



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRABAJO DE GRADUACIÓN:

**HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL Y SU
INCIDENCIA EN LA ATENCIÓN DEL HOSPITAL
“ABEL GILBERT PONTÓN”, EN EL PERIODO
DE JUNIO A DICIEMBRE/2012.**

AUTORA:

LORANLLY ROSARIO DÁVILA CAMACHO

TUTOR:

DR. FRANCISCO MARCELO OBANDO FREIRE

GUAYAQUIL - ECUADOR 2013

**HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL Y SU INCIDENCIA EN LA ATENCIÓN
DEL HOSPITAL “ABEL GILBERT PONTÓN”, EN EL PERIODO DE JUNIO A
DICIEMBRE/2012.**

Autora: Loranlly Rosario Dávila Camacho

Palabras Claves: Útero, hemorragia, tumores, endometriosis, peri menopausia, post menopausia.

RESUMEN

El ciclo menstrual se repite cada 28 días como término medio, aunque su frecuencia de repetición puede variar desde 21 hasta 35 días. La fase menstrual o hemorrágica de esta ciclo tiene una duración de 2-7 días. Y en esta se produce un volumen de sangrado que puede ir de 30 hasta 80ml. . Cualquier alteración de esos tres parámetros - frecuencia, duración y cantidad- es un sangramiento uterino anormal. Si la alteración se debe a un desbalance endocrino, el sangramiento uterino anormal se define como disfuncional (HUD). En casi todos los casos es un concepto de exclusión, en la que se han descartado las causas orgánicas (genitales o extra genitales) del sangrado, quedando solo las causas que producen un descontrol en las hormonas gonadotropinas.

La HUD es una de las principales causas de consulta ginecológicas 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.

El siguiente trabajo se enfoca en determinar las posibles causas que provocan estas hemorragias disfuncionales en mujeres de diferentes edades atendidas en el Hospital Abel Gilbert Pontóny cuál es su incidencia en la atención y tratamiento de las pacientes. Para lo que se ha realizado un estudio de prevalencia o de corte transversal, observacional y descriptivo en el periodo de junio a diciembre/2012.

DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING AND ITS IMPACT ON THE
HOSPITAL CARE " GILBERT PONTOON ABEL " , IN THE PERIOD FROM
JUNE TO DICIEMBRE/2012 .

Author : Rosario Davila Loranlly Camacho

Keywords : Uterus , bleeding , tumors , endometriosis, perimenopause , post
menopause.

ABSTRACT

The menstrual cycle is repeated every 28 days on average, but their repetition frequency can vary from 21 to 35 days. The hemorrhagic phase of the menstrual cycle lasts for 2-7 days . And this occurs in a volume of bleeding which can range from 30 to 80ml . . Any alteration of these three parameters - frequency, duration and quantity - is abnormal uterine bleeding . If the disturbance is due to endocrine imbalance , abnormal uterine bleeding is

defined as dysfunctional (HUD). In almost all cases is a concept of exclusion, which were discarded organic causes (genital or extragenital) bleeding, leaving only causes slippage in producing a gonadotropin hormones .

The HUD is one of the main causes of adolescent gynecology . 50% of cases occur in women between 40 and 50 years old, in perimenopausalperiod . 30% of those affected are of reproductive age , between 20 and 39 years of age and approximately 20 % of cases occur in adolescents between 13 and 20 years old who do not ovulate .

The following work focuses on determining the possible causes of these dysfunctional bleeding in women of different ages treated at the Hospital Abel Gilbert Ponton and what is their impact on the care and treatment of patients. For what has made a study of prevalence or cross-sectional , observational and descriptive in the period from June to diciembre/2012 .

INTRODUCCIÓN

El sangrado por el tracto genital puede representar un proceso fisiológico (menstruación normal) o significar la manifestación de un proceso patológico de muy diversa etiología. El patrón menstrual normal, viene definido por las siguientes características: duración de sangrado de 2 a 7 días (media 4 días), un intervalo menstrual de 21 a 35 días (media 28 días) y una pérdida sanguínea de 20-80 cc (media 50 cc).

Por hemorragia uterina anormal (HUA) se designa a los trastornos en la longitud del ciclo, (proiomenorrea = reglas muy frecuentes; opsoiomenorrea = reglas muy espaciadas), la duración (poliomenorrea = regla muy duradera; oligomenorrea = regla de escasa duración) o intensidad de la menstruación, (hiperomenorrea = regla muy abundante; hipomenorrea = regla escasa) así como a la presencia de sangrado entre menstruaciones normales o sin relación con éstas, o antes de la menarquia y después de la menopausia. El nombre de metrorragia englobará a todas las hemorragias de origen uterino; y hablaremos de menorragia cuando existe un sangrado menstrual cíclico abundante en varios ciclos consecutivos en mujeres en edad reproductiva; con una pérdida objetiva mayor de 80 ml por ciclo.

Hemorragia uterina disfuncional: diagnóstico y tratamiento Entendemos por hemorragia uterina disfuncional (HUD), la hemorragia que proviene del útero, sin que exista embarazo o puerperio y en ausencia de enfermedad orgánica comprobable; va a estar originada por la existencia de ciclos anovuladores o de alteraciones de la función del cuerpo lúteo. El 20% de los casos se produce en adolescentes y más de un 50% en mujeres de más de 45 años.

JUSTIFICACIÓN

Dentro de la hemorragia uterina anormal, se han incluido los conceptos de menorragia, metrorragia, meno metrorragia, hipermenorrea, hipomenorrea, oligomenorrea y hemorragia por supresión. Las causas de hemorragia uterina anómala pueden ser orgánicas y disfuncionales. La hemorragia uterina disfuncional, ha sido definida como la exclusión de causas orgánicas de la hemorragia uterina anormal, y puede ser clasificada como anovulatoria y ovulatoria (2).

El uso del legrado uterino está ampliamente extendido y es utilizado como primera alternativa frente al manejo de la hemorragia uterina anormal, con fines diagnósticos. Históricamente, la dilatación y el legrado se habían considerado el estándar de diagnóstico, y con frecuencia para el tratamiento de la enfermedad endometrial, pero requiere anestesia general. La biopsia endometrial se realiza clásicamente como procedimiento ambulatorio, pero obtiene menos cantidad de tejido para el diagnóstico. La preocupación que surgió entonces fue que podría pasar por alto hiperplasias o carcinomas focales cuando se llevan a cabo estos procedimientos. Cuando se comparan diferentes técnicas de biopsia endometrial, las biopsias dirigidas por histeroscopia proporcionan la evaluación más precisa, con la mayor especificidad y sensibilidad.

No se han encontrado estudios aleatorizados controlados publicados que comparen dilatación y legrado versus otros tratamientos para aliviar la menorragia. El 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. El legrado puede tener un papel diagnóstico cuando se tiene una biopsia endometrial inconclusa y persisten los síntomas o se sospecha otra patología .

Por tal motivo, no se ha recomendado la utilización de la dilatación y curetaje como terapia en las mujeres con sangrado menstrual intenso ya que no ha demostrado efectividad, sino sólo como un método diagnóstico .

Como se ha mencionado, la principal preocupación frente al uso de la histeroscopia, es su efectividad en el diagnóstico de cáncer endometrial e hiperplasia, durante el estudio de hemorragia uterina anormal.

A pesar de existir numerosos artículos publicados sobre la seguridad de la histeroscopia en el diagnóstico de cáncer e hiperplasia, un bajo porcentaje de los mismos han sido elegibles para formar parte de estudios meta analíticos, (Clark T, Voit D, Gupta J, et al), en el estudio mencionado sólo 65 estudios de 3.484 cumplieron los criterios de inclusión, además sólo 1 cumplió un nivel de calidad 1 y la mayoría se ubicaron en un nivel 4 (4).

Los estudios realizados sobre hemorragia uterina anormal plantean que la histeroscopia puede ser considerada el primer método diagnóstico a utilizarse para la evaluación de la paciente con sangrado uterino anormal, sin embargo, se mantiene la preocupación y el debate en torno a la exclusión de patología

intrauterina severa, como el cáncer endometrial e hiperplasia, así como sobre la secuencia de aplicación de las diferentes técnicas diagnósticas.

La presente investigación tiene como finalidad establecer la sensibilidad de la histeroscopia diagnóstica en la hemorragia uterina anormal, comparándola con el legrado diagnóstico, a través de los resultados de anatomía patológica. La elaboración de un protocolo de manejo de la hemorragia uterina anormal en pacientes peri y posmenopáusicas de nuestra ciudad, posibilitaría la difusión del uso de la histeroscopia como primer escalón en el manejo de esta patología, especialmente en instituciones de salud con mayor cobertura de la región, como es el Hospital Abel Gilbert Pontón.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la sensibilidad, especificidad e índice de verosimilitud de la histeroscopia frente a la histología en la hemorragia uterina anormal, estimar la concordancia y comparar la capacidad diagnóstica de las muestras obtenidas por histeroscopia versus legrado uterino, en pacientes perimenopáusicas, menopáusicas y posmenopáusicas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.

Objetivos Específicos

- Describir las características del grupo poblacional más afectado con hemorragia uterina anormal.

- Determinar la sensibilidad, especificidad e índice de verosimilitud de la histeroscopia frente a la histología, aplicadas a pacientes con hemorragia uterina anormal.
- Estimar la concordancia de los diagnósticos histológicos de las muestras obtenidas por histeroscopia versus legrado uterino.
- Comparar la capacidad diagnóstica de las muestras obtenidas por histeroscopia versus legrado uterino.

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio de prevalencia o de corte transversal observacional descriptivo, en mujeres que ingresaron en el área de admisión de emergencia y que fueron atendidas por consulta externa en el Hospital Abel Gilbert Pontón, que pertenece al Ministerio de Salud Pública, en el cual se da atención gratuita a todas las pacientes que acudan a dicha institución y previa aceptación de parte de la Dirección del hospital y coordinación del departamento de Estadística proceder a establecer las características clínicas de las pacientes y sus factores de riesgo asociados a la hemorragia uterina disfuncional.

En un estudio observacional analítico prospectivo de casos y controles. Se consideró como población de estudio a toda mujer que recibió atención entre junio a diciembre del 2012. El grupo estuvo constituido por todos los casos de hemorragia uterina disfuncional.

2. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo del estudio lo constituyen las pacientes que acudieron a emergencia y consulta externa del Hospital Abel Gilbert Pontón, en un número 1155, en el semestre comprendido de junio a diciembre del 2012, de la cual seleccionamos una muestra de 84 pacientes clasificadas por edades y diagnosticadas con hemorragia uterina disfuncional. La muestra se calculó con las siguientes restricciones:

- Error tipo I (alfa) del 5%
- Nivel de confianza del 95%
- Sensibilidad del 98%
- Especificidad del 98%
- Prevalencia esperada de la hemorragia uterina anormal del 30% (SHORGE, J. Williams GINECOLOGÍA. Mc GRAW-HILL Interamericana Editores. México, D.F. 2009).
- Precisión del 8% (rango del intervalo de confianza).

Con la ayuda de un software estadístico para datos tabulados: Epidat versión 3.1 en español para Windows, el tamaño mínimo de la muestra fue de 80 pacientes.

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes perimenopáusicas, menopáusicas y posmenopáusicas, mayores de 35 años, con criterios diagnósticos de hemorragia uterina anormal.

3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes menores de 35 años, con estudios complementarios cuyos resultados explicaron la probable causa de la hemorragia; pacientes vírgenes; pacientes con embarazo o sospecha del mismo; infecciones ginecológicas activas; pacientes con cáncer endometrial o lesiones cervicales malignas.

4. VARIABLES

Las variables principales fueron: métodos diagnósticos (histeroscopia, legrado uterino, estudio anatomopatológico). Las variables secundarias fueron: edad, instrucción, ocupación, residencia, estado civil, ingreso económico

Para la recolección de la información se empleó un formulario elaborado por la autora, en el que constan los datos de filiación de la paciente, la historia clínica ginecológica, una base de datos para registro de los hallazgos histeroscópicos y los diagnósticos anatomopatológicos.

Para la realización del estudio histeroscópico, se empleó un video histeroscopia que incluye: histeroscopia diagnóstica, con camisa operatoria de 2.9 mm, pinza o asa histeroscópica de biopsia y camisa de irrigación; histeroscopia operatoria de consultorio tipo BETTOQUI; fuente de luz blanca; cámara con cabezal; como medio de distensión uterina solución salina al 0.9%, con manómetro neumático y columna de

mercurio. También fue necesaria la utilización de histeroscopio operatorio tipo Storz, con camisa operatoria de 4.5 mm, con objetivo de 30°, trócar romo y camisa de irrigación.

Para llevar a cabo el procedimiento, se explicó a la paciente de forma secuencial cada etapa del mismo. Se introdujo el sistema óptico a través de la vulva y vagina en el conducto endocervical y en el interior de la cavidad uterina para visualizar las estructuras que va recorriendo, junto a éste se introdujo también un haz de luz. A la lente se adaptó una cámara y ésta a un monitor, para la visualización de la cavidad tanto del operador como de la paciente. Para distender la cavidad uterina se empleó solución salina al 0.9%, a flujo continuo, colocadas con caída libre a una altura de 1,5 m por encima del nivel de la paciente, e ingresando a presión entre 100-160 mmHg con manómetro neumático y columna de mercurio. El procedimiento culminó con la toma de la biopsia endometrial, y posterior retiro del material de histeroscopia. Para el legrado uterino se utilizó un equipo de legrado, y se explicó a la paciente cada paso del mismo. Después de la inducción anestésica, la secuencia del procedimiento fue el siguiente: vaciamiento de la vejiga, exploración ginecológica bimanual, exposición y desinfección del cérvix (sujetando el labio anterior) y legrado del canal cervical. Luego se efectuó el legrado de la cavidad endometrial. Para ello, se midió previamente la longitud de la cavidad uterina con un histerómetro, para introducir la legra hasta el fondo uterino y comenzar el legrado a las 12 horas del reloj, siguiendo las paredes uterinas en sentido de las manecillas de éste y terminar con

el fondo y los cuernos uterinos. Se retiró las pinzas utilizadas, controlando hemostasia y finalizando con la limpieza de la zona genital.

Para el estudio anatomopatológico de las muestras obtenidas por histeroscopia y legrado uterino se empleó envases para procesamiento estándar con formol al 10%. Las muestras fueron procesadas en los servicios de Patología de los Hospitales del IESS y por especialistas patólogos, jefes de dichos servicios; en casos especiales la paciente decidió llevar la muestra a un laboratorio particular de anatomía patológica. Para el control de calidad de la toma de muestras para el estudio, se realizó una prueba piloto con las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión de la investigación, diferente al grupo y área de investigación.

5. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para la tabulación y procesamiento de datos se empleó los programas en español para Windows 7. Para los análisis comparativos se utilizó pruebas de estadística inferencial, considerándose significativos los valores de $p \leq 0.05$. Se realizaron tablas según las variables estudiadas y gráficos estadísticos realizados en Excel.

6. RESULTADOS

La presente investigación se efectuó en 84 mujeres con criterios diagnósticos de hemorragia uterina disfuncional, mayores de 35 años,

que acudieron al servicio de Ginecología del Hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de la Guayaquil, desde junio a diciembre del 2012.

TABLA N°1

DISTRIBUCIÓN DE 84 PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL, ATENDIDAS EN EL HOSPITALABEL GILBERT PONTÓN, SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS. GUAYAQUIL. JUNIO-DICIEMBRE/2012

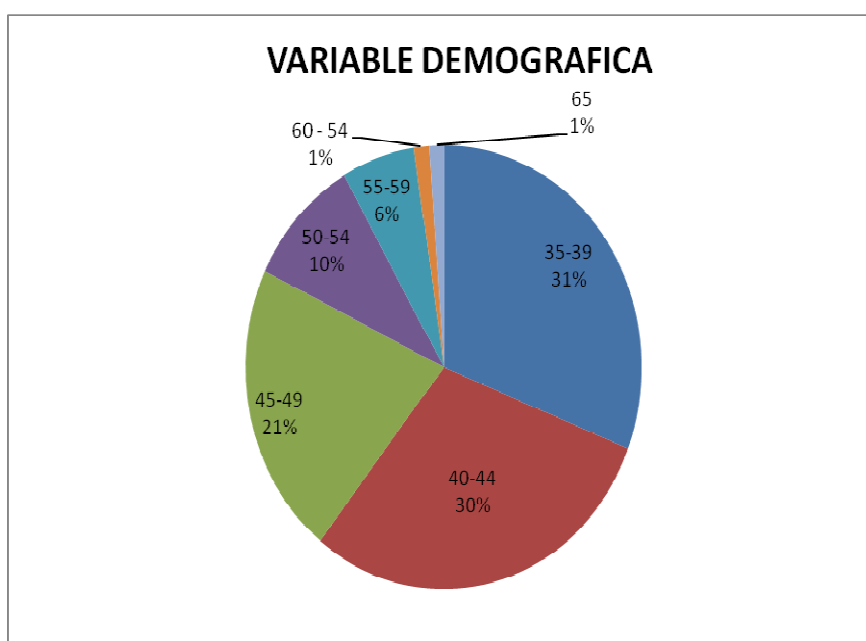
VARIABLE DEMOGRAFICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
35 - 39 años	26	31
40 - 44 años	25	29,8
45-49 años	18	21.4
50-54 años	8	9.5
55-59 años	5	6.0
60-64 años	1	1.2
65 y más años	1	1.2
Instrucción		
Primaria	32	38.10
Secundaria	32	38.10
Superior	26	31.10
Ocupación		
Empleada privada	22	26.2
Agricultora	6	7.1
Artesana	8	9.5
Profesional independiente	22	26.2
Comerciante	5	6.0
Ama de casa	21	25
Residencia		
Urbana 68 81	68	81
Rural 16 19	16	19
Estado civil		
Soltera	11	13.10
Casada	55	65.5
Divorciada	8	9.5
Unión libre	5	6.0
Viuda	5	6.0

Fuente: formulario de registro.

Elaboración: Autora.

TABLA No.1

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
35-39	26	31
40-44	25	29,8
45-49	18	21,4
50-54	8	9,5
55-59	5	6
60-64	1	1,2
65	1	1,2



En esta primera tabla se presenta la distribución de las pacientes según las variables sociodemográficas. Como se puede observar, de las 84 pacientes con hemorragia uterina anormal el grupo etario mayoritario fue el comprendido entre los 35 y 49 años de edad, con un total de 69 pacientes correspondiente al 82,2%. Se tuvo solo una paciente mayor de 65 años (1,2%).

En cuanto a la instrucción, el mayor porcentaje fue del grupo con instrucción primaria y superior, con un total de 52 pacientes que representa un 62% (26 pacientes respectivamente).

En lo referente a la ocupación de las pacientes, aquellas clasificadas como profesionales independientes (abogada, odontóloga, profesora, ingeniera, psicóloga, contadora, enfermera), empleadas privadas y amas de casa conformaron el grupo mayoritario, dando un total de 66 pacientes correspondiente al 77,4%. Artesanas, agricultoras y comerciantes, representaron el 22,6%.

Según el lugar de vivienda, la mayoría de las pacientes del estudio residen en la zona urbana, con un total de 68 mujeres, correspondiente al 81%.

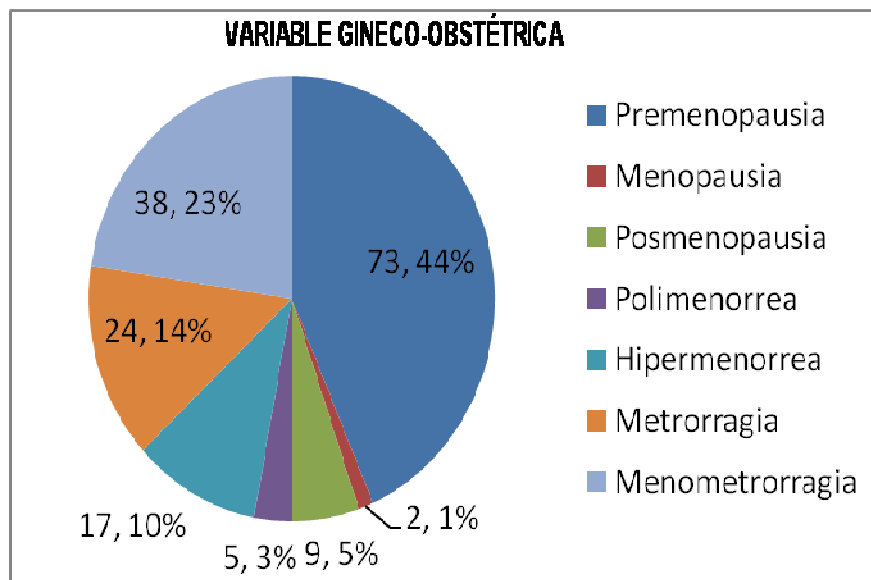
En relación al estado civil, el mayor porcentaje se situó en el grupo de casadas, obteniéndose 55 pacientes que correspondió al 65,5%

TABLA N°2

DISTRIBUCIÓN DE 84 PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, SEGÚN VARIABLES GINECO-OBSTÉTRICA. GUAYAQUIL JUNIO-DICIEMBRE/2012

VARIABLE GINECO-OBSTÉTRICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Transición menopáusica		
Premenopausia	73	86.90
Menopausia	2	2.4
Posmenopausia	9	10.7
Alteración ciclo menstrual		
Polimenorrea	5	6.0
Hipermenorrea	17	20.2
Metrorragia	24	28,6
Menometrorragia	38	45.20

VARIABLE GINECO-OBSTETERICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Premenopausia	73	86,9
Menopausia	2	2,4
Posmenopausia	9	10,7
Polimenorrea	5	6
Hipermenorrea	17	20,2
Metrorragia	24	28,6
Menometrorragia	38	45,2



En la Tabla N°2 se expone la distribución de las pacientes del estudio según las variables gineco-obstétricas. Considerando el concepto de transición menopáusica, se evidencia que la mayoría de las pacientes se ubica en el grupo de premenopáusicas, con un total de 73 pacientes que corresponde al 86,9%.

Finalmente cabe mencionar, que las 84 pacientes del estudio (100%) se habían realizado un examen de Papanicolaou y todas con reporte normal. Así mismo, las 84 pacientes no presentaron enfermedad de transmisión sexual al momento del estudio.

TABLA N°3

DISTRIBUCIÓN DE 84 PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, SEGÚN NÚMEROS DE DIAGNOSTICO. GUAYAQUIL JUNIO-DICIEMBRE/2012.

Prueba diagnóstica	Número diagnósticos	Visión Histeroscópica	Biopsia Histeroscópica	Biopsia por Legrado
Un diagnostico		n = 113 59x1 (59)	n = 94 74x1 (74)	n = 86 82x1 (82)
Dos diagnósticos		21x2 (42)	10x2 (20)	2x2 (4)
Tres diagnósticos		4x3 (12)	0	0

Fuente: formulario de registro.

Elaborado por: Autora

En la presente tabla se muestra la distribución de las 84 pacientes según el número de diagnósticos realizados. Por visión histeroscópica 59 pacientes tuvieron un solo diagnóstico, 21 pacientes tuvieron dos diagnósticos y 4 pacientes tres diagnósticos, lo que hizo un total de 113 diagnósticos. Con biopsia histeroscópica, 74 pacientes tuvieron un solo diagnóstico y 10 pacientes tuvieron dos diagnósticos, lo que representó un total de 94 diagnósticos.

Finalmente con biopsia por legrado, 82 pacientes tuvieron un solo diagnóstico y 2 pacientes dos diagnósticos, dando un total de 86 diagnósticos.

Cabe mencionar que el estudio histeroscópico al tener la ventaja de obtener mayor número de diagnósticos, debido a la posibilidad de visualizar directamente la cavidad uterina, permite una evaluación más precisa para un manejo integral de la paciente con hemorragia uterina anormal.

TABLA No.4

CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE LA VISIÓN HISTEROSCOPICA Y EL ESTUDIO ANATOMOPÀTOLOGICO, EN 84 PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL, EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. GUAYAQUIL JUNIO - DICIEMBRE/2012.

DIAGNÓSTICO HISTEROSCÓPICO	TOTAL	BIOPSIA HISTEROSCÓPICA		BIOPSIA POR LEGRADO	
		CONCUERDA	NO CONCUERDA	CONCUERDA	NO CONCUERDA
Hipertrofia endometrial	42	9	33	9	33
Hiperplasia glándulo-quística	5	1	4	1	4
Pólipo endometrial	29	22	7	13	16
Leiomioma submucoso	20	13	7	0	20
Cáncer endometrial	1	1	0	1	0
Endometrio normal	11	9	2	10	1
TOTAL	108 (*)	55(**)	53(**)	34(**)	74

PORCENTAJE 100 51 49 31.4 68.6

Fuente: formulario de registro

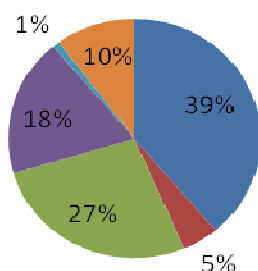
Elaborado por: Autora

TABLA No.4

CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE LA VISIÓN HISTEROSCOPICA Y EL ESTUDIO ANATOMOPÀTOLOGICO

DIAGNÓSTICO HISTEROSCÓPICO	TOTAL	BIOPSIA		BIOPSIA POR	
		HISTEROSCÓPICA		LEGRADO	
		CONCUERDA	NO.CONCUERDA	CONCUERDA	NO.CONCUERDA
Hipertrofia endometrial	42	9	33	9	33
Hiperplasia glándulo-quística	5	1	4	1	4
Pólipo endometrial	29	22	7	13	16
Leiomioma submucoso	20	13	7	0	20
Cáncer endometrial	1	1	0	1	0
Endometrio normal	11	9	2	10	1

DIAGNÓSTICO DE BIOPSIA HISTEROSCOPICO



En la tabla N°4, se observa la concordancia diagnóstica entre los hallazgos histeroscópicos y el estudio anatomopatológico de las muestras obtenidas por histeroscopia y legrado. Los resultados demostraron que entre la visión histeroscópica y la biopsia histeroscópica concordaron un total de 55 diagnósticos (51 pacientes), con el 51% de concordancia; mientras que un total de 53 diagnósticos (33 pacientes) no concordaron con la biopsia, lo que representó el 49% de discordancia. En cuanto a la biopsia por legrado, concordaron por visión histeroscópica un total de 34 diagnósticos (33 pacientes), con el 31.4% de concordancia; por el contrario, un total de 74 diagnósticos (51 pacientes) no concordaron con la biopsia, lo que representó el 68.6% de discordancia.

CONCLUSIONES

Al término del presente trabajo de investigación, y de acuerdo con los objetivos Planteados, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

La histeroscopia y la biopsia dirigida son métodos muy útiles para el diagnóstico y la determinación del origen de la hemorragia uterina anormal en pacientes perimenopáusicas y posmenopáusicas.

La biopsia por legrado, al ser un procedimiento "a ciegas" no permite localizar la zona patológica intracavitaria de manera precisa, tomando en cuenta que el diagnóstico histológico se referirá necesariamente al material enviado para su estudio. Por este motivo, pueden perderse lesiones focales y móviles como los pólipos, sobre todo si están situadas en áreas difíciles de legar, fallando la extracción completa del mismo y exponiendo a la paciente a repetidas intervenciones por recurrencias.

En consecuencia, deben seleccionarse el o los métodos adecuados sobre todo a la hora de descartar la existencia de un proceso neoplásico endometrial en todas las pacientes con hemorragia uterina anormal y, especialmente, en posmenopáusicas.

Tomando en cuenta dicha consideración, la paciente perimenopáusica y la posmenopáusica (con o sin terapia de reemplazo hormonal) con hemorragia uterina anormal debería ser remitida a estudio histeroscópico, siguiendo los lineamientos disponibles.

La histeroscopia con biopsia dirigida, conjuntamente con la ecografía y la

histerosonografía, según menciona la literatura, posibilitaría una mejor evaluación de la hemorragia uterina anormal. Sólo en los casos en los cuales la histeroscopia esté contraindicada o el estado de la paciente no permita llevar a cabo el estudio, debería optarse por el empleo del legrado uterino, incluso en sitios donde no se cuente con equipo de histeroscopia o las condiciones de infraestructura sean desfavorables el legrado seguirá siendo la alternativa.

Si bien la histeroscopia es un estudio relativamente costoso en comparación con otros métodos y requiere de una considerable habilidad del/la operador/a, en la actualidad la histeroscopia se considera la investigación estándar de oro para el diagnóstico de la hemorragia uterina anormal, al permitir la visualización directa de la cavidad endometrial, con la ventaja adicional de tomar una muestra por biopsia dirigida. Es bien tolerado por la paciente si se practica de manera cuidadosa y en un tiempo relativamente corto.

Es cierto también que existen implicaciones financieras con la inversión en equipos de histeroscopia, sin embargo podrían prescindirse de un gran número de procedimientos riesgosos e innecesarios que en la actualidad aún se siguen llevando a cabo. La instauración y mantenimiento de un histeroscopio y contar con personal capacitado para su manejo, es muy rentable a largo plazo, ya que evitaría el riesgo de la anestesia general, reduciría la estancia hospitalaria, permitiría un rápido retorno a las actividades diarias y, sobre todo, la oportunidad para un mejor diagnóstico.

A pesar de lo expuesto, la histeroscopia no está disponible en todas las unidades de salud como un procedimiento ambulatorio. Es por esto que las autoridades de salud deberían proporcionar procedimientos ambulatorios como la histeroscopia, como un estudio de rutina asequible para la población.

Considerando que la histeroscopia es un procedimiento relativamente nuevo en nuestro medio, son pocos profesionales de la salud que lo realizan adecuadamente.

Por esto, es importante recomendar que el estudio histeroscópico deba ser realizado por los y las médicos/as que han ido adquiriendo experticia en este procedimiento, con la finalidad de obtener resultados óptimos y rentables en el diagnóstico, tratamiento y satisfacción de las pacientes.

En cada unidad de salud sería conveniente implementar un servicio de histeroscopia, con personal médico en constante capacitación para convertirse en el más idóneo para el manejo de equipos y en identificar con solvencia patología intracavitaria del útero. Corresponde a profesores y jefes de los departamentos de ginecología y obstetricia, motivar y brindar capacitación tanto a las anteriores como a las nuevas generaciones para adentrarse en el ámbito del estudio histeroscópico.

Directrices para la selección de las pacientes aún no se han construido a nivel local, por lo que un número importante de procedimientos se llevan a cabo sin una indicación adecuada. Por lo tanto, la implementación de un protocolo de

manejo de la hemorragia uterina anormal en pacientes perimenopáusicas, menopáusicas y posmenopáusicas en la ciudad de Cuenca, posibilitaría la difusión del uso de la histeroscopia como primer escalón en el manejo de esta patología, especialmente en instituciones de salud con mayor cobertura de la región, y a la cabeza estarían el Hospital Abel Gilbert Pontón.

Formulario de Recolección de Datos

INSTITUCIÓN: Hospital Abel Gilbert Pontón

TÍTULO: HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL Y SU INCIDENCIA EN LA ATENCIÓN DEL HOSPITAL “ABEL GILBERT PONTÓN”, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE/2012.

FECHA:

NOMBRE:

HISTORIA CLÍNICA:

EDAD:

INSTRUCCIÓN:

OCUPACIÓN:

RESIDENCIA:

ESTADO CIVIL:

HISTORIA GÍNECO-OBSTÉTRICA

FUM: GESTAS: MENARQUIA:

ETS:

PAP TEST:..

ANTICONCEPCIÓN:

TRATAMIENTOS HORMONALES:

ENFERMEDAD GINECOLÓGICA:

DURACIÓN E INTENSIDAD DEL SANGRADO: POLIMENORREA SICC NOCC.

OLIGOMENORREA SI... NO.....

HIPERMENORREA SI.... NO....

METRORRAGIA SI... NO....

MENOMETRORRAGIA SI.... .NO.....

SANGRADO INTERMENSTRUAL SI.... NO....

AUTORA: Loranlly Rosario Dávila Camacho

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Narváez J, Vega B. Temas Relevantes de Ginecología y Obstetricia.
2. Bankowsky B, Hearne A, Lambrou N, Fox H, Wallach E, Johns Hopkins. Manual de Ginecología y Obstetricia. 2da Edición. Madrid, España. Editorial Marbán, 2005. Págs., 405-411.
3. Avila J, Cornejo B, Gallegos S. Valor de la histeroscopia diagnóstica. Hospital Nacional Sur Este EsSALUD. Ginecol. Obstet. (Perú) [Seriada en línea]. 2003; 49 (1). Págs. 39-44. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol49_n1/histeroscopia.htm.
4. Clark J, Vo it D, Gupta J, et al. Accuracy of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer and hiperplasia. JAMA [Seriada en línea]. 2002;288(13). Pags 1610-1621. Disponible en: <http://jama.amaassn.org/content/288/13/1610.full.pdf+html>
5. Jiménez I, Zornoza A, Tarrío O. Sangrado de origen ginecológico Gynaecological bleedin. An. Sist. Sanit. Navar [Seriada en línea]. 2009; 32 (1). Pags.39-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272009000200005&script=sci_arttext.
6. González A, Rodríguez A. Polipectomía Histeroscópica. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. Pág. 2. Andalucía, España, 2007. Disponible en: www.hvn.es/servicios.../ginecologia...obstetricia/.../cr07.polipectomia_histeroscopica.pdf.
7. Ely J, Kennedy C, Clark E, Bowdler N. Abnormal Uterine Bleeding: A Management Algorithm. J Am Board Family Med [Seriada en línea]. 2006; 19(6). Pags.590- 602. Disponible ehttp://www.jabfm.org/cgi/reprint/19/6/590
8. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional. 2011. Disponible en: http://www.comego.org.mx/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=99
9. Ibarra V, Lira Plascencia J. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional. Guías de Práctica Clínica 2008. Ginecol Obstet Mex [Seriada en línea]. 2009;77(9). Págs. S231-S251. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom099l.pdf
10. Espindola D, Kennedy K, Fischer E. Tratamiento de la hemorragia uterina anormal y patología de la hiperplasia endometrial. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica. USA, 2007. Elsevier Saunders. Págs.717 – 737.
11. Salazar A, Sáenz D. Tratamiento de Sangrado Uterino Anormal en el Primer y Segundo Nivel de Atención. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención. Seguro Social-Departamento de Farmacoepidemiología. Costa Rica, 2005. Disponible en: www.cochrane.ihcai.org/...costa_rica/.../20_Tratamiento-de-Sangrado-Uterino-Anormal.pdf
12. Shorge J, Schaffer J. Hemorragia uterina anormal. Ginecología de Williams. 1era ed. México, D.F. McGraw-Hill Interamericana Editores. 2009. Págs. 174-190, 896, 897, 950-953.
13. Goodman, A. Abnormal genital tract bleeding. Clin Cornestone [Seriada en

- línea]. 2000;3. Págs. 25-35. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11061065> Consultado Marzo 17, 2011
14. Wajeeha A, Parveen S, Ali M. Abnormal uterine bleeding; hysteroscopic findings in patients. *Professional Med J [Seriada en línea]*.2007;14(3). Págs. 435-440. Disponible en: www.theprofesional.com/article/2007/Vol-14-No-03/Prof-1179.pdf.
 15. Kilbourn CL, Consideraciones diagnósticas y terapéuticas de la hemorragia uterina anormal. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. Primera edición virtual, Julio, 2001. Disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/editorial.php/28036> Critchley HOD, Warner P, Lee AJ, Brechin S, Guise J, Graham B. Evaluation of abnormal uterine bleeding: comparison of three outpatient procedures within cohorts defined by age and menopausal status. *Health Technol Assess.* [Seriada en línea].2004;8(34). Págs. 1-139. Disponible en:
www.hta.ac.uk/fullmono/mon834.pdf
 16. Smith-Bindman R, Kerlikowske K, Feldstein VA., et al. Endovaginal ultrasound to exclude endometrial cancer and other endometrial abnormalities. *JAMA [Seriada en línea]*.1998; 280(17). Págs.1510-1517. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9809732>
 17. Socías T, Vargas R, et al. Correlación de la Histeroscopia y Biopsia dirigida en el estudio del Engrosamiento Endometrial Patológico por Ultrasonido. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Santiago de Chile, 2007. 72 (2): 99-104.
 18. Saavedra J. Miomatosis Uterina e Infertilidad: Indicaciones de Tratamiento Convencional. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. [Seriada en línea]. 2003; 54(2). Págs. 121-134. Disponible en:
redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1952/195214308007.pdf
 19. Ponce J, Sabriá E, Giné L, Fernandez Ma, Martí L. Cirugía endoscópica del mioma. *Ginecología y Obstetricia Clínica*. [Seriada en línea].2009;10(1). Págs. 41-45. Disponible www.nexusmedica.com/web/articulos/r664/.../gi-10-1-009.pdf
 20. Huertas M, Fernández J, Rojo R. Manual de Histeroscopia Diagnóstica y Quirúrgica. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Barcelona, España, 2008. Editorial Glosa, S.L. Pág. 46.
 21. Keklikian G, Bromiker T, Vincenzo M.T, Alvarez C, Sánchez M. Pólipos endometriales: su abordaje diagnóstico y terapéutico mediante histeroscopia. Sección Endoscopia Ginecológica. División Ginecología. Hospital Santojanni. Buenos Aires, Argentina, 1997. Disponible en: <http://www.vaf.com.ar/ginecoimagen/Trabajos/P%F3lipos%20endometriales>.

AUTORA: Loranlly Rosario Dávila Camacho