

Sangrado menstrual abundante: cómo hacer un diagnóstico inicial y escoger el mejor tratamiento

(Abundant menstrual bleeding: how to make an initial diagnosis and choose the best treatment)

Iván Enrique Naranjo Logroño^{*(1,2)}, Anthony Alfonso Naranjo Coronel⁽²⁾,
Cristián Guillermo AldásVaca⁽¹⁾, Neyda Narcisa Ortega Betancourt⁽¹⁾, Jessica Magali Herrera Abarca⁽¹⁾

(1) Carrera de Medicina, Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador

(2) COLPOMED Centro Hospital del día, Riobamba, Ecuador

*Correspondencia. Iván Enrique Naranjo Logroño, COLPOMED Centro Hospital del Día, Junín 26 18 y García Moreno, EC060155, Riobamba, Ecuador, e-mail: naranjometroplitanaotmail.com

RESUMEN

Introducción: el SMA es un problema frecuente que afecta a la salud femenina y que ocasiona gran impacto físico, psicológico y social con grave compromiso de la calidad de vida de las mujeres en edad reproductiva. **Objetivo:** promover el aprendizaje basado en evidencias para el diagnóstico y tratamiento del SMA, haciendo uso de los protocolos de manejo y terapéutica como de las guías de reconocimiento de causas y demás consecuencias médicas asociadas. **Método:** se realizó una búsqueda de artículos de actualidad en las bases de datos Scielo, Cochrane, Elsevier, Infomed, Pubmed. **Resultados:** A través de la búsqueda realizada, se recopiló aproximadamente 70 artículos que tienen relación con el tema, de los cuales se eligieron a 31 de ellos y que cumplieron con los requisitos de selección. **Discusión:** las pacientes con SMA presentan manifestaciones clínicas asociadas principalmente con metrorragias, dolor pélvico y entre otros factores biológicos no menos importantes como la herencia y la etnia. Para su diagnóstico es importante observar y aplicar el rigor de la propedéutica médica para una evaluación integral y enfocada según sus características biológicas a una terapéutica personalizada. **Conclusión:** El SMA es una condición médica que debe ser detectada precozmente y en uso de herramientas diagnósticas mínimas. Se recomienda tratamientos hormonales y dispositivos medicados para su tratamiento.

Palabras claves: Sangrado, Dolor menstrual, Hormonas, Implantes, Anticonceptivos

ABSTRACT

Introduction: Heavy menstrual bleeding is a frequent problem that affects women's health and causes great physical, psychological and social impact with serious compromise of the quality of life of women of reproductive age. **Objective:** To promote evidence-based learning for the diagnosis and treatment of heavy menstrual bleeding, making use of the management and therapeutic protocols such as the guidelines for recognition of causes and other associated medical consequences. **Method:** A systematic search of current articles was carried out in the databases Scielo, Cochrane, Elsevier, Infomed, Pubmed and several documentary works, guides and protocols of management and therapy were selected with levels of evidence and recommendation published in Spanish and English. **Discussion:** Patients with heavy menstrual bleeding present clinical manifestations associated mainly with metrorrhagia, pelvic pain and among other biological factors no less important as heredity and ethnicity. For its diagnosis, it is important to observe and apply the rigor of medical propaedeutics for a comprehensive evaluation focused on a personalized therapeutic approach according to its biological characteristics. **Results:** The systematic search of the information allowed to find scientific articles that address a detailed and well-structured description and understanding, for a correct implementation of the study guide and the best recommended treatment. **Conclusion:** The abundant menstrual bleeding is a medical condition that should be detected with opportunity and in use of minimal diagnostic tools could be offered hormonal treatments and medicated devices with great therapeutic success.

Keywords: Bleeding, Menstrual pain, Hormones, Implants, Contraceptives

Introducción

La menstruación es el comienzo de la edad reproductiva de la mujer y es un indicador muy importante de la salud femenina que puede verse afectado por condiciones y causas de distinto orden no solo anatómico o por daño estructural sino también de tipo disfuncional. El ciclo menstrual tiene una duración de más o menos veintiocho días y cuyo intervalo podría en un porcentaje menor de mujeres, presentarse en ciclos más cortos o más prolongados. Esto sin duda despierta en las mujeres gran preocupación y se convierten en los trastornos del ciclo más frecuentes en donde la irregularidad menstrual resulta ser el tipo de consulta ginecológica más prevalente (1). El sangrado menstrual abundante (SMA) hoy en día es un problema de salud silencioso, debido a la deficiente educación y pobre atención que sobre el tema poco o nada se discute; creyéndose que se trata de un evento común y normal en el que muchas de las veces, se piensan que ese aumento del flujo menstrual como del cambio en su patrón cíclico respecto a su intervalo y frecuencia; resulta ser erróneamente subestimado y calificado como un evento por demás normal (1,2). Esto básicamente se debe a que se nutren de información errónea que proviene de los mismos familiares y amistades entre los más cercanos y no siendo producto de un chequeo médico oportuno y profesional, por el contrario la preocupación nace hasta que empiezan a expresarse en el tiempo los problemas de salud asociados a la pérdida crónica de sangre, a la anemia secundaria sin control ni tratamiento alguno y al compromiso de su calidad de vida, la cual va impidiéndole desarrollarse con normalidad en su vida cotidiana. Es por ello que el tema a tratar es muy importante y debemos entendernos con este problema que cobra cada vez mayor actualidad, en los profesionales de la salud para su temprano reconocimiento y manejo de un trastorno que tiene múltiples opciones de tratamiento y óptimos resultados de mejoría significativa tras su terapéutica correcta.

Dada la necesidad de tener un punto de partida en el contexto del tema en estudio y para la mejor comprensión de cómo se desarrolla este cuadro; por demás frecuente y poco observado inclusive por el mismo personal de salud, cabe la necesidad de repasar brevemente algunos as-

pectos conceptuales y de orden general, que permitan su estudio y el abordaje simplificado de su diagnóstico y tratamiento.

1.1. Sangrado menstrual abundante

La menstruación es un acto fisiológico que marca el inicio de la vida reproductiva de la mujer, lo considerado normal es que la menstruación dure de entre 4 a siete días y tenga un volumen de pérdida estimada menor a los 80 ml por ciclo; todo lo que exceda este rango se denominará como SMA. Los nuevos enfoques en el tema y que conceptualmente difieren entre los autores, se discute la necesidad de centrar nuestra atención fundamentalmente antes que en el volumen de la pérdida; en que tanto este SMA afecta o compromete su calidad de vida y en cuan significativa es esta pérdida respecto al compromiso físico, social y psicológico que esta produce (1,2).

Definitivamente este problema puede causar angustia en las mujeres y consecuentemente provocar una disminución en la calidad de vida tanto física como social de las pacientes, a la vez que produce una gran afectación de su desempeño laboral (3). Existen factores de riesgo asociados para que dicha enfermedad se desarrolle con más facilidad en edades límites, ya sea al inicio de la vida reproductiva que puede manifestarse entre los doce a catorce años o al término de ella alrededor de los 51 años de edad media de inicio de la menopausia e incluso que pudiese comenzar en la peri menopausia tan temprano como los 35 años de edad aproximadamente. Reconocemos además otros factores de riesgo asociados e identificados particularmente en grupos de población minoritarios y de bajo nivel socioeconómico, de alta paridad y con alteraciones nutricionales en los que particularmente las mujeres obesas, destacan en el grupo más vulnerable (3,4).

La definición del SMA así como queda dicho ha cambiado y no siendo definida solamente con ese enfoque de pérdidas por ciclo menstrual; es para los profesionales de la salud en atención primaria un tipo de trastorno que debe ser visibilizado y entendido en toda su dimensión, primordialmente por el impacto que esta pérdida produce en la calidad de vida física, social y emocional de la mujer y porque además

en términos de frecuencia, resulta ser un problema que puede aparecer solo o en combinación con otros síntomas y que puede enmascarse, ser subestimado o pobremente sospechado (5). Los datos estadísticos nos muestran que el problema sí requiere de nuestro estudio e interés y que debe ser abordado en toda mujer en edad reproductiva en el que es indispensable el uso expedito de un dedicado e inteligente interrogatorio y exploración física. En cifras se calcula que una de cada tres mujeres sufre SMA con un fuerte y negativo impacto en su calidad de vida (3).

1.1.1. Prevalencia

Según una encuesta internacional, se asume que el 84% de mujeres afirmó que tuvo un impacto negativo en su vida sexual y en la relación de pareja. El 80% indicó que afectaba su vida laboral y a pesar de ese impacto notable en la vida de las mujeres, el conocimiento sobre el SMA es escaso y a menudo la mujer lo asume como algo normal y sin solución (2). Algunos tabúes acerca del sangrado menstrual fomentan una cultura del silencio; por ello casi la mitad de las mujeres asumen que el SMA es algo normal y en virtud de su asociación a la regla, este cambio generalmente puede ser subestimado por la mayoría de las mujeres que lo padecen en silencio.

El 35% de las mujeres que han tenido un SMA, no habían hablado con su doctor sobre ello, y casi el 30% con diagnóstico de SMA lo ha padecido durante más de un año antes de buscar un asesoramiento médico.

1.2. Causas predisponentes y etiología

El origen de los períodos menstruales con sangrado abundante no siempre puede ser identificada (6). Pero existe una serie de condiciones médicas que pueden ser reconocidas en la etiología del SMA (7). Entre esas causas podemos encontrar a las siguientes:

1.2.1. Enfermedad inflamatoria pélvica

La cual es una infección del tracto genital superior (útero, trompas y ovarios) y es causante de dolor pélvico o abdominal bajo y sangrado postcoital e intermenstrual (8).

1.2.2. Síndrome de ovario poliquístico

El síndrome de ovario poliquístico es una patología hormonal muy frecuente en mujeres en edad reproductiva. Puede llegar a causar alteraciones del ciclo e irregularidad menstrual importante, anovulación y quistes en los ovarios (9).

1.2.3. Fibromas

Los fibromas son tumores benignos no cancerosos que se desarrollan en o alrededor del útero y pueden llegar a causar períodos menstruales dolorosos o abundantes, particularmente los tipos de miomas de localización submucosos (10).

1.2.4. Adeniosis

Es una patología ginecológica relativamente frecuente en la cual la capa endometrial de revestimiento invade el miometrio con sus glándulas y estroma endometriales que se incrustan en la pared del útero, ocasionan aumento del volumen uterino y sangrado abundante (11).

1.2.5. Pólipos cervicales o endometriales

Hace referencia al crecimiento benigno en forma de protrusiones hiperplásicas de tejido glandular sésiles o pedunculadas en la cavidad uterina y canal endocervical, frecuentemente es causa de sangrado uterino anormal en mujeres en etapa peri menopáusica (12).

1.2.6. Endometriosis

Es una patología en la cual el tejido endometrial se encuentra fuera del útero, en las Trompas de Falopio, los ovarios, la vejiga o la vagina, puede así mismo acompañarse de irregularidades menstruales y dolor pélvico crónico (13).

1.2.7. Hipotiroidismo

Condición en la cual la glándula tiroides no produce suficientes hormonas, causando irregularidad menstrual, cansancio, aumento de peso y sentimientos de depresión (14).

2. Metodología

Se realizó una revisión en la literatura de artículos cuya búsqueda de contenidos debían abarcar guías de manejo y protocolos de trata-

miento con evidencia y buen grado de recomendación en el manejo del SMA obtenidas en las bases de datos de Scielo, Cochrane, Elsevier, Infomed, Pubmed y que incluían revisiones sistemáticas y no sistemáticas, casos clínicos, manuales de tratamiento y trabajos científicos publicados en revistas webs, guías de práctica clínica y de manejo farmacológico descritas en la literatura farmacéutica tanto en idioma español e inglés y que fueron consideradas e incluidas en la selección; por su grado de pertinencia al tema de investigación y sobre todo por el aporte de información actualizada en los últimos 7 años en los que se mostraron tras la estrategia de búsqueda implementada de uso de las palabras clave seleccionadas como descriptores en sangrado, menstruación, dolor, hormonas, implantes y anticonceptivos.

3.Resultados

A través de la búsqueda realizada, se recopilaron aproximadamente 70 artículos que tienen relación con el tema, de los cuales se eligieron a 31 de ellos y que cumplieron con los requisitos de selección y en consecuencia al título de presentación del tema como sangrando menstrual abundante, diagnóstico y terapéutica para un óptimo manejo del SMA. Todos los artículos seleccionados pasaron por un cuidadoso y ordenado proceso de depuración en lo que respecta a información actualizada y que cronológicamente fue clasificada para en el tiempo de selección observado en 7 años, permitarnos ilustrar con el uso de las mejores recomendaciones de manejo y terapéutica. Se tomó información relevante de grupos colaborativos de expertos en el manejo del SMA como el grupo HELP (Heavy menstrual bleeding, Evidence based, Learning for best, Practice) y en el que se propone un curso científico de formación online en la modalidad de aprendizaje de las mejores prácticas basado en la evidencia; así mismo se excluyeron artículos y demás documentos que se desclasificaron al atender otras causas de sangrado anormal uterino y que particularmente asociadas a patologías estructurales que tienen una conducta de manejo y terapéutica diferente, no fueron consideradas por tener otro significado y no ser parte de nuestro objetivo de estudio.

4.Discusión

El SMA es aquel que va a interferir en el estilo de vida de las mujeres que lo padecen, no se trata únicamente de la cantidad del sangrado; sino, de la repercusión en su vida diaria y en su desempeño. Por ello es importante, conocer el estado físico, emocional y social de la paciente, detallando una historia clínica apropiada y adecuada que permita realizar el diagnóstico a tiempo y orientar la terapéutica adecuada a cada paciente, teniendo en cuenta que, su terapéutica es diferente conociendo los factores de riesgos de cada una de ellas.

El diagnóstico inicial se realiza, mediante la obtención de los datos físicos y su historia de salud social y emocional durante su etapa menstrual (15), en esta valoración es importante escuchar a la paciente sobre el impacto de sangrado en su calidad de vida social y emocional. Esto conlleva a un primer diagnóstico mismo que se lo reconocerá desde la primera consulta con tan solo estas tres preguntas generales que nos orientan hacia el cambio de su calidad de vida y que son:

- 1.¿cómo te sientes ahora?
- 2.¿cómo es tu menstruación?
- 3.¿cómo te sientes en esos días?

Con esta información mínima que brinda estas preguntas podemos ya tener una visión amplia de si se trata de un SMA o no.

Una vez que esa pregunta cumpla con ciertos criterios hay que plantearnos las tres preguntas claves que nos ayudará en la confirmación del SMA, las cuales son:

- 1.¿cuánto sangras?
- 2.¿te afecta físicamente?
- 3.¿cómo afecta tu vida diaria?

De aquí es el punto de partida para evaluar las causas subyacentes que pueden originar el SMA; para ello se debe realizar una evaluación que este encaminada a la investigación adicional de los problemas asociados y de cuya identificación derivará el tratamiento apropiado. Ya que la mayoría no tiene una causa patológica identi-

ficable, puede reconocerse ciertos indicadores importantes en las mujeres en edad fértil como son:

4.1 Factores de alto riesgo

- Sangrado intermenstrual o postcoital
- Presión pélvica
- Dolor

4.1.1 Otros indicadores:

- Edad
- Tabaquismo
- Obesidad
- Diabetes
- Factores hereditarios
- Estrógenos
- Otros medicamentos

De ello depende la indicación de un grupo de exámenes de imagen y la biopsia endometrial para estudio histopatológico, así como un hemograma completo y pruebas de coagulación. Posterior a esto se debe plantear ciertas premisas; si no hay ninguna patología de sospecha o ningún factor de riesgo, se debe recomendar directamente un tratamiento médico; pero si por el contrario se trata de una mujer con patología y factores de riesgo su terapéutica será consecuente con la causa que la origina (15).

En base al tratamiento existen varias alternativas para poder solucionar el problema e iniciaremos con el tratamiento farmacológico. Este se usa cuando no se haya podido identificar anomalías estructurales y se clasifica en dos: tratamiento no hormonal y el hormonal (16, 17). El tratamiento farmacológico no hormonal se debe realizar en aquellas pacientes que tienen ciclos ovulatorios y que desean tener hijos, siendo los más utilizados los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas y los anti fibrinolíticos.

El tratamiento farmacológico hormonal es el más utilizado cuando existen alteraciones de la ovulación mantenidas, así como la insuficiencia de cuerpo amarillo. El mecanismo de acción de estos tratamientos puede estar limitados a una acción endometrial, como por ejemplo: la libe-

ración intrauterina de levonorgestrel (LNG) mediante un dispositivo intrauterino (DIU-LNG) o de la administración serial o continua de gestágenos (18) o bien acciones combinadas de drogas que bloquean el eje hipotálamo-hipófisis-ovárico y la acción endometrial, como ocurriría con los anticonceptivos hormonales combinados (17).

Con manifestación de lesión orgánica se plantean ciertos tratamientos quirúrgicos como cuando existe presencia de pólipos endometriales, miomas uterinos, adenomiosis. Los procesos que más se destacan son la ablación endometrial y resección endometrial y la histerectomía; quedando el legrado instrumental como técnica obsoleta (19).

Uno de los tratamientos encaminados a corregir el SMA es el dispositivo Mirena, un endoceptivo medicado (DIU-LNG) muy recomendado para el control de este trastorno.

4.2.Tratamiento provisional: No hormonal

Se reconocen como drogas de primera línea en las pacientes con SMA con ciclos ovulatorios y en las que su deseo reproductivo está por delante de toda opción terapéutica; así mismo cabe su uso cuando se presentan limitaciones y contraindicaciones al tratamiento hormonal. Se identifican dos grupos terapéuticos: los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas y los anti fibrinolíticos.

4.2.1.Fármacos antiinflamatorios no esteroideos AINES

Los AINES reducen la producción de prostaglandinas y favorecen la vasoconstricción uterina. La eficacia en la reducción del sangrado menstrual varía ampliamente según el tipo de AINE (ácido mefenámico, naproxeno sódico, ibuprofeno, diclofenaco sódico), esta reducción varía entre el diez y cincuenta y cinco por ciento; también depende de la posología y tiempo de duración de administración (20).

Las prostaglandinas están reconocidas en el control del SMA dado su mecanismo de acción sobre la vasoconstricción/vasodilatación y agregación plaquetaria. En el SMA coexiste un aumento de las prostaglandinas vasodilatadoras

PGE2 y prostaciclina PGI2 y una marcada disminución de las prostaglandinas vasoconstrictoras PGF2 α y tromboxanos A2. La mayoría de los AINE inhiben la biosíntesis de prostaglandinas y tromboxanos a partir del ácido araquidónico. Los AINE también reducen la dismenorrea y el sangrado menstrual en usuarias de un dispositivo intrauterino (DIU) de cobre y son los fármacos de primera línea para el manejo de estos casos.

Existe riesgo de acontecimientos cardiovasculares y gastrointestinales con la administración de los AINE y deben ser observados con precaución en mujeres con antecedentes de hemorragia digestiva o con insuficiencia renal.

4.2.2 Ácido tranexámico

Un efecto ligeramente mejor sobre el sangrado en comparación con los AINE, pero no sobre el dolor. Se administran por vía oral en dosis de dos comprimidos de 500 mg /tres veces al día (3g dosis diaria total) durante el período de tiempo que sea necesario hasta un máximo de cuatro días. Este tratamiento reduce la pérdida menstrual en un 50% y disminuye el sangrado a las pocas horas de su administración (dos a tres horas). Los efectos secundarios disminuyen al reducir la dosis o al aumentar el intervalo entre tomas y debe interrumpirse si no se observa mejoría sintomática en tres ciclos menstruales consecutivos. El ácido tranexámico está contraindicado en pacientes con antecedentes de trombosis.

El ácido tranexámico es un inhibidor competitivo de la activación del plasminógeno, por lo que actúa como un anti fibrinolítico (21). La eficacia en la reducción del sangrado menstrual varía ampliamente según la pauta posológica y la administración a largo plazo (se citan valores entre el 34 % y el 59 % dependiendo de la publicación) consigue una mejora sostenida de la calidad de vida si los tratamientos hormonales no son aceptables y si no hay anomalías estructurales en el útero.

4.3.Terapia Hormonal

4.3.1.Dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG)

Dispositivo intrauterino que libera 20 μ g de le-

vonorgestrel directamente en el endometrio cada día previniendo su proliferación y disminuyendo la densidad vascular uterina. Se reporta una reducción del sangrado entre un 71% - 96% con un nivel de percepción satisfactoria del tratamiento de aproximadamente el 80% de las mujeres tratadas. El tiempo de duración del tratamiento puede ser prolongado hasta cinco años, convirtiéndose además en una ventaja anticonceptiva en mujeres sin deseo genésico y SMA.

Además del efecto anticonceptivo provoca aumento significativo de los niveles de hemoglobina y ferritina por lo que mejora la anemia secundaria y la deprivación de hierro, sin impacto en la fertilidad futura comparado con la histerectomía o la ablación endometrial (22,25).

Entre los efectos adversos muy frecuentes se reportan al sangrado uterino/vaginal, incluidas manchas, oligomenorrea y amenorrea. Aunque en menor frecuencia se refiere a la sensibilidad mamaria como problema relacionado al uso de hormonas de solo progestágenos, el acné o las cefaleas que, si aparecen son leves y transitorios (23).

Son consideraciones clínicas a observar en uso del DIU-LNG:

- Niveles altos de amenorrea a los 6 y 12 meses (48% y 65% respectivamente)
- Una tasa de perforación uterina del 0.14 % y una tasa de expulsión del 1.0 % en el estudio reciente EURAS-IUD
- Las tasas de expulsión pueden ser mayores en la población con SMA que en la población general analizada en el estudio EURAS-IUD
- Duración prolongada del efecto anticonceptivo

4.3.2.Mirena

Mirena es un dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG), se lo describe como un pequeño sistema de plástico en forma de T llamado endoceptivo y que es insertado dentro de la cavidad uterina. Tiene un tamaño de 32 mm por 32 mm con una apariencia muy similar a la de un dispositivo intrauterino (24). En la parte superior a su brazo vertical se encuentra una cápsula que contiene 52 mg de levonorges-

rel (LNG), parecida a la progesterona y que es encontrada en algunas de las píldoras anticonceptivas. Esta hormona es liberada dentro de la cavidad uterina en pocas cantidades en un período de cinco años, su intenso efecto local reduce notablemente la proliferación endometrial, que es el tejido donde la hormona ejerce su acción.

Existen muchos estudios clínicos sobre Mirena en mujeres que tenían períodos menstruales abundantes, la mayoría experimentó una disminución del 80% en el sangrado en tan sólo tres meses (24). A los seis meses, la mayoría experimentó una reducción de más del 90% en el sangrado menstrual (25).

4.3.3. Anticonceptivos orales combinados (AOC)

Son preparaciones que combinan estrógenos y progesterona, de administración oral y posibles pautas posológicas que incluyen tomas cíclicas de 21/7, 24/4 y 26/2. Su efecto en el SMA destaca la acción inhibitoria de la ovulación y previene la proliferación endometrial. Sabemos que las alteraciones de la ovulación como la anovulación prolongada y mantenida o la insuficiencia del cuerpo lúteo son una de las causas identificadas en la fisiopatológicas del SMA; el tratamiento hormonal parecen ser la opción más adecuada para su tratamiento cuando no es posible identificar otras causas. Sin embargo, el número de estudios que implican el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC) en el SMA no es infrecuente el uso de alternativas que carecen de indicación e información disponible o esta es escasa o de baja calidad. Se han notificado reducciones del sangrado menstrual de hasta el 43 % a los tres meses en estudios pequeños con AOC sin autorización. En estudios de uso de valerato de estradiol + dienogest (VE2/DNG) en el tratamiento del SMA se han notificado reducciones del sangrado menstrual del 88 %. Solo el VE2/DNG está autorizado para el tratamiento del SMA y está respaldado por datos clínicos sólidos en esta indicación.

4.3.4. Parche Anticonceptivo

Combinación de estrógenos y progesterona. Actúa por vía transdérmica aplicado cada siete días durante tres semanas, seguido de una semana sin parche (26). Sin estudios específicos e

indicaciones sobre el tratamiento del SMA. Las pautas de uso prolongado pueden reducir la media del número de días de sangrado y los episodios hemorrágicos.

4.3.5. Anillo vaginal

Combinación de estrógenos y Progesterona. Entre sus componentes liberan 15 mcg de etinilestradiol y 120 mcg de etonogestrel al día. Cada anillo debe utilizarse durante tres semanas, seguidas de una de descanso.

Solo un estudio ha descrito el impacto del anillo vaginal anticonceptivo en el SMA. Se observaron reducciones del sangrado menstrual de hasta el 68,6 % después de tres ciclos. Existen datos sobre el efecto no anticonceptivo atribuible a la mejoría de la dismenorrea (26).

4.4. Otras opciones hormonales

4.4.1. Progestágenos inyectados

Inyección intramuscular cada tres meses sin oposición de estrógeno. Suprime la ovulación y previene la proliferación endometrial. Es probable que la hemorragia se detenga completamente después de un año. No se identificaron estudios específicos sobre el uso de progestágenos inyectables de depósito sobre el SMA. Sin embargo, existen datos del impacto en las pérdidas de sangre menstrual, concretamente las tasas de amenorrea secundaria cuando se utiliza como anticonceptivo. El inyectable no está aprobado para el tratamiento del SMA. Hasta el 50 % de las mujeres interrumpen el tratamiento al cabo de un año siendo el motivo más frecuente de la interrupción más bien un patrón de sangrado alterado y una baja satisfacción de las pacientes en comparación con las usuarias de DIU-LNG.

4.4.2. Progestágenos a dosis altas

Los pequeños estudios con progestágenos orales de larga duración muestran reducciones en el sangrado menstrual de entre el 32 % y el 78 %. Los progestágenos orales de corta duración (es decir solo administrados en la fase lútea) no tienen ningún efecto sobre la pérdida de sangrado menstrual. Su utilidad es mejor evidenciada para la consecución de regularidad menstrual en mujeres con sangrado anovulatorio. En general

se encuentra una tasa elevada de discontinuación a los tres meses debido a los efectos secundarios.

4.4.3. Dienogest

El dienogest es un derivado de la noretisterona que carece de actividad androgénica pero que sí tiene una actividad anti androgénica que es aproximadamente un tercio de la del acetato de ciproterona. El dienogest se une a los receptores de progesterona del útero con sólo un diez por ciento de la afinidad relativa de progesterona (27). A pesar de su baja afinidad a los receptores de progesterona, el dienogest tiene un intenso efecto progestágeno in vivo. El dienogest no tiene actividad androgénica, mineralocorticoide ni glucocorticoide significativa in vivo (28).

Su campo de indicación es mejor reconocido en el manejo de la endometriosis luego de establecido el diagnóstico de certeza. Su acción radica en la disminución de la producción endógena de estradiol y, por lo tanto, suprime los efectos tróficos del estradiol tanto en el endometrio eutópico como en el ectópico (27). Su administración debe ser continua sin interrupciones y no tiene cabida en el marco de atención del SMA. Sin embargo, se recalca el beneficio del dienogest en combinación con valerato de estradiol (VE2/DNG) y solamente en esta preparación tiene efecto utilitario importante para el manejo del SMA.

4.4.4. Drospirenona

La drospirenona es una hormona sintética con actividad progestágena (29). Es considerada una progestina de 3^o generación que se usa junto con el etinil-estradiol en la formulación de compuestos anticonceptivos y para tratamiento de reemplazo hormonal. Tiene cierta actividad anti androgénica, alrededor de un 30% en referencia al acetato de ciproterona (30). Una de las mayores ventajas es su acción anti mineralocorticoide, debido a que contrarresta los efectos del etinil-estradiol al que se asocia en compuestos anticonceptivos (31). Su uso clínico e indicaciones especiales son respaldadas cuando se desee obtener además un efecto anti andrógeno (presencia concomitante de acné, alopecia, hirsutismo) y en el manejo del Síndrome de ten-

sión premenstrual debido a que su efecto diurético mejora los síntomas premenstruales como el edema, hinchazón y retención hídrica (31). No tiene indicaciones ni aprobación alguna para el manejo en el SMA.

5. Conclusiones

El SMA es un trastorno que si es reconocida tempranamente en uso de las herramientas disponibles para su diagnóstico clínico y paraclínico; es posible que pueda ser controlada.

La reducción del impacto de conocidas complicaciones médicas asociadas al SMA y que afectan al futuro reproductivo de estas pacientes tanto adolescentes como adultas; debe ser el objetivo de toda intervención médica que debe tender a mejorar y mantener una mejor calidad de vida de estas mujeres.

La identificación de los medios clínicos disponibles para realizar variadas formas de intervenciones médicas y el enfoque integral de manejo que supone además abordajes quirúrgicos; deben en principio ser valorados aquellos con abordajes mínimamente invasivos y con favorables respuestas terapéuticas como es el uso de los dispositivos intrauterinos medicados (DIU-LNG) el cual viene siendo una opción con apreciables resultados en el manejo del SMA particularmente de mujeres en las que al término de su vida reproductiva o cerca de ella y con paridad satisfecha, las opciones de control del SMA supone además, un control anticonceptivo eficaz y a muy largo plazo; siempre tratando de evitar los tratamientos quirúrgicos que incrementan la morbilidad y suponen riesgos que atentan a la vida de dichas pacientes, como también supone un franco y efectivo control de su fertilidad y en consecuencia de los embarazos no deseados; sin dejar por supuesto, de evitar lo inevitable en frente de un trastorno orgánico significativo que supone erradicación quirúrgica de la causa subyacente.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo y a la Escuela de Medicina por el respaldo institucional a la Revista Científica de la Facultad de Salud Pública por permitir la presentación y publicación de nues-

tros trabajos de investigación.

Declaración de conflicto de interés

El grupo de autores declara no tener conflicto alguno de interés.

Limitaciones de responsabilidad

Los autores declaramos que todos los puntos de vista expresados en el presente documento son de nuestra entera responsabilidad y no de la institución donde laboramos.

Fuentes de apoyo

Por ser un artículo de revisión, solamente fue necesaria la búsqueda, selección y revisión de fuentes bibliográficas, las cuales fueron sometidas a un proceso de selección de acuerdo a los requerimientos.

Referencias bibliográficas

- Orane Hutchinson AL. Sangrado Uterino Anormal ISSN. Año No VI Rev CI EMed UCR [Internet]. 2016;6(Vi):11–20. Available from: www.revistaclinicahsjd.ucr.ac.cr
- Canessa MJ, Zúñiga P, Wietstruck MA, Cerda J, Torres R, Zajer C, et al. El rual excesivo afecta la calidad de vida en adolescentes. Rev Chil pediatría. 2018;88(6):717–22.
- Orane Hutchinson AL. Sangrado uterino anormal. Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD. 2019;6(4).
- Revista Iberoamericana de Fertilidad. Revisión: Actualización en el diagnóstico del SMA [Internet]. IBECs. 2019 [cited 2019 May 15]. p. 1–13. Available from: http://www.revistafertilidad.org/rif-articulos/revisi-oacute-n--actualizaci-oacute-n-en-el-diagn-oacute-stico-del-sangrado-menstrual-abundante/210?fbclid=IwAR3nLu5uvmJDly_X3yqZ1xT72iKCbzselkKntSm97ak6u9ByorR6yp1ly4c%7D
- Pérez Agudelo LE. Hemorragia uterina disfuncional. Netter Obstet Ginecol y salud la mujer. 2010;122–4.
- Munro M, Critchley HO, Fraser IS. La clasificación FIGO de causas de sangrado uterino anormal en los años reproductivos. Rev del Clim [Internet]. 2011;15(85):9–17. Available from: <http://sogineu.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/Sangrado-Uterino-Anormal-nueva-clasificacion-FIGO-2011-Español.pdf>
- Sánchez Luna MF. Presentación de caso clínico para educación médica : Sangrado uterino anormal en mujeres no gestantes María Fernanda Sánchez Luna María Fernanda Sánchez Luna. [Quito - Ecuador]: Universidad San Francisco de Quito USFQ; 2017.
- Barrantes Rodríguez S. Enfermedad Pelvica Inflamatoria- a. Rev Medica Costa Rica y Centroam. 2008;LXXII(614):105–9.
- Pérez Rojas JM, Maroto Fernandez KE. Síndrome de Ovarios Poliquísticos TT - Polycystic ovary syndrome (PCOS). Med leg Costa Rica [Internet]. 2018;35(1):94–101. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000100094
- Phelippeau J, Fernandez H. Fibromas uterinos. EMC - Ginecol [Internet]. 2016;52(4):1–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1283081X\(16\)80902-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1283081X(16)80902-9)
- Brun J-L, Fenomanana S, Pelage L, Fernandez H. Adenomiosis: tratamiento. EMC - Ginecol. 2015;51(3):1–10.
- Vigueras A, Escalona JR. Pólipos endometriales: Actualización en diagnóstico y tratamiento. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2016;81(2):152–8. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000200012&lng=en&nrm=iso&tln g=en

13. Fauconnier A, Huchon C, Fritel X, Lafay-Pillet M-C, Chapron C, Panel P. Aspectos clínicos de la endometriosis. EMC - Ginecol [Internet]. 2015;51(4):1–14. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X\(15\)74722-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X(15)74722-3)
14. Tamez HE, García de la Cruz G, Garza LA, Tamez AL, Hernández M, Soni D. Restitución adecuada en hipotiroidismo primario según las presentaciones de levotiroxina. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2018;56(81):60. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im183h.pdf>
15. Clinic M. Menorragia (sangrado menstrual intenso) - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 4]. p. 1–5. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/menorrhagia/diagnosis-treatment/drc-20352834>
16. Correa Ranchel M, Conde Doval JL, Mendoza Ladrón de Guevara N, Hidalgo, Cancelo Sánchez, Ma Jesús, Cano A, Calaf Alsina J, et al. Revisión: Actualización en el tratamiento del SMA [Internet]. 2019 [cited 2019 May 17]. p. 1–12. Available from: http://www.revistafertilidad.org/rif-articulos/revisi-oacute-n--actualizaci-oacute-n-en-el-tratamiento-del-sangrado-menstrual-abundante/211?fbclid=IwAR0thpnjRzmsFekF9GUdUo_eieAtU3Vh5lRyru4G9dog2GozZ1lBhf1-ZA0
17. Correa Rancel M, Doval Conde JL, Mendoza Ladrón de Guevara N, Cancelo Hidalgo, Jesús M, Cano Sánchez A, Calaf Alsina J, et al. Revisión: Actualización en el tratamiento del SMA. Rev Iberoam Fertil. 2009;60(2):27–35.
18. Rancel MC, García MA, Alsina JC, Conde JLD, Guevara NML de, Hidalgo MJC, et al. Review: An update on the diagnosis of heavy menstrual bleeding. Rev Iberoam Fertil y Reprod Humana [Internet]. 2015;32(3):18–26. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L621511498%0Ahttp://limo.libis.be/resolver?&sid=EMBASE&issn=11320249&id=doi:&atitle=Review%3A+An+update+on+the+diagnosis+of+heavy+menstrual+bleeding&stitle=Rev.+Iberoam.+Fertil.+Repr>
19. Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los centros para el Control y la prevención de Enfermedades. Causas, Signos Diagnóstico Tratamiento [Internet]. Trastornos de la sangre en las mujeres. 2019 [cited 2019 May 4]. p. 7–9. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/blooddisorders/women/menorrhagia.html?fbclid=IwAR2uLu2AVCg5WYUUMAkHpQjiBQZBk0SMiakh9GoycdoE4hXC5GzacyyyYsA>
20. Batlouni M. Antiinflamatorios No Esteroides: Efectos Cardiovasculares, Cerebrovasculares y Renales. Instituto Dante Pazzanese de Cardiología [Internet]. 2010;94:538–46. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/es_v94n4a19.pdf
21. Tengborn L. Tratamiento de la Hemofilia. Inhibidores fibrinolíticos en el control de trastornos de la coagulación. Federación mundial de Hemofilia [Internet]. 2012;(42). Available from: <http://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1195.pdf>
22. Mawet M, Nollevaux F, Nizet D, Wijzen F, Gordenne V, Tasev N, et al. Impact of a new levonorgestrel intrauterine system, Levosert®, on heavy menstrual bleeding: Results of a one-year randomised controlled trial. Eur J Contracept Reprod Heal Care. 2014;19(3):169–79.
23. Phillips SJ, Hofler LG, Modest AM, Harvey LFB, Wu LH, Hacker MR. Continuation of copper and levonorgestrel intrauterine devices: a retrospective cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2017;217(1):57.e1-57.e6.
24. Bayer Health Care. Guía para mujeres interesadas en usar Mirena® como método anticonceptivo [Internet]. Bayer. 2011 [cited 2019 Apr 4]. p. 4-5, 11-12. Available from: <https://www.mendeley.com/catalogue/guía-para-mujeres-interesadas-en-usar-mirena-como-método-anticonceptivo/>

25. Care BH. Anticoncepción Menorragia idiopática [Internet]. Bayer. 2016 [cited 2019 May 10]. p. 5–6. Available from: https://www.mirena.com.ar/scripts/es/1_El_Endoceptivo/index.php?fbclid=IwAR3M-_bZhq3l3qBwH6i2IE43Lt30UAC-exzuhtPePTkOnp3N5qQqJqtingU
26. Garcia Delgado P, Martinez Martinez F, Pintor Mármol A, Caelles Franch N, Ibanéz Fernández J. Guia de utilizacion de medicamentos - Anticonceptivos Hormonales. Sandoz [Internet]. 2008;1–72. Available from: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ANTIHORMO.pdf
27. Gador. DIENOGEST 2 mg [Internet]. Gador. 2012 [cited 2019 May 9]. Available from: <https://www.gador.com.ar/wp-content/uploads/2015/03/desire.pdf>
28. García Uranga-Romano J, Hernández-Valencia M, Zárate A, Basavilvazo-Rodríguez MA. Evaluación de dienogest en el tratamiento del dolor pélvico asociado a la endometriosis. Un metaanálisis de su efectividad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017;55(4):452–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28591499>
29. Brito MB, Nobre F, Sales Vieira C. Contracepción Hormonal y Sistema Cardiovascular. 2010;9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n4/es_aop01211.pdf
30. Quintero L, Giménez L, Cortiñas P, García A, Rincón MJ, Sekler E, et al. Cálculo del Índice de Pearl de etinilestradiol 30 mcg/ drospirenona 3 mg (Genesa®). Rev Obstet y Ginecol Venez. 2017;77(1):51–7.
31. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Ped 2–5. Available from: http://pediamecum.es/wp-content/farmacos/Drospirenona.pdf?fbclid=IwAR2fC2-M8PVQBY63oxTH0DRysWDz0tOJ-QJw7J-_eZwAQJdRmdFqYnEdhnE