

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Factores asociados al sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital León Becerra durante el periodo del 2023 al 2025.

AUTORES:

Rengifo Trejo Joe Anthony
Quezada Granda Kevin Vicente

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

MÉDICO

TUTOR:

Yépez Mancero Violeta de las Mercedes

Guayaquil, Ecuador

2026



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente**, como requerimiento para la obtención de título de **Médico**.

TUTORA

f. _____

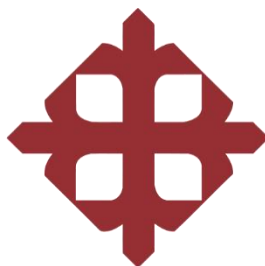
Yépez Mancero Violeta de las Mercedes

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs

Guayaquil, 1 de mayo del 2026



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Rengifo Trejo Joe Anthony

DECLARO QUE:

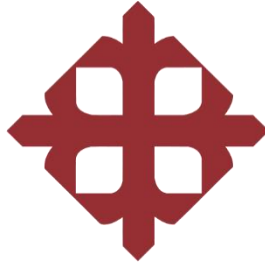
El Trabajo de Titulación, **Factores asociados al sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital León Becerra durante el periodo del 2023 al 2025**, previo a la obtención del Título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme la citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de mayo del 2026

AUTOR

f. Anthony Rengifo

Rengifo Trejo Joe Anthony



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Quezada Granda Kevin Vicente

DECLARO QUE:

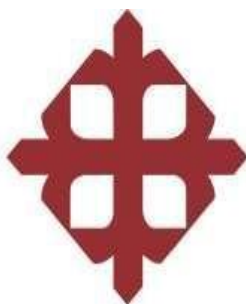
El Trabajo de Titulación, **Factores asociados al sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital León Becerra durante el periodo del 2023 al 2025**, previo a la obtención del título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme la citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de mayo del 2026

AUTOR

f. 

Quezada Granda Kevin Vicente



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Rengifo Trejo Joe Anthony**

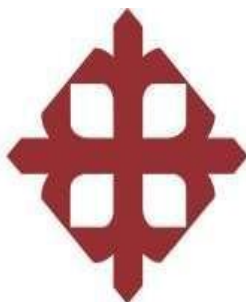
Autorizo a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Factores asociados al sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital León Becerra durante el periodo del 2023 al 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de mayo del 2026

AUTOR

f. Anthony Rengifo

Rengifo Trejo Joe Anthony



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Quezada Granda Kevin Vicente**

Autorizo a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Factores asociados al sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital León Becerra durante el periodo del 2023 al 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de mayo del 2026

AUTOR

f. 

Quezada Granda Kevin Vicente

REPORTE DE COMPILATIO



Informe de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

TESIS RENGIFO QUEZADA FINAL

ID : 0e4328878138d7d32394e34c688190c50269249f



0%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : TESIS RENGIFO QUEZADA FINAL.txt

Tamaño del archivo original : 48,33 kB

Número de palabras : 5445

Número de caracteres : 36169

Depositante : Violeta de las Mercedes Yepez Mancero

Fecha de depósito : 15 de abril de 2026

Tipo de carga : interface

fecha de fin de análisis : 15 de abril de 2026

Resumen (sección 1/3)

Violeta Yepez M

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Similitudes 2%

Sintáctica 2%

Semántica No medido

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA 3%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.

Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Idiomas no reconocidos 4%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.

Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.





**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

AGRADECIMIENTO

Hoy cierro una etapa que, sinceramente, nunca imaginé que llegaría hasta este punto de mi vida. Este camino ha estado lleno de risas, lágrimas, amanecidas, retos, aprendizajes y momentos que me han hecho crecer tanto a nivel profesional como personal.

A los amigos que hice durante este camino en la carrera, que son muchos, pero en especial a Alonso, Michael, Eduardo y Génesis: gracias por su cariño, su amistad sincera y por estar ahí en los momentos en los que ya no podía más y quería rendirme.

A mi grupo de amigos del pueblito, especialmente a Ivania, Nicole, Sebas y David, por siempre estar ahí, darme la mano, aconsejarme, brindarme su apoyo incondicional y confiar en que este día llegaría.

A mi roomie Allison, por todo este año de internado compartido; a mi compañero de guardia Jorge y a mi compañero de tesis Anthony, por el esfuerzo y empeño que pusimos en esta última etapa y en este proyecto final.

A mis jefes de área y residentes, que me brindaron su tiempo y compartieron sus conocimientos, y que supieron aconsejarme en los momentos adecuados. A todas las personas que conocí dentro del hospital y a mis compañeros de rotación: gracias por formar parte de este proceso. Siempre los llevaré en mi corazón.

Y de forma muy especial, a Eiichiro Oda, por enseñarme que la voluntad nunca muere, que si tienes un sueño nunca debes abandonarlo y que, con esfuerzo y determinación, todo es posible. El One Piece existe.

Gracias a todos por ser parte de este logro, porque no solo es mío, es de todos los que me ayudaron a llegar hasta aquí.

DEDICATORIA

Hoy cierro una etapa importante en mi vida, y este logro quiero dedicarlo, en primer lugar, a mis padres, Vicente Quezada y Marcia Granda, por su amor, paciencia y apoyo incondicional durante todo este trayecto; por enseñarme a nunca darme por vencido y por ayudarme a ser la persona que soy hoy en día. Sin ellos nada de esto fuera posible, se lo debo todo a ellos.

A mis hermanas, Valentina y Amy, por siempre estar ahí para mí, acompañándome en cada paso no se que haría sin ellas , las amo demasiado

Y a toda mi familia, que siempre ha estado presente para recargarme de energía y darme la fuerza necesaria para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de investigación representa la culminación de un largo proceso de formación académica, esfuerzo constante y crecimiento personal. Este logro no habría sido posible sin el apoyo y la contribución de diversas personas que han acompañado este camino.

A Dios, por darme la vida, la fortaleza y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa tan importante de mi formación.

A mis padres, por su apoyo incondicional, sus sacrificios y por ser el pilar fundamental en cada paso de este camino. Gracias por creer en mí incluso en los momentos más difíciles.

A mi esposa, por acompañarme desde quinto semestre de medicina, por su amor, paciencia y por darme fuerzas en los momentos más exigentes de este camino. Su apoyo ha sido fundamental para no rendirme.

A mi familia, por su comprensión, paciencia y constante motivación a lo largo de estos años.

A mis amigos, por no dudar de mí y por su apoyo constante en todo momento.

A mis compañeros, por darme la mano y ayudarme a poder triunfar tanto en la facultad como en el internado.

A mi compañero de tesis, Kevin Quezada, por su dedicación, compromiso y por dar todo su esfuerzo en este trabajo, el cual fue realizado con mucha entrega y perseverancia.

Finalmente, a todos los pacientes que, con su confianza, me permitieron aprender y reafirmar el compromiso ético y humano que implica ejercer la medicina.

Gracias a todos quienes, de una u otra manera, formaron parte de este logro

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, quienes con su amor, esfuerzo y sacrificio hicieron posible que hoy alcance este logro. Gracias por ser mi guía y el pilar fundamental en cada etapa de mi vida.

A mi esposa, por ser mi apoyo incondicional, por su amor, paciencia y por darme la fuerza necesaria para seguir adelante en los momentos más difíciles de este camino.

A mi hermano, por siempre alentarme, creer en mí y brindarme ideas que han contribuido a mi crecimiento personal y a proyectarme hacia el futuro.

Con todo mi cariño, este logro es también de ustedes.

INDICE

Contents

RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCION	2
CAPITULO I	4
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	4
1.3 OBJETIVOS.....	5
1.4 HIPÓTESIS.....	5
1.5 JUSTIFICACIÓN	5
CAPITULO II	7
MARCO TEORICO	7
2. SANGRADO UTERINO ANORMAL.....	7
2.1. DEFINICIÓN	7
2.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	8
2.3. CLASIFICACION	8
2.4. FISIOPATOLOGÍA.....	10
2.4. MANIFESTACIONES CLINICAS	11
2.6. DIAGNÓSTICO	12
2.7. TRATAMIENTO	13
CAPITULO III	16
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	16
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	16
3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION Y ANALISIS DE LOS DATOS. .	16
3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	16
3.4 POBLACION Y MUESTRA	16
3.4.1 POBLACION	16
3.4.2 MUESTRA	16
3.4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	17
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	17

CAPITULO V	30
1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	30
5.1 CONCLUSIONES	30
5.2 RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición de sangrado uterino normal y anormal.	7
Tabla 2. Clasificación de las causas de sangrado uterino anormal.	9
Tabla 3. Operacionalización de variables.....	17
Tabla 4. Frecuencia de edad según los grupos etarios de la muestra de estudio.....	19
Tabla 5. Clasificación de la frecuencia de la edad de la menarquia de la muestra.	20
Tabla 6. Paridad de la muestra de estudio.	21
Tabla 7. Antecedente de abortos previos de la muestra	21
Tabla 8. Antecedente de uso de anticonceptivos de la muestra.	22
Tabla 9. Antecedente de cirugía ginecológica previa	23
Tabla 10. Clasificación del ciclo menstrual de la muestra.	23
Tabla 11. Antecedentes clínicos de la muestra.	24
Tabla 12. Etiología del sangrado uterino anormal en la muestra.	25
Tabla 13. Complicaciones de las pacientes con sangrado uterino anormal	25
Tabla 14. Asociación entre los factores de riesgo y complicaciones en las pacientes con sangrado uterino anormal	26

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución del grupo etario de la muestra.	19
Figura 2. Clasificación de la frecuencia de la edad de la menarquia de muestra.	20
Figura 3. Distribución de la paridad de la muestra.	21
Figura 4. Antecedente de abortos previos de la muestra.	22
Figure 5. Antecedente de uso de anticonceptivos en la muestra	22
Figura 6. Antecedente de cirugía ginecológicas previas	23
Figura 7. Distribucion del ciclo regular en la muestra.	24

RESUMEN

Introducción: El sangrado uterino anormal es una de las principales causas de consulta ginecológica en mujeres en edad fértil, asociado a alteraciones en el patrón menstrual, anemia y repercusiones en la calidad de vida. Su origen es multifactorial, involucrando causas estructurales y no estructurales, lo que dificulta su abordaje clínico oportuno. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados al sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital León Becerra durante el periodo del 2023 al 2025. **Metodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal. Se incluyeron 257 pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal. La información se obtuvo de historias clínicas y se procesó en SPSS v26. Se aplicó estadística descriptiva y análisis inferencial mediante chi cuadrado, considerando significativo $p < 0,05$. **Resultados:** Existió un predominó el grupo de 26 a 35 años (43,6%). La menarquia entre 12 y 14 años se presentó en 56,8%. La paridad de 1 a 2 partos fue la más frecuente (46,3%). El 59,9% presentó ciclos irregulares. La etiología estructural, principalmente leiomioma, alcanzó el 28,8%. La anemia fue la complicación más frecuente (49,8%). Se evidenció asociación significativa entre complicaciones y etiología estructural ($p=0,000$), ciclo irregular ($p=0,005$), comorbilidades ($p=0,013$), paridad ≥ 1 ($p=0,000$) y edad ≥ 26 años ($p=0,001$). **Conclusión:** El sangrado uterino anormal se relaciona con factores gineco-obstétricos, clínicos y estructurales, con mayor riesgo de complicaciones en mujeres con ciclos irregulares, comorbilidades y mayor edad reproductiva.

Palabras claves: sangrado uterino anormal, complicaciones clinicas, ciclo menstrual, factores de riesgo, salud reproductiva.

ABSTRACT

Introduction: Abnormal uterine bleeding is one of the main reasons for gynecological consultation in women of reproductive age, associated with alterations in menstrual patterns, anemia, and an impact on quality of life. Its origin is multifactorial, involving both structural and non-structural causes, which complicates timely clinical management. **Objective:** To determine the risk factors associated with abnormal uterine bleeding in women of reproductive age treated at Hospital León Becerra during the period 2023–2025. **Methods:** Observational, analytical, retrospective, and cross-sectional study. A total of 257 patients diagnosed with abnormal uterine bleeding were included. Data were obtained from medical records and analyzed using SPSS v26. Descriptive statistics and inferential analysis using the chi-square test were applied, considering $p < 0.05$ as statistically significant. **Results:** The 26–35 age group predominated (43.6%). Menarche between 12 and 14 years occurred in 56.8%. Parity of 1–2 births was the most frequent (46.3%). Irregular menstrual cycles were observed in 59.9% of cases. Structural etiology, mainly leiomyoma, accounted for 28.8%. Anemia was the most common complication (49.8%). A significant association was found between complications and structural etiology ($p = 0.000$), irregular cycle ($p = 0.005$), comorbidities ($p = 0.013$), parity ≥ 1 ($p = 0.000$), and age ≥ 26 years ($p = 0.001$). **Conclusion:** Abnormal uterine bleeding is associated with gynecological, clinical, and structural factors, with a higher risk of complications in women with irregular cycles, comorbidities, and older reproductive age.

Keywords: abnormal uterine bleeding, clinical complications, menstrual cycle, risk factors, reproductive health.

INTRODUCCION

El sangrado uterino anormal (SUA) es uno de los principales motivos de consulta ginecológica en todo el mundo y representa un importante reto para la salud pública debido a su alta frecuencia, la complejidad de su diagnóstico y su impacto en la calidad de vida de las mujeres en edad fértil (1,2). Se definen como pérdidas de sangre uterinas excesivas, irregulares o prolongadas, que difieren de los patrones menstruales fisiológicos y pueden provocar anemia, absentismo laboral, trastornos reproductivos y deterioro del bienestar físico y psicológico (2-4).

Se han identificado varios factores determinantes en la aparición de sangrados uterinos anormales, entre ellos los trastornos endocrinos, las disfunciones ovulatorias, los trastornos estructurales como los fibromas o los pólipos, el uso de anticonceptivos hormonales, las coagulopatías y las enfermedades sistémicas (3-5). En las mujeres en edad fértil, la interacción de estas condiciones, junto con factores sociales y hábitos de vida, aumenta el riesgo de episodios de sangrado anormal con consecuencias clínicas importantes (5,6).

Se estima que entre el 10 % y el 30 % de todas las consultas ginecológicas en todo el mundo están relacionadas con dolores abdominales agudos, que son más frecuentes en mujeres de entre 30 y 49 años (4,7). En la región de América Latina, diversas investigaciones han demostrado que el dolor abdominal agudo es una de las principales causas de hospitalización ginecológica, asociado a anemia ferropénica, infertilidad y un aumento de las intervenciones quirúrgicas, como las histerectomías, con repercusiones directas en la salud reproductiva y el pronóstico a largo plazo (6-8).

En Ecuador, el sangrado uterino anormal se ha convertido en una de las complicaciones ginecológicas más comunes en mujeres en edad fértil. La creciente prevalencia de factores como la obesidad, el síndrome de ovario

poliquístico, los desequilibrios hormonales y las enfermedades crónicas ha contribuido a un aumento sostenido de la incidencia de esta afección, que se ha señalado como motivo recurrente de consultas y hospitalizaciones en centros de atención de segundo y tercer nivel (7,9,10). En este escenario, es imprescindible analizar los factores asociados al sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital León Becerra entre 2023 y 2025.

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sangrado uterino anormal es un problema ginecológico frecuente que afecta considerablemente a la calidad de vida de las mujeres en edad fértil, ya que se acompaña de anemia, absentismo laboral y trastornos reproductivos (1,2). Las causas son múltiples e incluyen factores estructurales como fibromas, pólipos o adenomatosis, así como trastornos hormonales, trastornos de la coagulación y enfermedades del endometrio (3). Entre el 10 % y el 30 % de las mujeres en edad fértil en todo el mundo sufren sangrados uterinos anormales a lo largo de su vida, siendo la prevalencia mayor en los países subdesarrollados, donde el acceso limitado a servicios especializados retrasa el diagnóstico y el tratamiento oportuno (4).

En Ecuador, los datos epidemiológicos sobre los factores asociados a las hemorragias uterinas anormales son escasos y poco sistematizados, lo que limita la aplicación de estrategias de prevención y tratamiento basadas en la evidencia. En el Hospital León Becerra, existe una alta demanda de atención ginecológica, y no existen estudios recientes que describan la frecuencia, las causas predominantes y las características clínicas de esta patología en mujeres en edad fértil en los últimos años.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados al sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital León Becerra durante el periodo del 2023 al 2025?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados al sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital León Becerra durante el periodo del 2023 al 2025.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los antecedentes gineco-obstétricos y clínicos de las mujeres en edad fértil con sangrado uterino anormal.
2. Clasificar la etiología del sangrado uterino anormal en las mujeres en edad fértil.
3. Describir las complicaciones asociadas al sangrado uterino anormal en las mujeres en edad fértil.
4. Analizar la asociación entre los factores de riesgo y las complicaciones clínicas del sangrado uterino anormal en las mujeres en edad fértil.

1.4 HIPÓTESIS

Hipótesis alternativa: Existe asociación entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y clínicos y las características del sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital León Becerra durante el período 2023–2025.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Este estudio reviste una importancia fundamental, ya que el número de casos de hemorragias uterinas anormales en mujeres en edad fértil, que constituyen una de las principales causas de morbilidad ginecológica a escala mundial y nacional, está en constante aumento. Esta patología está implicada en diversas afectaciones en distintos aparatos y sistemas, entre ellos el hematológico, el reproductivo y a nivel mental (3,6). En nuestro país existe una brecha epidemiológica de datos que aporten a conocer más sobre los factores asociados a las complicaciones observadas en las pacientes con

sangrado uterino anormal, lo que delimita un escenario propicio para aportar con este estudio la evidencia necesaria para la toma de decisiones en temas de salud pública y reproductiva. Asimismo, los resultados de esta investigación permitirán obtener una visión actual a partir de una muestra representativa, considerando la alta demanda de atención en el Hospital León Becerra de Milagro.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2. SANGRADO UTERINO ANORMAL

2.1. DEFINICIÓN

El sangrado uterino anormal se define como un cambio en el patrón de flujo sanguíneo en el útero, caracterizado por irregularidades en la frecuencia, el volumen o la duración del sangrado, sin que exista embarazo (1,2). Tabla 1 Se puede manifestar como una pérdida menstrual excesiva, ya sea de forma aislada o en combinación con otros síntomas, y tener repercusiones sociales, emocionales y físicas, así como un deterioro significativo de la calidad de vida. Los trastornos menstruales son uno de los principales motivos de consulta ginecológica. Además, el SUA representa aproximadamente dos tercios de las indicaciones de histerectomía en todo el mundo y es la causa más frecuente de anemia ferropénica en mujeres en edad fértil. (1,4,6).

Tabla 1. Definición de sangrado uterino normal y anormal.

Términos del ciclo menstrual	Términos	Definición
Frecuencia (intervalo entre el inicio de cada ciclo menstrual)	Poco frecuente	> 38 días
	Normal	24 a 38 días
	Frecuente	< 24 días
Regularidad (variación en la duración del ciclo menstrual, medida durante 12 meses)	Regular	± 2 a 20 días a lo largo de 12 meses
	Irregular	> 20 días a lo largo de 12 meses
Duración de la menstruación	Acortada	< 4,5 días
	Normal	4,5 a 8 días
	Prolongada	> 8 días
Volumen (pérdida sanguínea total en cada ciclo menstrual)	Escaso	< 5 mL
	Normal	5 a 80 mL
	Abundante	> 80 mL

Fuente: Elaboración propia según FIGO (PALM-COEIN); sangrado uterino normal y anormal (5,9).

2.2. EPIDEMIOLOGÍA

El sangrado uterino anormal es un motivo de consulta frecuente en todo el mundo, con un impacto significativo en la calidad de vida y el uso de la atención médica. A nivel mundial, se estima que la prevalencia de SUA entre mujeres en edad reproductiva está entre el 16% y el 31%, dependiendo de la población estudiada y los criterios utilizados para el diagnóstico. Por ejemplo, un amplio estudio multicéntrico realizado en Brasil halló una prevalencia del 31,4% entre las mujeres en edad reproductiva, basándose en la autopercepción y parámetros objetivos (3,5,10,11). En cambio, una cohorte estadounidense que utilizó el seguimiento menstrual digital informó una prevalencia del 16,4 % entre las mujeres de 18 a 45 años, tras confirmarse la precisión del seguimiento (12). Los datos de Kenia también respaldan una prevalencia de aproximadamente el 30 % en mujeres en edad reproductiva (13).

El grupo de edad más afectado son las mujeres en edad reproductiva, normalmente entre la menarquia y la menopausia (aproximadamente entre los 15 y los 49 años). Las adolescentes también experimentan una carga considerable: un estudio multicéntrico brasileño informó una prevalencia de sangrado menstrual abundante del 20,5 % entre adolescentes (≤ 19 años) y del 32,8 % entre adultas (14). La prevalencia es menor en adolescentes que en adultas, pero el impacto en la calidad de vida y el riesgo de anemia es notable en ambos grupos (14). La mediana de edad de las mujeres que presentaron SUA en una cohorte hospitalaria de Kenia fue de 30 años (2,13).

2.3. CLASIFICACION

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) avalan el sistema de clasificación PALM-COEIN, que divide las etiologías en categorías

estructurales (pólipo, adenomiosis, leiomioma, malignidad e hiperplasia) y no estructurales (coagulopatía, disfunción ovulatoria, endometrial, iatrogénica, no clasificada de otra manera) (6,8).

Tabla 2. Clasificación de las causas de sangrado uterino anormal.

Categoría	Subtipo / Causa	Descripción
Causas estructurales (PALM)	Pólipos endometriales	Alteran la arquitectura endometrial y la integridad vascular, provocando sangrados anormales.
	Adenomiosis	Invasión del endometrio en el miometrio, generando sangrado menstrual abundante y dismenorrea.
	Leiomiomas (fibromas)	Tumores benignos del músculo uterino que distorsionan la cavidad y causan sangrado irregular.
	Malignidad o hiperplasia endometrial	Cambios neoplásicos o proliferativos que comprometen la estructura vascular del endometrio.
Causas no estructurales (COEIN)	Coagulopatías	Trastornos como la enfermedad de von Willebrand o disfunciones plaquetarias, frecuentes en adolescentes, que producen sangrado menstrual excesivo.
	Disfunción ovulatoria	Incluye anovulación, común en adolescentes y mujeres perimenopáusicas; se asocia con sangrados irregulares y abundantes por estrógeno sin oposición.
	Causas endometriales	Alteración primaria de la función hemostática del endometrio, con ovulación y anatomía normales.
	Causas iatrogénicas	Uso de anticoagulantes, terapias hormonales o dispositivos médicos que modifican el patrón menstrual.

	No clasificadas de otra manera	Etiologías infrecuentes o aún no bien comprendidas.
--	--------------------------------	-----------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia a partir de la clasificación FIGO (PALM-COEIN) para el sangrado uterino anormal (5,9).

2.4. FISIOPATOLOGÍA

La menstruación implica interacciones poco conocidas entre los sistemas endocrino e inmunitario. Estas interacciones, influenciadas por la fase del ciclo menstrual, implican la actividad de las células epiteliales y estromales, la afluencia de células inmunitarias y cambios en la vasculatura endometrial (7,15,16). Estos eventos se asemejan a una respuesta inflamatoria con aumento de la permeabilidad vascular, degradación tisular y la llegada de células inmunitarias innatas, como neutrófilos y macrófagos (9,16,17).

Las pacientes con una menstruación normal, debido a la disminución de los niveles de progesterona que marca la conclusión del ciclo menstrual, la capa funcional superior del endometrio sufre una reacción espacial y temporal sincronizada, lo que resulta en la menstruación. Este proceso implica cambios celulares y moleculares locales como la apoptosis endometrial, la afluencia de mediadores inflamatorios y la activación de las metaloproteinasas de la matriz (16,17). La fase perimenstrual abarca el cambio del endometrio de la fase secretora, a través del desprendimiento menstrual y la recuperación, a la fase regenerativa. Para detener el sangrado menstrual y reparar el endometrio, son necesarios tres procesos interconectados: el estrechamiento de las arteriolas espirales especializadas, el mantenimiento de la hemostasia en el área endometrial y la restauración de la mucosa endometrial dañada (16,17).

Las mujeres con sangrado uterino anormal debido a alteraciones en la producción ovárica de esteroides (SUA-O) o relacionada con la medicación (SUA-I), la disminución de los niveles de progesterona ocurre de manera impredecible. El SUA-O se puede subdividir en cuatro categorías, según la presunta fuente primaria, que se puede abreviar como "HiPO-P": síndrome hipotalámico, pituitario, ovárico o de ovario poliquístico (SOP) (16,17). En pacientes con SUA-O, se produce un sangrado irregular y abundante debido

a la ausencia de producción cíclica de esteroides sexuales. Los casos anovulatorios conducen a un crecimiento endometrial continuo impulsado por el estrógeno, lo que causa necrosis final y desprendimiento parcial a medida que el revestimiento engrosado supera su suministro de sangre. La oligoovulación puede resultar en episodios de desprendimiento parcial y menstruaciones normales (16,17).

El factor principal detrás del SUA-E son las interrupciones en los procesos moleculares y celulares que controlan la cantidad de sangre derramada durante la menstruación. La vasoconstricción puede inducir una deficiencia temporal de oxígeno en los tejidos y desencadenar la estabilización del factor inducible por hipoxia 1, que orquesta la reparación endometrial. Existe evidencia que sugiere que este proceso de reparación es menos robusto en individuos con SUA-E (8,16,17). En pacientes con SUA-E, la reacción inflamatoria localizada dentro del endometrio que se produce después de la caída de la progesterona al final del ciclo menstrual se intensifica, lo que lleva a una contraprestación en el aumento de sustancias vasoactivas que genera una fuerte constricción de las arteriolas espirales que restringirían la pérdida de sangre (16,17).

2.4. MANIFESTACIONES CLINICAS

El sangrado uterino anormal según su etiología puede compartir diversas manifestaciones clínicas como (2,4,13,15):

- Pérdida excesiva de sangre menstrual (a menudo >80 ml por ciclo, aunque la evaluación clínica se basa en los síntomas informados por la paciente, como empapar productos cada 1 a 2 horas o sangrar >7 días).
- Ciclos menstruales irregulares, que incluyen un ritmo impredecible y un flujo variable.
- Sangrado intermenstrual, sangrado poscoital o sangrado prolongado.
- Los síntomas asociados pueden incluir fatiga, signos de anemia e impactos negativos en la calidad de vida física, emocional y social

2.6. DIAGNÓSTICO

El sangrado uterino anormal puede diagnosticarse mediante un examen clínico, siendo fundamental una evaluación detallada de la historia médica y reproductiva, así como un examen pélvico minucioso (8,9,18). El examen descrito tiene la finalidad de utilizarse para excluir distintas otras etiologías del sangrado, valorar el sangrado uterino vigente, el tamaño del útero y visualizar si existe masas anexiales. En las pacientes que se encuentren dentro de la edad reproductiva es obligación realizar una prueba cuantitativa de embarazo. (8,18). El efecto del sangrado uterino anormal dentro de la vida diaria se puede medir mediante herramientas como MEDI-Q, cuyos resultados se elevan conforme aumentan el volumen del sangrado, específicamente en casos asociados a fibromas (19). La histeroscopia también puede tener el doble propósito de proporcionar un diagnóstico histológico y administrar un tratamiento efectivo en tales casos. En situaciones específicas, se puede realizar una resonancia magnética (RM) para proporcionar una evaluación más completa de la paciente, particularmente en casos que involucran múltiples miomas, planificación preoperatoria o cuando otras técnicas de imagen arrojan resultados no concluyentes (18-20).

En cuanto a las pruebas de laboratorio, se realiza rutinariamente un hemograma completo para identificar anemia en todas las pacientes que presentan SMA (18-20). En casos selectos, se realiza un muestreo de tejido endometrial para pacientes con SUA según el patrón de sangrado y sus factores de riesgo de malignidad endometrial. Para mujeres de 45 años o más, especialmente con sangrado intermenstrual, o en el período posmenopáusico que experimentan SUA, la prueba diagnóstica inicial de elección es la histeroscopia con una biopsia endometrial. Además, las mujeres menores de 45 años con exposición no regulada a estrógenos, incluidas aquellas con obesidad y/o SOP, así como aquellas que no han respondido al tratamiento o aún experimentan sangrado persistente, también deben someterse a una evaluación endometrial (18-20).

2.7. TRATAMIENTO

2.7.1 Fármacos

Los principales objetivos en el tratamiento del sangrado uterino anormal son identificar y tratar la causa subyacente, cuando sea posible, y lograr un ciclo menstrual regular o, en algunos casos, la amenorrea (21). Ciertos trastornos endocrinos, como el hipotiroidismo y la hiperprolactinemia, pueden causar HUA ovulatoria (HUA-O); en estos casos, el tratamiento adecuado del trastorno endocrino suele restablecer los ciclos ovulatorios regulares, resolviendo así la HUA (21,22).

Los ciclos anovulatorios, comunes en adolescentes o pacientes con síndrome de ovario poliquístico (SOP), también pueden causar O-UDS. Estos casos suelen responder favorablemente al tratamiento con esteroides gonadales, como los anticonceptivos combinados de estrógeno y progestina, las progestinas solas o el dispositivo intrauterino de levonorgestrel. Por otro lado, el AUS iatrogénico suele estar relacionado con el uso de medicamentos, anticonceptivos hormonales o dispositivos intrauterinos, en particular los DIU de cobre (21,22). En estos casos, la modificación o la interrupción del tratamiento farmacológico o del dispositivo suele conducir a la resolución del sangrado. En pacientes con SUA idiopático, se pueden utilizar fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y ácido tranexámico (21).

Los AINE actúan inhibiendo la ciclooxigenasa, reduciendo la producción de prostaglandinas y alterando el equilibrio entre las sustancias que afectan el flujo sanguíneo y la agregación plaquetaria, reduciendo en última instancia el SUA hasta en un 40%. El ácido tranexámico, disponible en formas orales e intravenosas, está aprobado por la FDA para el SUA y es el tratamiento de primera línea para el SUA sin causa establecida. Su mecanismo de acción es bloquear competitivamente los sitios de unión del plasminógeno, lo que previene la descomposición del coágulo (21,22). En el contexto del SUA, las mujeres con activadores del plasminógeno endometrial elevados y una mayor actividad fibrinolítica local se benefician del ácido tranexámico, que ha

demostrado ser más eficaz que el placebo, el ácido mefenámico y las progestinas de la fase lútea (22).

Se han propuesto varios tratamientos médicos para el manejo del SUA relacionado con fibromas. Los antifibrinolíticos y las progestinas, especialmente el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, pueden tratar el sangrado relacionado con los fibromas y pueden reducir con éxito los síntomas, prevenir la anemia, mejorar la calidad de vida y evitar la cirugía, aunque no tratan la causa subyacente en sí (21,22)

Los antagonistas de GnRH no peptídicos orales han sido aprobados para el tratamiento del HMB asociado con fibromas uterinos. La vía oral puede ser más cómoda, pero requiere administración diaria, mientras que los agonistas de GnRH de depósito pueden administrarse a intervalos de 90 días. Las ventajas más atractivas de los antagonistas de GnRH orales para el tratamiento del HMB son el inicio rápido de la acción, la fácil reversibilidad y la posibilidad de titular una dosis que solo bloquee parcialmente el eje hipófisis-ovario y alcance niveles séricos óptimos de estradiol, lo suficientemente bajos para aliviar los síntomas, pero no demasiado bajos como para causar efectos secundarios hipoestrogénicos (21,22).

2.7.2 Quirúrgico

La cirugía es una opción válida para las pacientes con sangrado uterino anormal que no responden al tratamiento médico, que presentan efectos secundarios inaceptables o que prefieren evitar el uso prolongado de medicamentos. También se considera en casos de causas estructurales, como pólipos, fibromas o adenomiosis, especialmente cuando se busca una solución definitiva como la histerectomía. Con el aumento del número de mujeres que posponen la maternidad, muchas pacientes desean conservar su útero, lo que requiere adaptar las intervenciones quirúrgicas a cada caso, dando prioridad a las técnicas conservadoras y mínimamente invasivas (21,22).

Abordaje de los pólipos endometriales

Las técnicas histeroscópicas son la norma para el diagnóstico y el tratamiento de los pólipos, ya que permiten su visualización y extirpación directa en una sola intervención quirúrgica, generalmente ambulatoria. Gracias a los instrumentos miniaturizados actuales, la mayoría de las intervenciones pueden realizarse sin anestesia general. En el caso de pólipos voluminosos, puede ser necesaria una dilatación cervical y una resección bajo anestesia y con ayuda de un equipo más complejo (21,22).

Tratamiento quirúrgico de la adenomiosis

Cuando la preservación de la fertilidad no es prioritaria, la histerectomía es el tratamiento más eficaz para la adenomiosis. En mujeres que desean conservar el útero, pueden considerarse técnicas conservadoras como la extirpación localizada (similar a la miomectomía), aunque esta puede ser técnicamente desafiante debido a la dificultad de delimitar los márgenes de la lesión. Los resultados varían, pero algunos estudios muestran alivio sintomático moderado, baja recurrencia y posible mejora en la fertilidad. Otras opciones, como la ablación o resección endometrial, tienen tasas de éxito limitadas y alto riesgo de recurrencia o necesidad de cirugía adicional (21,22).

Fibromas uterinos

Tradicionalmente, los fibromas se han tratado con histerectomía o miomectomía. Sin embargo, en las últimas dos décadas se ha observado una transición hacia procedimientos más conservadores y úteros preservadores, ajustados a los deseos reproductivos y clínicos de cada paciente (21,22).

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue observacional, analítica, retrospectivo y transversal. El estudio se realizó en el Hospital León Becerra durante el periodo del 2023 al 2025.

3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION Y ANALISIS DE LOS DATOS.

La relación de datos se basó en la revisión detallada de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal. Esta información se almacenó en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2019, en Windows 10 para su posterior análisis en el programa estadístico.

3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

Los datos de las variables se trasladaron al programa estadístico SPSS en su versión 26 para su análisis. Se realizó estadística descriptiva como la media, mediana, rango intercuartil y desviación estándar según la distribución de los datos, además de frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas categóricas. En el análisis inferencial se empleó el chi cuadrado tomando como referencia un valor p significativo cuando este es menor a 0,05.

3.4 POBLACION Y MUESTRA

3.4.1 POBLACION

La población estuvo compuesta por todas las pacientes cuyo motivo de consulta fue sangrado uterino anormal en el área de consulta externa y emergencia del Hospital León Becerra durante el periodo del 2023 al 2025.

3.4.2 MUESTRA

En este estudio no hubo un cálculo muestral, se incluyeron a todas las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.

3.4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

3.4.1.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de 18 a 35 años.
- Pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal.
- Pacientes atendidas en consulta externa de ginecología en el Hospital León Becerra durante el periodo del 2023 al 2025.

3.4.1.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes con embarazo confirmado en el periodo de estudio.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 3. Operacionalización de variables

NOMBRE VARIABLES	INDICADOR	TIPO	RESULTADO FINAL
Menarquia	Edad al inicio de la menstruación registrada en historia clínica	Cuantitativa continua	<12 años / 12-14 años / >14 años
Paridad	Número de partos previos completos	Cuantitativa discreta	0 / 1-2 / ≥3
Abortos previos	Número de abortos espontáneos o inducidos registrados	Cuantitativa discreta	0 / 1-2 / ≥3
Uso de anticonceptivos	Historia de uso de métodos anticonceptivos hormonales o dispositivos intrauterinos	Cualitativa nominal dicotómica	Sí / No
Cirugías ginecológicas previas	Procedimientos quirúrgicos como legrados, miomectomías, histeroscopias	Cualitativa nominal dicotómica	Sí / No
Ciclo menstrual	Regularidad del ciclo menstrual antes del SUA	Cualitativa nominal politómica	Regular / Irregular
Antecedentes obstétricos de complicaciones	Presencia de complicaciones previas como	Cualitativa nominal politómica	Sí / No / Tipo de complicación

	preeclampsia, hemorragia postparto, placenta previa		
Antecedentes clínicos	Presencia de comorbilidades como obesidad, diabetes, hipertensión, disfunción tiroidea	Cualitativa nominal politómica	Obesidad / DM / HTA / Disfunción tiroidea / Ninguno
Etiología del sangrado uterino anormal	Clasificación según PALM-COEIN (estructural y no estructural)	Cualitativa nominal politómica	Pólipo / Adenomiosis / Leiomioma / Malignidad / Coagulopatía / Ovulatorio / Endometrial / Iatrogénico / No clasificado
Complicaciones asociadas	Alteraciones derivadas del SUA durante el seguimiento	Cualitativa nominal politómica	Anemia / Infertilidad / Hospitalización / Intervención quirúrgica / Otro
Edad	Edad al momento del diagnóstico de SUA	Cuantitativa continua	Años
Frecuencia de episodios de sangrado	Número de episodios documentados	Cuantitativa discreta	Número de episodios
Resultado clínico al egreso	Estado de la paciente al final del seguimiento o atención hospitalaria	Cualitativa nominal dicotómica	Mejoría / Persistente / Requirió intervención quirúrgica

Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Se identificaron 257 pacientes con diagnóstico de hemorragia uterina anormal que fueron atendidas en el servicio de consulta externa y emergencia del Hospital León Becerra de Milagro durante el 2023 al 2024.

En relación con la edad, existió un predominio del grupo etario de 26 a 35 años con 112 pacientes (43,6%), seguido de 36 a 45 años con 77 casos (29,9%) y de 18 a 25 años con 68 (26,5%).

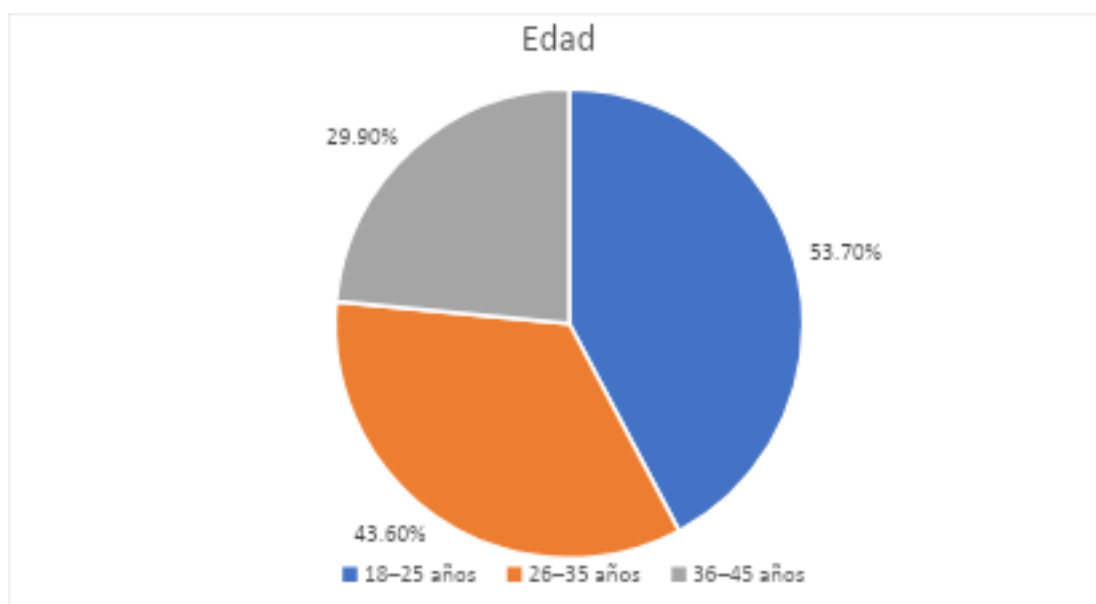
Tabla 4. Frecuencia de edad según los grupos etarios de la muestra de estudio.

Variable	n	%	
Edad	18–25 años	68	26,5
	26–35 años	112	43,6
	36–45 años	77	29,9

Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

Figura 1. Distribución del grupo etario de la muestra.



Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

Referente a los antecedentes gineco-obstétricos, empezando con la menarquia, está se presentó con mayor frecuencia entre los 12 y 14 años en 146 pacientes (56,8%), seguida de mayores de 14 años con 57 casos (22,2%) y menores de 12 años con 54 (21,0%).

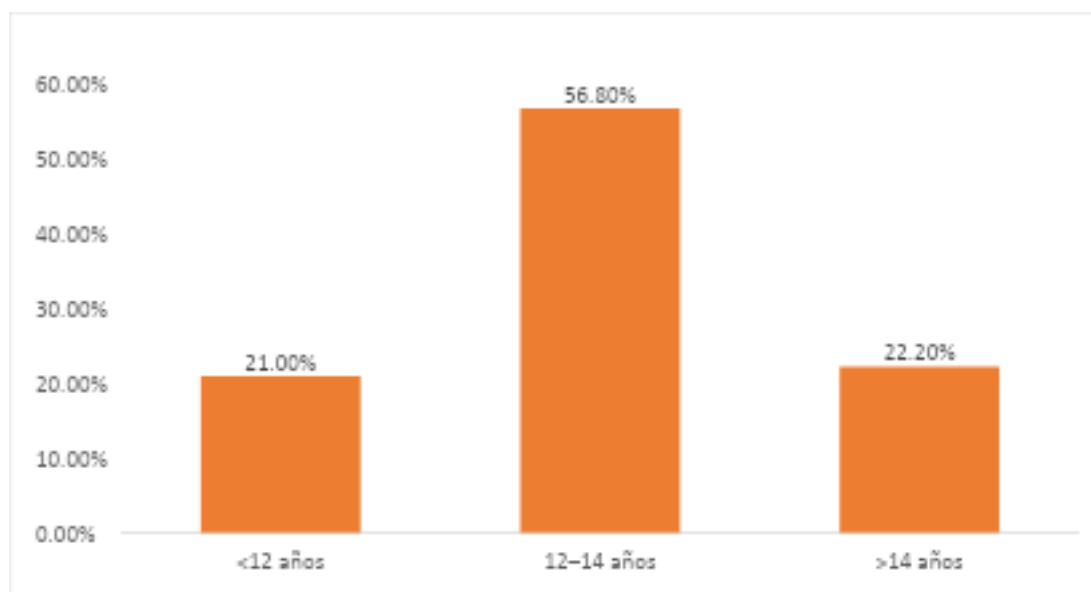
Tabla 5. Clasificación de la frecuencia de la edad de la menarquia de la muestra.

Variable		n	%
Menarquia	<12 años	54	21,0
	12–14 años	146	56,8
	>14 años	57	22,2

Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

Figura 2. Clasificación de la frecuencia de la edad de la menarquia de muestra.



Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

La paridad de 1 a 2 partos fue la más frecuente con 119 pacientes (46,3%), seguida de nulíparas con 72 (28,0%) y de ≥ 3 partos con 66 (25,7%).

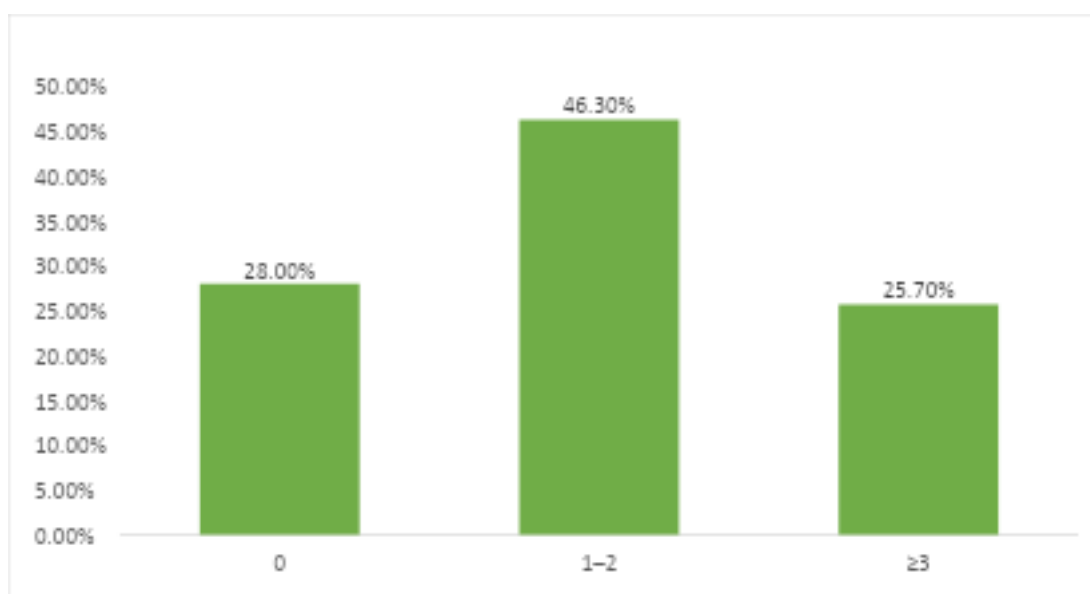
Tabla 6. Paridad de la muestra de estudio.

Variable		n	%
Paridad	0	72	28,0
	1-2	119	46,3
	≥3	66	25,7

Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

Figura 3. Distribución de la paridad de la muestra.



Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

La mayoría de las pacientes no presentaron antecedentes de abortos con 151 casos (58,8%), mientras que 86 pacientes (33,5%) registraron 1 a 2 abortos y 20 (7,7%) tres o más.

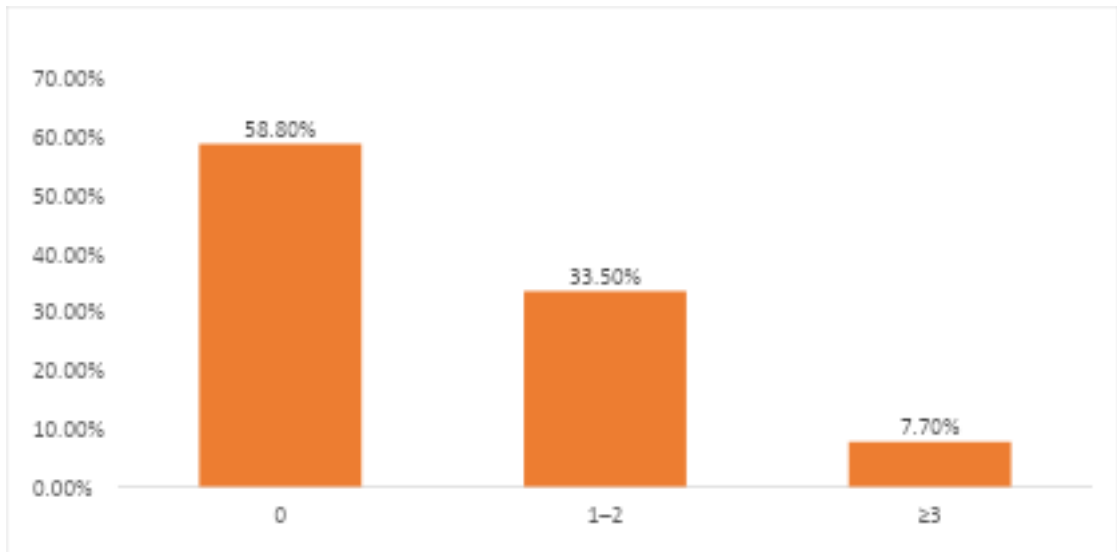
Tabla 7. Antecedente de abortos previos de la muestra.

Variable		n	%
Abortos previos	0	151	58,8
	1-2	86	33,5
	≥3	20	7,7

Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

Figura 4. Antecedente de abortos previos de la muestra.



Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente
Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

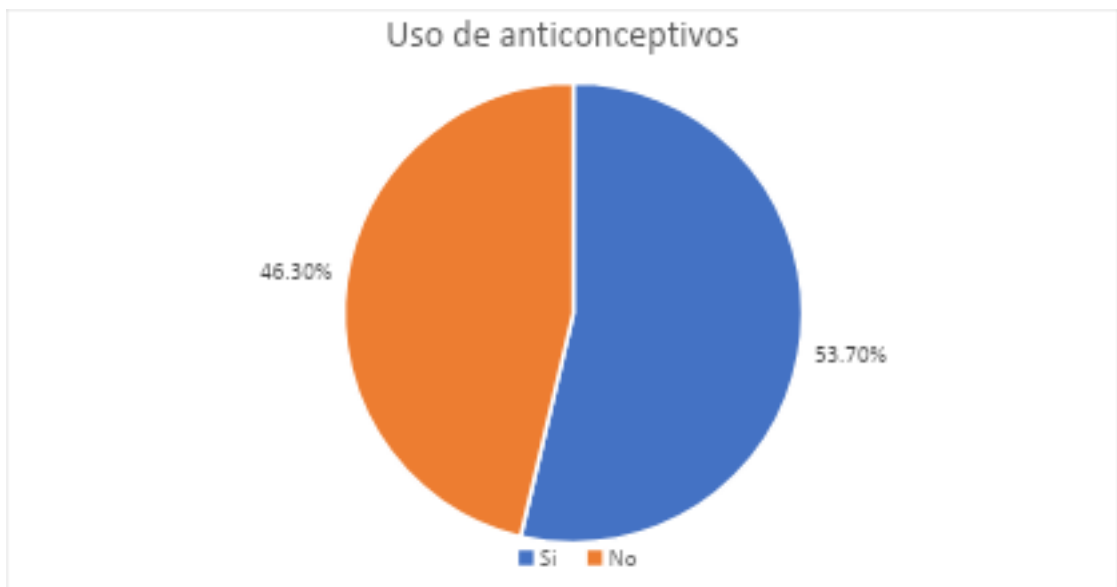
El uso de anticonceptivos estuvo presente en 138 pacientes (53,7%), en comparación con 119 (46,3%) que no lo utilizaron.

Tabla 8. Antecedente de uso de anticonceptivos de la muestra.

Variable		n	%
Uso de anticonceptivos	Sí	138	53,7
	No	119	46,3

Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente
Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

Figure 5. Antecedente de uso de anticonceptivos en la muestra



Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin

Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

La mayoría no presentó antecedentes quirúrgicos ginecológicos con 178 casos (69,3%), mientras que 79 pacientes (30,7%) sí los reportaron

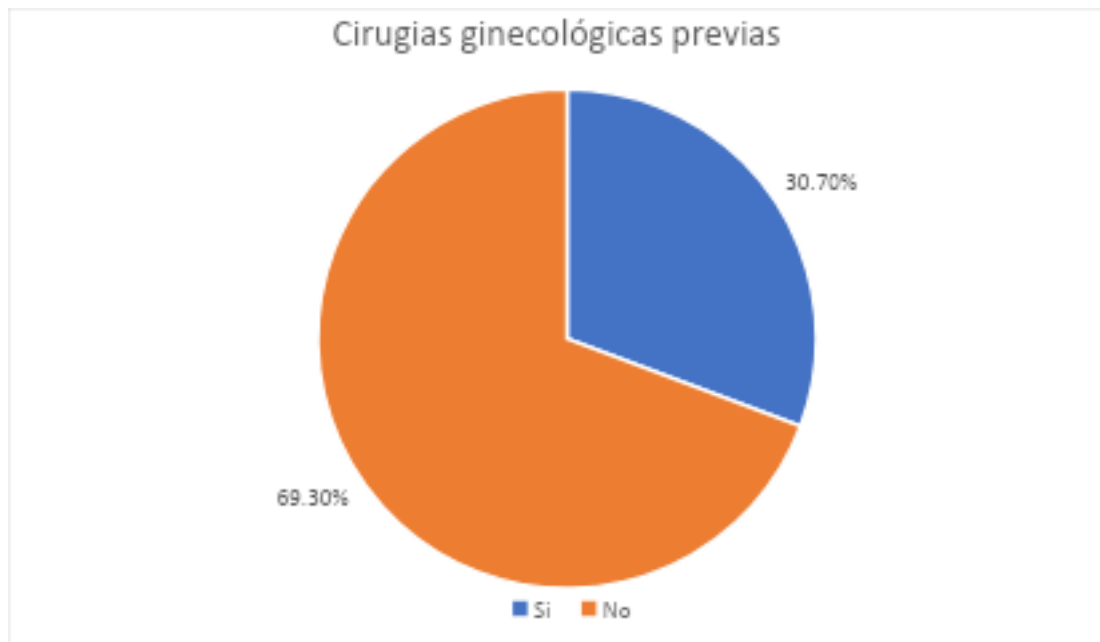
Tabla 9. Antecedente de cirugía ginecológica previa

Variable		n	%
Cirugías ginecológicas previas	Sí	79	30,7
	No	178	69,3

Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

Figura 6. Antecedente de cirugía ginecológicas previas



Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

Hubo un predominio del ciclo menstrual irregular en 154 pacientes (59,9%), frente a 103 (40,1%) con ciclos regulares

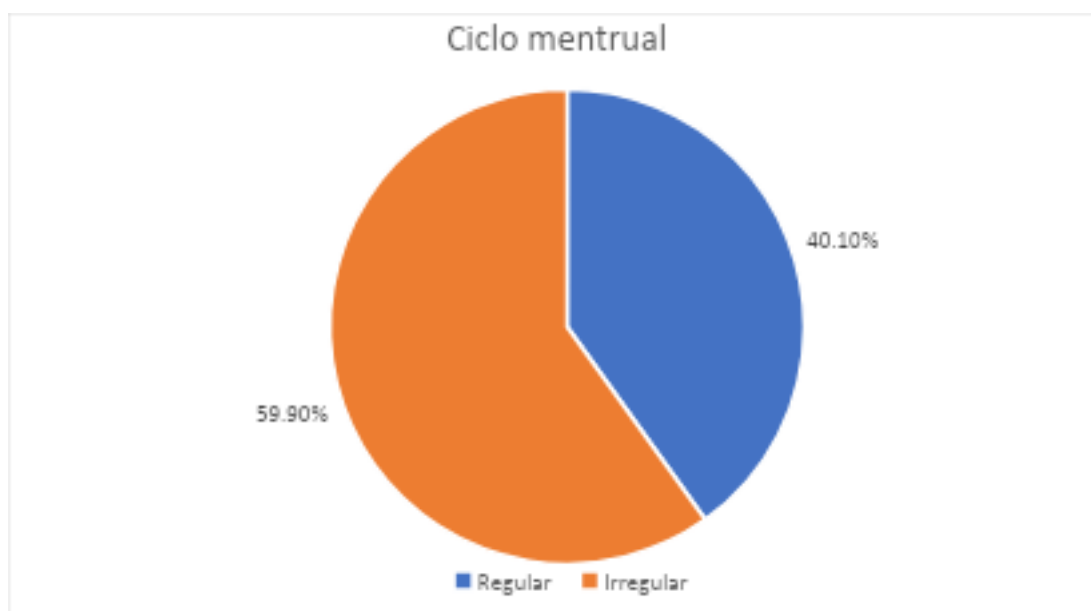
Table 10. Clasificación del ciclo menstrual de la muestra.

Variable		n	%
Ciclo menstrual previo	Regular	103	40,1
	Irregular	154	59,9

Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

Figura 7. Distribucion del ciclo regular en la muestra.



Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

En cuanto a los antecedentes obstétricos de complicaciones se presentaron en 97 pacientes (37,7%). En cuanto a antecedentes clínicos, 160 (62,3%) no presentaron comorbilidades; entre las presentes, predominó la obesidad con 61 casos (23,7%), seguida de hipertensión arterial con 41 (16,0%), diabetes mellitus con 32 (12,5%) y disfunción tiroidea con 21 (8,1%).

Tabla 11. Antecedentes clínicos de la muestra.

Variable		n	%
Antecedentes obstétricos de complicaciones		97	37,7
Antecedentes clínicos	No	160	62,3
	Ninguno	102	39,7
	Obesidad	61	23,7
	Diabetes mellitus	32	12,5
	Hipertensión arterial	41	16,0
	Disfunción tiroidea	21	8,1

Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

La etiología más frecuente fue el leiomioma con 74 casos (28,8%), seguido de trastornos ovulatorios con 41 (16,0%) y pólipos endometriales con 36 (14,0%).

Tabla 12. Etiología del sangrado uterino anormal en la muestra.

Etiología	n	%
Estructural		
Leiomioma	74	28,8
Pólipo endometrial	36	14,0
Adenomiosis	28	10,9
Malignidad / hiperplasia	19	7,4
No estructural		
Trastorno ovulatorio	41	16,0
Endometrial	24	9,3
Iatrogénico	15	5,8
Coagulopatía	9	3,5
No clasificado	11	4,3
Total	257	100

Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

La complicación más frecuente fue la anemia con 128 casos (49,8%), seguida de hospitalización con 46 (17,9%), intervención quirúrgica con 38 (14,8%) e infertilidad con 8 (3,1%).

Tabla 13. Complicaciones de las pacientes con sangrado uterino anormal.

Complicación	n	%
Anemia	128	49,8
Hospitalización	46	17,9
Intervención quirúrgica	38	14,8
Infertilidad	8	3,1

Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

En la asociación de los factores de riesgo y complicaciones en las pacientes con sangrado uterino anormal, se observó mayor frecuencia de complicaciones en etiología estructural (92,4%) frente a no estructural (75,0%) ($p=0,000$). De igual forma, el ciclo irregular (90,9%) superó al regular (77,7%)

(p=0,005). La presencia de comorbilidad (90,3%) fue mayor que su ausencia (78,4%) (p=0,013). Asimismo, ≥ 1 parto (91,9%) superó a nuliparidad (69,4%) (p=0,000), y edad ≥ 26 años (89,9%) a < 26 años (73,5%) (p=0,001). El uso de anticonceptivos no mostró diferencia (p=0,348).

Tabla 14. Asociación entre los factores de riesgo y complicaciones en las pacientes con sangrado uterino anormal

Variables	Complicaciones				Total	Valor p
	Si		No			
	n	%	n	%		
Etiología						
Estructural	145	92.4	12	7.6	157	0.000
No estructural	75	75.0	25	25.0	100	
Ciclo						
Irregular	140	90.9	14	9.1	154	0.005
Regular	80	77.7	23	22.3	103	
Uso de anticonceptivos						
Si	115	83.3	23	16.7	138	0.348
No	105	88.2	14	11,8	119	
Comorbilidad						
Si	140	90.3	15	9.7	155	0.013
No	80	78.4	22	21.6	102	
Paridad						
≥ 1	170	91.9	15	8.2	185	0.000
0	50	69.4	22	30.6	72	
Edad						
≥ 26 años	170	89.9	19	10.1	189	0.001
< 26 años	50	73.5	18	26.5	68	

Autores: Rengifo Trejo Joe Anthony y Quezada Granda Kevin Vicente

Fuente: Hospital León Becerra de Milagro 2023 al 2025

4.2 DISCUSIÓN

El presente estudio analizó las características clínicas y los factores asociados a complicaciones en mujeres con sangrado uterino anormal. En relación con la edad, se evidenció un predominio del grupo de 26 a 35 años con el 43,6%, seguido de 36 a 45 años con el 29,9%. Estos resultados son comparables con lo reportado por Sun et al (15), quienes describen mayor frecuencia en

mujeres entre 30 y 39 años (40%), así como con Bai R et al (23), donde este grupo representó cerca del 42%. De forma similar, el estudio de Abebe M et al (24) identifica mayor concentración en edades reproductivas medias. Esta concordancia podría explicarse por la mayor actividad hormonal y reproductiva en este grupo etario.

El 46,3% de las pacientes reportaron tener de 1 a 2 partos, lo que se asimila con lo descrito por Bai R et al (23), los cuales detallan que alrededor del 48% de su muestra fueron multíparas. En consonancia, Resendis LCF et al (25), reporta en sus resultados que más de las 50% de los casos tenían una multiparidad. La correspondencia de estos antecedentes, se pueden deber por las alteraciones a nivel del endometrio que se presentan a partir de los embarazos previos.

En relación con los antecedentes de abortos, el 58,8% no presentó eventos previos, mientras que el 41,2% tuvo al menos uno. Estos hallazgos son cercanos a lo descrito por Bai R et al (23), quienes reportaron aproximadamente un 45% con antecedentes abortivos, y por Abebe M et al (24), con cifras similares cercanas al 40%. Esta distribución podría explicarse por la variabilidad en los antecedentes obstétricos según la población estudiada.

Según el uso de anticonceptivos, el 53,7% de las pacientes los utilizaba. Este valor es comparable con Bai R et al (23), quienes reportaron un 55%, y con Abebe M et al (24), donde el uso alcanzó aproximadamente el 50%. No obstante, al analizar su asociación con complicaciones, no se evidenció significancia estadística ($p=0,348$), lo cual coincide con lo descrito por Resendis LCF (25), donde tampoco se encontró asociación relevante. Esta falta de relación podría deberse a la heterogeneidad en los tipos y duración del uso anticonceptivo.

Se encontró que alrededor del 59,9% de las pacientes tenían un ciclo menstrual irregular. Este hallazgo se asemeja a lo descrito por Sun et al (15),

quienes observaron en el 60% de los casos la irregularidad menstrual. En la investigación de Bai R et al (23), hubo una mayor frecuencia de pacientes con ciclos irregulares, con porcentajes de 58%. Asimismo, se comprobó que el ciclo menstrual irregular en esta cohorte de pacientes tuvo relación con la presencia de complicaciones clínicas ($p=0,005$). Este resultado es validado por lo encontrado por Abebe M et al (24), en que también encontraron una asociación estadísticamente significativa. El paralelismo se puede explicar por el papel central de la disfunción ovulatoria en la progresión del cuadro.

En lo referente a las comorbilidades, el 37,7% presentó alguna condición asociada, predominando la obesidad (23,7%). Estos resultados se asemejan a los reportados por Bai R et al (23), donde la obesidad alcanzó el 25%, y por Abebe M et al (24), con prevalencias cercanas al 20%. Además, se observó asociación significativa con complicaciones (90,3% vs 78,4%; $p=0,013$). Este comportamiento también ha sido descrito por Resendis LCF (25), donde las comorbilidades aumentaron el riesgo de desenlaces adversos. Esta relación podría atribuirse a la influencia metabólica y hormonal sobre el endometrio.

En cuanto a la etiología, predominó el origen estructural, especialmente el leiomioma (28,8%), seguido de trastornos ovulatorios (16,0%). Estos hallazgos coinciden con Bai R et al (23), quienes reportaron al leiomioma como causa principal (30%), y con Abebe M et al (24), donde las causas estructurales superaron el 50%. De igual forma, Sun et al (15) describen una alta prevalencia de causas estructurales bajo la clasificación FIGO. En el análisis de asociación, la etiología estructural presentó mayor frecuencia de complicaciones (92,4% vs 75,0%; $p=0,000$), lo cual es consistente con lo descrito por estos autores. Esta similitud puede explicarse por el mayor impacto orgánico de las lesiones estructurales.

Respecto a la paridad como factor asociado, se evidenció que las pacientes con ≥ 1 parto presentó mayor frecuencia de complicaciones (91,9% vs 69,4%; $p=0,000$). Este resultado coincide con lo reportado por Bai R et al (23) y Abebe

M et al (24), donde la multiparidad se asoció a mayor severidad del sangrado. Esta relación podría explicarse por cambios anatómicos y funcionales del útero posteriores a múltiples gestaciones.

En relación con la edad como factor de riesgo, las pacientes ≥ 26 años presentaron mayor frecuencia de complicaciones (89,9% vs 73,5%; $p=0,001$).

Este hallazgo es similar a lo descrito por Sun et al (15) y Abebe M et al (24), quienes reportan mayor riesgo en mujeres de mayor edad reproductiva. Esta concordancia podría atribuirse a la acumulación de factores hormonales y estructurales con el tiempo. En cuanto a las complicaciones, la anemia fue la más frecuente con el 49,8%. Este resultado es consistente con Bai R et al (23), quienes reportaron prevalencias cercanas al 50%, y con Abebe M et al (24), donde la anemia fue la principal complicación. En menor proporción se observaron hospitalización (17,9%) e intervención quirúrgica (14,8%), cifras similares a las descritas por Resendis LCF (25). La correspondencia se podría atribuir a la persistencia del sangrado uterino anormal y a sus repercusiones a nivel hematológico.

Entre las limitaciones que se observaron en el desarrollo del trabajo de investigación, el tipo y diseño del estudio fue la más relevante, debido a que la obtención de datos de una fuente secundario que son las historias clínicas pudo ocasionar determinados sesgos, además que no hubo un seguimiento a las pacientes, en las que se pudieron omitir variables confusoras considerables. Sin embargo, la fortaleza que se destaca es el número de casos analizados, que forman parte de una población representativa y que puede alinearse a una generalización de los resultados en otros contextos.

CAPITULO V

1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. El sangrado uterino anormal se presentó con mayor frecuencia en mujeres entre 26 y 35 años, en quienes predominaron antecedentes como menarquia temprana, multiparidad y ciclos menstruales irregulares, configurando un perfil reproductivo activo con alteraciones en la regulación hormonal.
2. La etiología estructural fue la más frecuente, destacando el leiomioma como causa principal, seguido de los trastornos ovulatorios, lo que evidencia la participación conjunta de factores orgánicos y funcionales en esta patología.
3. La anemia fue la complicación predominante, involucrando a la mitad de los casos; además, la hospitalización y el requerimiento quirúrgico a pesar de que tuvieron una menor proporción evidencia una carga considerable en el abordaje de este motivo de consulta.
4. Se observó que la etiología estructural, el patrón menstrual irregular, el antecedente de comorbilidades, la multiparidad y una edad mayor a 26 años, se asoció a complicaciones clínicas en pacientes con sangrado uterino anormal.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Se debe de fortalecer la valoración clínica inicial en mujeres con sangrado uterino anormal, incorporando de manera sistemática los antecedentes gineco-obstétricos y las condiciones clínicas asociadas, lo que permitiría una identificación más oportuna de los casos con mayor riesgo.

2. Optimizar el acceso a estudios diagnósticos, especialmente en pacientes con sospecha de causas estructurales, con el fin de orientar de forma temprana las decisiones terapéuticas.
3. Implementar estrategias de tamizaje y seguimiento para la detección precoz de anemia, considerando su elevada frecuencia y las posibles repercusiones en la calidad de vida de las pacientes.
4. Promover acciones dirigidas al control de comorbilidades como obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus, junto con educación en salud menstrual, con el propósito de reducir la aparición y severidad de las complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sepúlveda-Agudelo J, Sepúlveda-Sanguino AJ. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. *Ginecol Obstet Mex.* 2020;88(1):59-67.
2. Campos NC, Madrigal MP, Hines CG. Sangrado uterino anormal en etapa reproductiva. *Rev Med Sinergia.* 2022;7(5):8.
3. Kabra R, Fisher M. Abnormal uterine bleeding in adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2022 May;52(5):101185. doi: 10.1016/j.cppeds.2022.101185.
4. Sepúlveda Agudelo J, Torres Lucero AS, Sepúlveda Sanguino AJ. Sangrado uterino anormal: clasificación PALM-COEIN. Una actualización. *Ginecol Obstet Mex.* 2024;92(10):427-439.
5. Forestieri OÁ, Forestieri L, Uranga A. Sangrado uterino anormal (SUA). [Año no disponible].
6. Lee AH, Soto CDQ, Víquez MR. Visión general sobre sangrado uterino anormal: evaluación clínica y manejo. *Rev Med Sinergia.* 2023;8(03).
7. Perelló J, Rius Tarruella J, Calaf J. Heavy menstrual bleeding and its detection in clinical practice. *Med Clin (Barc).* 2021 Oct 8;157(7):332-338. doi: 10.1016/j.medcli.2021.02.006.
8. Lebduska E, Beshear D, Spataro BM. Abnormal uterine bleeding. *Med Clin North Am.* 2023 Mar;107(2):235-246. doi: 10.1016/j.mcna.2022.10.014.
9. Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 Dec;143(3):393-408. doi: 10.1002/ijgo.12666.
10. Marnach ML, Laughlin-Tommaso SK. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding. *Mayo Clin Proc.* 2019 Feb;94(2):326-335. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.12.012.
11. Rezende GP, Yela Gomes DA, Benetti-Pinto CL. Prevalence of abnormal uterine bleeding in Brazilian women: Association between

- self-perception and objective parameters. *PLoS One*. 2023 Mar 13;18(3):e0282605. doi: 10.1371/journal.pone.0282605.
12. Zhang CY, Li H, Zhang S, Suharwardy S, Chaturvedi U, Fischer-Colbrie T, Maratta LA, Onnela JP, Coull BA, Hauser R, Williams MA, Baird DD, Jukic AMZ, Mahalingaiah S, Curry CL. Abnormal uterine bleeding patterns determined through menstrual tracking among participants in the Apple Women's Health Study. *Am J Obstet Gynecol*. 2023 Feb;228(2):213.e1-213.e22. doi: 10.1016/j.ajog.2022.10.029.
 13. Mutakha GS, Mwaliko E, Kirwa P. Clinical bleeding patterns and management techniques of abnormal uterine bleeding at a teaching and referral hospital in Western Kenya. *PLoS One*. 2020 Dec 2;15(12):e0243166. doi: 10.1371/journal.pone.0243166.
 14. Nakamura RM, Rezende GP, Yela DA, Benetti-Pinto CL. Menstrual pattern and self-reported abnormal uterine bleeding in Brazilian adolescents: A multicenter cross-sectional study. *Int J Gynaecol Obstet*. 2025 May 31. doi: 10.1002/ijgo.70243.
 15. Sun Y, Wang Y, Mao L, Wen J, Bai W. Prevalence of abnormal uterine bleeding according to new International Federation of Gynecology and Obstetrics classification in Chinese women of reproductive age: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Aug;97(31):e11457. doi: 10.1097/MD.00000000000011457.
 16. Donnez J, Carmona F, Maitrot-Mantelet L, Dolmans MM, Chapron C. Uterine disorders and iron deficiency anemia. *Fertil Steril*. 2022;118(4):615–24.
 17. Jain V, Chodankar RR, Maybin JA, Critchley HOD. Uterine bleeding: how understanding endometrial physiology underpins menstrual health. *Nat Rev Endocrinol*. 2022;18(5):290–308.
 18. Vannuccini S, Jain V, Critchley H, Petraglia F. From menarche to menopause, heavy menstrual bleeding is the underrated compass in reproductive health. *Fertil Steril*. 2022;118(4):625–36.
 19. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, FIGO Menstrual Disorders Committee, Haththotuwa R, Kriplani A, et al. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of

- causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;143(3):393–408.
20. Davis E, Sparzak PB. Abnormal uterine bleeding. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018. [cited 2025 Oct 11]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532992/>
 21. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update*. 2016;22(6):665–86.
 22. Marnach ML, Laughlin-Tommaso SK. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(2):326–35.
 23. Bai R, Ashraf A, Shoeb S, Hussain Z, Maira, Tabassum F. Etiological Factors Associated With Abnormal Uterine Bleeding Among Adult Women Presenting to Tertiary Healthcare Settings. *Cureus*. 2025 Jul 15;17(7):e88019. doi: 10.7759/cureus.88019.
 24. Abebe M, Melaku G, Hareru HE, Tebeje TM. Abnormal uterine bleeding and its associated factors among reproductive-age women who visit the gynecology ward in Dilla University General Hospital, Southern Ethiopia, 2022. *BMC Womens Health*. 2024 May 9;24(1):281. doi: 10.1186/s12905-024-03128-6.
 25. Resendis LCF. Prevalencia y etiología del sangrado uterino anormal en el Hospital de la Mujer, Morelos, en el período 2018-2019 [tesis]. México: Hospital de la Mujer, Morelos; 2023.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Rengifo Trejo Joe Anthony**, con C.C:0925786428 y **Quezada Granda Kevin Vicente** con C.C: 2300532443 autores del trabajo de titulación: **Factores asociados al sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital León Becerra durante el periodo del 2023 al 2025** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de mayo de 2026

f. Anthony Rengifo

Rengifo Trejo Joe Anthony

CI: 0925786428

f. Kevin Vicente

Quezada Granda Kevin Vicente

C.I: 2300532443



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores asociados al sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital León Becerra durante el periodo del 2023 al 2025		
AUTOR(ES)	Rengifo Trejo Joe Anthony Quezada Granda Kevin Vicente		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Violeta Yepez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	MÉDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de mayo de 2026	No. DE PÁGINAS:	34
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Salud pública, Epidemiología.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	sangrado uterino anormal, complicaciones clínicas, ciclo menstrual, factores de riesgo, salud reproductiva.		

RESUMEN/ABSTRACT Introducción: El sangrado uterino anormal es una de las principales causas de consulta ginecológica en mujeres en edad fértil, asociado a alteraciones en el patrón menstrual, anemia y repercusiones en la calidad de vida. Su origen es multifactorial, involucrando causas estructurales y no estructurales, lo que dificulta su abordaje clínico oportuno. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital León Becerra durante el periodo del 2023 al 2025. Metodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal. Se incluyeron 257 pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal. La información se obtuvo de historias clínicas y se procesó en SPSS v26. Se aplicó estadística descriptiva y análisis inferencial mediante chi cuadrado, considerando significativo $p < 0,05$. Resultados: Existió un predominio el grupo de 26 a 35 años (43,6%). La menarquia entre 12 y 14 años se presentó en 56,8%. La paridad de 1 a 2 partos fue la más frecuente (46,3%). El 59,9% presentó ciclos irregulares. La etiología estructural, principalmente leiomioma, alcanzó el 28,8%. La anemia fue la complicación más frecuente (49,8%). Se evidenció asociación significativa entre complicaciones y etiología estructural ($p=0,000$), ciclo irregular ($p=0,005$), comorbilidades ($p=0,013$), paridad ≥ 1 ($p=0,000$) y edad ≥ 26 años ($p=0,001$). Conclusión: El sangrado uterino anormal se relaciona con factores gineco-obstétricos, clínicos y estructurales, con mayor riesgo de complicaciones en mujeres con ciclos irregulares, comorbilidades y mayor edad reproductiva.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4	E-mail: joe.renfijo@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayon Genkuong, Andres Mauricio	
	Teléfono: +593 99 757 2784	
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	