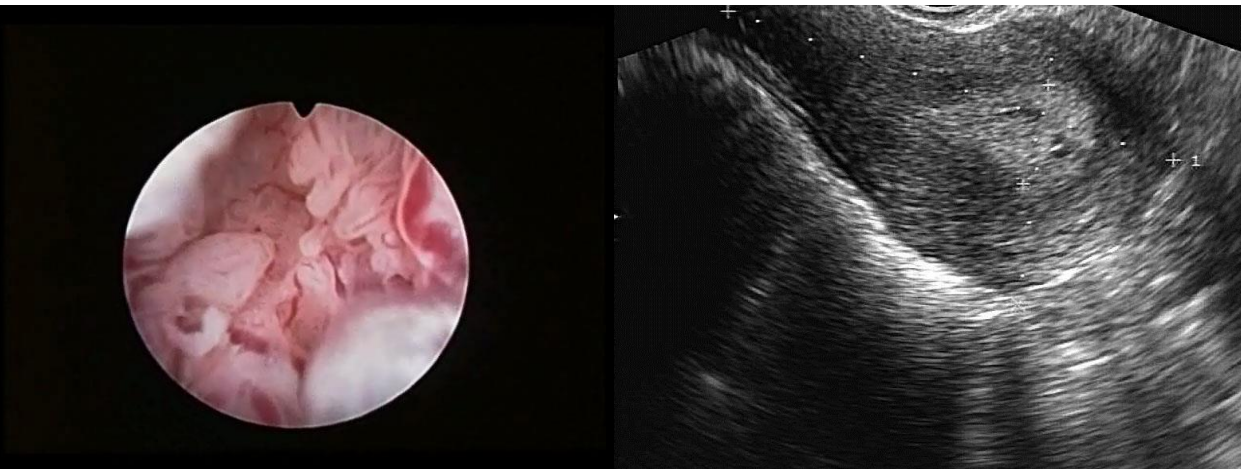
AU reduce el tamaño de los miomas de manera similar a los análogos en torno a un 30%, manteniéndose ese efecto hasta 6 meses tras el tratamiento, con efectos secundarios mucho menores.

AU devuelve las puntuaciones de los test de calidad de vida a valores de mujeres sanas.

Se reanuda menstruación y ovulación al mes de cese.



SUA-M (malignidad-hiperplasia)



- Especialmente en **pacientes obesas** y con historia de **anovulación crónica**.
- Poco frecuente en **mujeres de edad reproductiva**.
- Una vez diagnosticado de proceso maligno, se etiqueta de **SUA-M** y pasa a la clasificación de la FIGO correspondiente.



COEIN

NO ESTRUCTURALES



SUA-C (Coagulopatías)

Estudios han demostrado que hasta el **13% de mujeres con sangrado menstrual abundante**, presentan trastornos de la hemostasia (el más común Enf. Von Willebrand).

Shankar M, Lee CA, Sabin CA, Economides DL, Kadir RA. Von Willebrand disease in women with menorrhagia: a systematic review. BJOG 2004;111:734–40.

El 90% de estas pacientes se DX POR HISTORIA CLÍNICA de:

**Structured history to screen for coagulopathies (AUB-C)
also known as disorders of systemic hemostasis.**

1. Heavy menstrual bleeding since menarche
2. One of the following:
 - Postpartum hemorrhage
 - Surgical related bleeding
 - Bleeding associated with dental work
3. Two or more of the following symptoms:
 - Bruising 1–2 times/month
 - Epistaxis 1–2 times/month
 - Frequent gum bleeding
 - Family history of bleeding symptoms



SUA-C

TRATAMIENTO

- **Tratar la causa:** importante dosificación heparina, Sintrom.
- **Control del sangrado:** OJO contraindicaciones! (E2,procoagulantes. riesgo trombótico)

➤ TRATAMIENTOS HORMONALES

ACO

GESTÁGENOS: EN TODAS SUS VARIANTES (ORAL, IMPLANTE, DIU), PAUTA CONTINUA/2A FASE

aGNRH

➤ TRATAMIENTOS NO HORMONALES

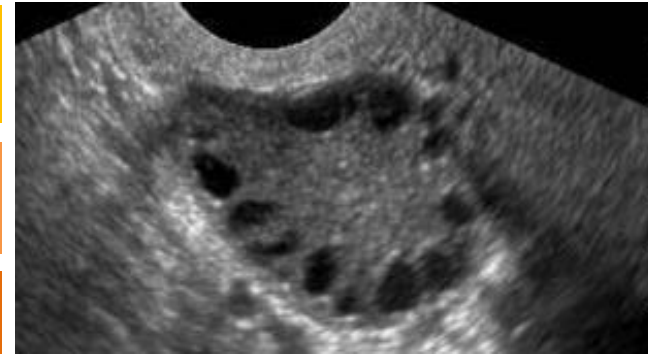
AINES

ANTIFIBRINOLÍTICOS: ÁCIDO TRANEXÁMICO.



SUA-O (problemas ovulatorios)

- Clínica combinada de patrón de sangrado irregular, de volumen variable (comúnmente abundante).
- Alteraciones en la producción cíclica de progesterona, la mayoría de etiología desconocida.
- Para ser clasificado de trastorno ovulatorio la paciente debe presentar en los últimos 6 meses ciclos que en duración varíen al menos 20 días.
- Endocrinopatías (SOP, hipotiroidismo, hiperprolactinemia, estrés, obesidad, anorexia, pérdida peso, ejercicio extremo, etc).
- Iatrogénicos (esteroides, fármacos alteran DA).





SUA-O

TRATAMIENTO

BÁSICAMENTE SE BASA EN **TRATAMIENTO MÉDICO**

> **Anticonceptivos orales combinados**

> **Gestágenos**

> **SOP:** Progestágenos con acción antiandrogénica: Drospirenona, Dienogest, acetato de ciproterona

> **ANTIANDRÓGENOS SOLOS:** Espironolactona, Flutamida, finasteride.

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SI LESIÓN OVÁRICA
ORGÁNICA QUE CAUSE EL TRASTORNO.**



SUA-E (causas endometriales)

ALTERACIÓN PRIMARIA DEL **ENDOMETRIO**

PRESENCIA DE CICLOS REGULARES, OVULACIÓN NORMAL,
EN AUSENCIA DE OTRAS CAUSAS IDENTIFICADAS.

ES UN DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN. NO TESTS CLÍNICOS
DIAGNÓSTICOS PARA ESTOS TRASTORNOS.

MECANISMOS MOLECULARES: DÉFICIT DE ENDOTELINAS,
PG F2A O EXCESO DEL ACTIVADOR DEL PLASMINÓGENO.



SUA-I (iatrogénico)

TRATAMIENTOS HORMONALES (E2-PG-ANDRÓGENOS-AGNRH), **EN ESPECIAL DIU DE LEVONORGESTREL** (HASTA LOS PRIMEROS 6 MESES POST- INSERCIÓN).
FENÓMENO LLAMADO BTB (BREAKTHROUGH BLEEDING-HEMORRAGIA INTERCURRENTE).

**NO SE INCLUYEN LAS SUA DEBIDAS A SINTROM-
WARFARINA-HEPARINA QUE SE ENGLOBAN EN SUA-C.**

**NO SE INCLUYEN LAS SUA DEBIDAS A TOMA DE FÁRMACOS QUE
INTERFIEREN EN EL METABOLISMO DE LA DOPAMINA OCACIONANDO
TRASTORNOS DE OVULACIÓN QUE SE ENGLOBAN POR TANTO EN SUA-O.**



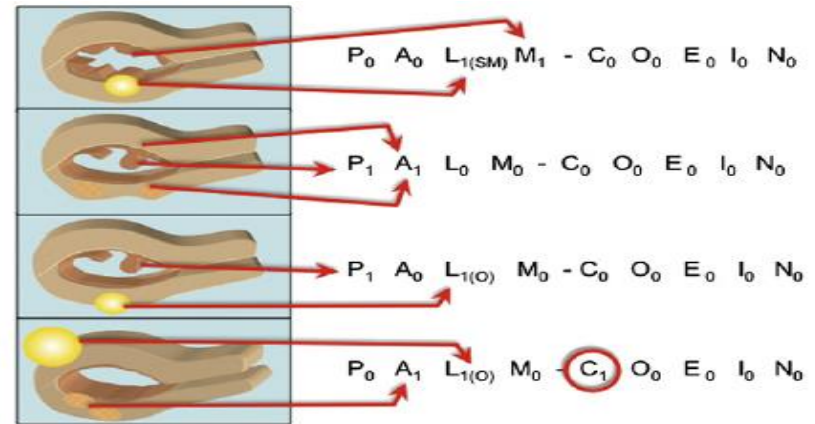
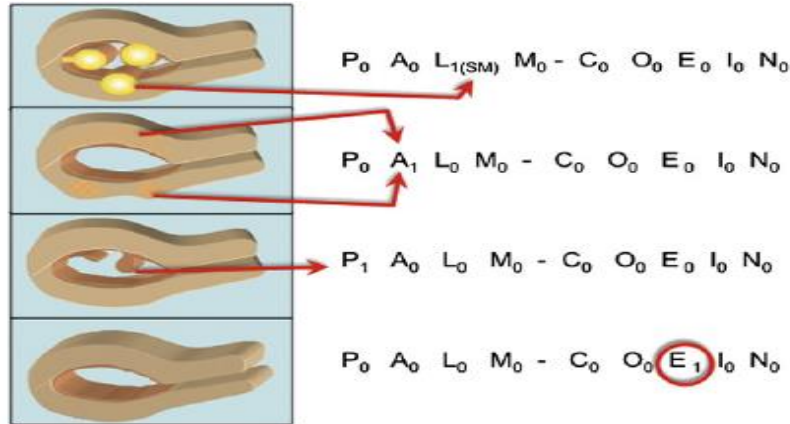
SUA-N (not yet classified)

ENTIDADES FUTURAS, NO IDENTIFICADAS, DE DIAGNÓSTICO INCIERTO
(BIOQUÍMICO, MOLECULAR...) **QUE PODRÁN SER INCLUIDAS EN LAS**
CATEGORÍAS PREVIAS UNA VEZ IDENTIFICADAS

MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS, HIPERTROFIA MIOMETRIAL...



EJEMPLOS



CONCLUSIONES

SUA problema importante.

SMA = manifestación del SUA + frecuente. Anormalidades en frecuencia, regularidad o duración reglas no asociadas a SMA, también son síntomas de SUA.

Buscar causa: **HC + EF + ECO.**

Cada paciente puede tener una o un **espectro de entidades causantes o contribuyentes al SUA.**

Tratamiento médico (no hormonal y hormonal) y quirúrgico.

Clasificación PALM-COEIN: mejor estudio y TTO SUA. Debería facilitar investigación multiinstitucional sobre SUA. Necesarias más modificaciones y revisiones dependiendo de los avances.

BIBLIOGRAFÍA

Malcolm G, Munro MG, Hilary OD, Critchley HOD, Fraser IS. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. Fertil Steril 2011;95:2204–8.

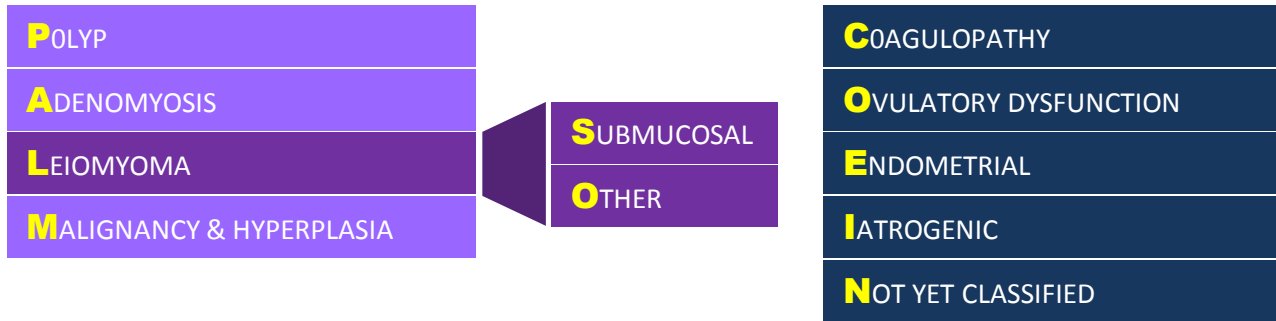
Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS. Research and clinical management for women with abnormal uterine bleeding in the reproductive years: more than PALM-COEIN. BJOG 2017;124:185–189

Protocolo SEGO Sangrado menstrual abundante. Abril 2013. NICE Clinical guideline of Heavy menstrual bleeding: assessment and management 2007.

Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women. Committee opinion. ACOG. Number 557, April 2013, Reaffirmed 2015.



PALM-COEIN (SUA)





MUCHAS
GRACIAS