

# Hemorragias Genitales. Aborto

- Introducción
- Etiología: causas del sangrado vaginal
- Diagnostico
- Tratamiento

Dr. Enrique Tormos  
FEA Servicio de Obstetricia y Ginecología  
HUP La Fé

# Bibliografía

[Anales del Sistema Sanitario de Navarra](#)

*versión impresa* ISSN 1137-6627

**Anales Sis San Navarra vol.32 supl.1 Pamplona 2009**

**Sangrado de origen ginecológico**

**Gynaecological bleeding**

**I. Jiménez Ubieto, A. Zornoza, O. Tarrío**

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

# Introducción

El sangrado genital es la alteración ginecológica más frecuente en las mujeres en edad reproductiva siendo, en los países occidentales, una de las causas más frecuentes de anemia y que puede ser motivo de absentismo laboral.

Ante una paciente con sangrado en el Servicio de Urgencias lo primero habrá que valorar la repercusión hemodinámica, adoptando las medidas necesarias.

Se realizará una anamnesis y exploración detalladas para establecer el origen.

Cuando aparece sangrado en el área genital generalmente se piensa en un origen uterino, pero no siempre es así y habrá que descartar origen en el tracto genital inferior, en el tracto genital superior u otro origen extraginecológico en el área digestiva y/o urológica..

Con el diagnóstico se valorará el tratamiento oportuno y la necesidad o no de ingreso hospitalario.

# Introducción

Habría que diferenciar el sangrado uterino normal que es la menstruación, producida por la descamación del endometrio, tras la deprivación hormonal, con una periodicidad entre 22 a 40 días, una cantidad de 35-45 ml/ciclo y una duración menor de 7 días, de los patrones de sangrado anormales.

Metrorragia

es un sangrado a intervalos irregulares, de cantidad variable sin relación con el ciclo menstrual.

Menorragia

es un sangrado menstrual de características cíclicas, cuya cantidad supera los 80 ml/ciclo

Polimenorrea

se produce cuando existen sangrados menstruales con intervalos menores a 22 días.

Hipermenorrea

son intervalos cíclicos de una duración mayor a 7 días. El sangrado intermenstrual se produce entre menstruaciones normales.

Sangrado intermenstrual

entre menstruaciones normales

Menometrorragia

es un sangrado de intensidad y duración aumentada, con intervalos irregulares,

# Causas de sangrado genital

Complicaciones de la gestación	Orgánicas	Sistémicas	Hemorragia uterina disfuncional
Amenaza de aborto	Extragincológicas (uretra,vejiga,recto)	Fármacos (ACHO,ACO, Corticoides, TMX)	Ovuladora
Aborto Incompleto	Vulva (atrofia, traumatismo, infección, endometriosis, tumores)	Alteraciones de la coagulación.	Anovuladora
Aborto en curso	Vagina (atrofia, traumatismo, infección, cuerpo extraño, tumor)	Enfermedad hepática	
Gestación ectópica	Cérvix (ectopia, pólipo, POP, endometriosis, infección, tumor)	Enfermedad renal	
Enfermedad Trofoblastica	Utero (atrofia, endometritis, DIU, adenomiosis, mioma, polipos, carcinoma). Trompas Ovarios (rotura de quiste, tumor)	Endocrinos: tiroides, Cushing, GnRh, PRL.  Cardiopatía	

# Causas de sangrado genital

## Complicaciones de la gestación

### **Amenaza de aborto**

Aborto Incompleto

Aborto en curso

Gestación ectópica

Enfermedad Trofoblastica

La causa más habitual de sangrado o desviación de una menstruación regular y predecible es una complicación de la gestación, por tanto la posibilidad de embarazo debe descartarse como primera posibilidad en la consulta de urgencias ante un sangrado anormal.

# Causas de sangrado genital

## Orgánicas

Extragincológicas (uretra, vejiga, recto)

Vulva (atrofia, traumatismo, infección, endometriosis, tumores)

Vagina (atrofia, traumatismo, infección, cuerpo extraño, tumor)

Cérvix (ectopia, pólipo, POP, endometriosis, infección, tumor)

Utero (atrofia, endometritis, DIU, adenomiosis, mioma, polipos, carcinoma).

Trompas

Ovarios (rotura de quiste, tumor)

# Causas de sangrado genital

## Sistémicas

Fármacos (ACHO, ACO, Corticoides, TMX)

Alteraciones de la coagulación.

Enfermedad hepática

Enfermedad renal

Endocrinos: tiroides, Cushing, GnRh, PRL.

Cardiopatía

En ocasiones los ciclos menstruales irregulares puede ser uno de los primeros síntomas de un trastorno tiroideo. Otras veces se deben a patología sistémica como la posibilidad de una coagulopatía, enfermedades graves renales y/o hepáticas, toma de fármacos (anticoncepción hormonal, anticoagulantes, tamoxifeno...).



# Causas de sangrado genital

## Hemorragia uterina disfuncional

La hemorragia uterina disfuncional (HUD) será un diagnóstico de exclusión tras descartar las posibles etiologías nombradas anteriormente.

La HUD se define como una hemorragia anormal que procede de útero en ausencia de patología orgánica y de gestación.

El origen de la producción de la HUD es, en muchos casos, difícil de identificar, existiendo causas endocrinas o debidas a factores locales uterinos.

Desde el punto de vista endocrino la HUD se debe a una alteración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, que provoca una secreción anómala de los esteroides ováricos causando sangrado por deprivación o por disrupción.

# Causas de sangrado genital

## Hemorragia uterina disfuncional

La hemorragia por deprivación se debe a la supresión o disminución brusca de la acción de las hormonas ováricas sobre el endometrio provocando su descamación.

La disrupción es el mecanismo más frecuente en las HUD y se produce por la acción mantenida durante largo tiempo de las hormonas ováricas sobre el endometrio

Por otro lado, la HUD puede estar producida por factores locales uterinos ya que existen mecanismos locales relacionados con la alteración tales como el tono vascular uterino, la hemostasia y la regeneración del endometrio, que pueden ser el origen de hemorragia

# Causas de sangrado genital

## Hemorragia uterina disfuncional

Ovuladora

Anovuladora

Ovulatoria	Anovulatoria
15 % de las HUD	HUD mas frecuente
Mujer madura entre 20-40 años	Perimenopausia y pubertad
Alteraciones de la fase proliferativa, secretora o ambas.	Estímulo continuo de estrógenos sin oposición de la progesterona.
Cíclicas y clínicamente cursan con polimenorrea, spotting ovulatorio, spotting premenstrual, hipermenorrea y menorragias.	No cíclico. De intensidad y duración variable. No se acompaña de sdre premenstrual. Cursan con un sangrado generalmente abundante y tras un periodo de amenorrea de 6-8 semanas.

# Causas de sangrado genital

## Hemorragia uterina disfuncional

Ovuladora

Anovuladora

### Ovulatoria: Causas

Fase folicular alargada → endometrio excesiva proliferación sin tej conectivo → con progesterona hemorragia por disrupción → hipermenorrea

Alteraciones de los receptores → maduración irregular → hipermenorreas y sangrados postmenstruales.

Cuerpo lúteo insuficiente → escasa maduración → sangrado premenstrual

Enf. de Halban (cuerpo lúteo persistente) → sangreado prolongado

### Anovulatoria: Causas

Alt. Eje hipotálamo-hipofisario-ovario: perimenopausia, pubertad, estrés, alt. bruscas de peso, actividad física intensa, obesidad, ansiedad, psicofarmacos.

Administración exógena de hormonas.

Patología endocrina: tiroideas, sdre ovario poliquístico, alt. suprarrenal, hiperprolactinemia.

Alteraciones hepáticas y/o renales

# Causas de sangrado genital

Complicaciones de la gestación	Orgánicas	Sistémicas	Hemorragia uterina disfuncional
Amenaza de aborto	Extragincológicas (uretra,vejiga,recto)	Fármacos (ACHO,ACO, Corticoides, TMX)	Ovuladora
Aborto Incompleto	Vulva (atrofia, traumatismo, infección, endometriosis, tumores)	Alteraciones de la coagulación.	Anovuladora
Aborto en curso	Vagina (atrofia, traumatismo, infección, cuerpo extraño, tumor)	Enfermedad hepática	
Gestación ectópica	Cérvix (ectopia, pólipo, POP, endometriosis, infección, tumor)	Enfermedad renal	
Enfermedad Trofoblastica	Utero (atrofia, endometritis, DIU, adenomiosis, mioma, polipos, carcinoma). Trompas Ovarios (rotura de quiste, tumor)	Endocrinos: tiroides, Cushing, GnRh, PRL.  Cardiopatía	

## Diagnostico

## Anamnesis: Edad

Una **anamnesis** detallada es el instrumento aislado más útil para el diagnóstico diferencial del sangrado. Es muy importante porque es posible la obtención de unos datos que nos orientarán hacia la gravedad y etiología del sangrado para posteriormente aplicar un tratamiento correcto.

El primer dato a tener en cuenta es la **edad** de la paciente ya que existen causas más frecuentes de sangrado en cada periodo de la vida:

- en la perimenopausia o postmenarquia precoz siempre habrá que pensar en la anovulación como posible etiología.
- en la menopausia la causa más frecuente es la atrofia, pero habrá que descartar un cáncer por su elevada prevalencia (en el 10% de los sangrados).
- en una paciente joven con sangrados abundantes habrá que descartar una diatesis hemorrágica.

# Diagnostico

En la anamnesis se debe prestar atención a los antecedentes familiares, sobre todo de cáncer de endometrio, colon, ovario y mama.

De los antecedentes personales:

- es preciso analizar las alergias,
- antecedente de cirugías (recientes o no),
- existencia de patología extraginecológica como la presencia de hemorragias (epistaxis, gingivorragias), hematomas frecuentes, petequias (todas ellas harán pensar en una causa sistémica del sangrado como problemas de coagulación primarios o secundarios a patología renal, hepática u otra).
- taquicardias, síntomas vasomotores
- si está tomando tratamiento que podría causarle el sangrado como psicotropos, anticoagulantes, corticosteroides, citostáticos, hábitos tóxicos...

Los antecedentes personales ginecológicos a tener en cuenta son:

- menarquia,
- fecha de la última menstruación,
- características de los últimos ciclos menstruales,  
-fórmula menstrual

(estos tres últimos datos nos orientarán a un sangrado en relación con una gestación y nos obligarán a solicitar una prueba de embarazo).

- fórmula obstétrica y fecha de la última gestación (aborto o parto),
- actividad sexual, método anticonceptivo que utiliza actualmente: natural, barrera, anticoncepción hormonal (ACH) (tipo), dispositivo intrauterino -DIU- (tipo), implante, esterilización tubárica.

Aunque lo que más ayudará en el diagnóstico son los datos relacionados con el proceso actual.



## Causas mas frecuentes de sangrado por grupo de edad

Aunque lo que más ayudará en el diagnóstico son los datos relacionados con el proceso actual.

## Causas mas frecuentes de sangrado por grupo de edad

Premenarquia	Post menarquia precoz	Años reproductivos	Perimenopausia	Postmenopausia
Cuerpo extraño Traumatismo Infección Prolapso uretral Sarcoma Botrioides Tumor de ovario Pubertad Precoz	Anovulación Embarazo Diatesis hemorrágica Infección	Anovulación Embarazo Cancer Orgánica Infección Alteraciones endocrinas Diátesis hemorrágica Fármacos	Anovulación Orgánica Cancer	Atrofia Cancer (10 %) TSH

# Diagnostico diferencial del sangrado ginecológico según las características del proceso actual

Ovulatorio

- Sdre premenstrual
- Ciclos regulares

Anovulatorio

- Ausencia sdre premenstrual
- Ciclos irregulares

Menorragias

Intermenstrual  
postcoital

Alteración eje hipotálamo-hipofisario

- Perimenopausia
- Periodo próximo menarquia
- Estrés, cambios bruscos de peso, actividad física intensa...
- Alteraciones sistémicas renales y/o hepáticas.

- Alteración de la coagulación
- Miomas
- Fármacos
- Patol. sistémica

Patología orgánica

- Pólipo
- Cancer, etc
- Traumatismos
- Fármacos

Se realizará una valoración del sangrado tanto de la cantidad, inicio, frecuencia, duración, relación con actividades como el coito... En un sangrado en relación con el coito habrá que pensar en patología cervical, buscar desgarros...

En sangrados irregulares es importante valorar si se acompañan de síntomas premenstruales para evaluar si es un sangrado ovulatorio o anovulatorio.

La existencia de factores precipitantes como un trauma.

Indagar si ha tenido antecedentes de procesos similares.

Buscar síntomas acompañantes como dolor y su localización, fiebre, leucorrea, disuria, alteraciones digestivas (vómitos, alteraciones del ritmo intestinal).

Situaciones personales y antecedentes personales.

# Valoración de la cantidad del sangrado menstrual

Criterio	Regla normal
Frecuencia cambio compresa	Cada mas de 3 horas
Nº de compresas/menstruación	< de 21/ menstruación
Cambio de compresa por la noche	No
Produce anemia	No

Para clarificar la etiología del sangrado es importante el examen físico de la paciente.

Analizar en primer lugar la repercusión clínica que produce el sangrado para ver si es preciso la estabilización hemodinámica previo a continuar la anamnesis y exploración, mediante la valoración de las constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura).

En una paciente taquicárdica e hipotensa previamente comenzaremos con sueroterapia e intentar cohibir el sangrado. Si no, comenzar con el resto de la exploración.

Realizaremos una exploración general en la que la presencia de hematomas, hirsutismo y obesidad puede orientar hacia un origen sistémico del sangrado.

Por otro lado, el tamaño del tiroides, puede orientar hacia un hipertiroidismo. Estos hallazgos requerirán un seguimiento posterior más profundo bien en el ingreso, bien en consulta externa.

En la exploración abdominal buscaremos la localización de posibles puntos dolorosos, irritación peritoneal, presencia de masas, ascitis...ya que a veces cuadros infecciosos pueden dar *spotting*, los quistes de ovario persistente cursan también con sangrado.

Finalmente se realizará una exploración ginecológica para establecer el origen del sangrado:

Que no siempre es de origen uterino.

Podrá ser extrauterino, debiendo valorarse mediante inspección de genitales externos, vulva, recto y uretra.

Con espéculo se valorará vagina y exocervix.

Es preciso una búsqueda de lesiones por atrofia, traumatismos, infecciones, cuerpos extraños y/o tumores.

Se completa el examen con tacto bimanual.

E intentaremos identificar su etiología: obstétrica, orgánica, hematológica, oncológica, disfuncional (con o sin ovulación), mediante estudios diagnósticos complementarios.

Durante la exploración ginecológica también se verá la cantidad de sangrado.



Una vez realizada la anamnesis y la exploración física el diagnóstico estará más o menos orientado y se debe continuar con una serie de pruebas tales como el laboratorio, el estudio ecográfico y la biopsia para confirmar el diagnóstico.

En toda mujer en edad fértil, siempre es obligado descartar un posible embarazo con un test de gestación en orina.

Si es un sangrado moderado-abundante se realizará un hemograma completo con plaquetas y estudio de coagulación.

- Con la hemoglobina y hematocrito valoraremos la severidad del sangrado, *a posteriori* se podrá hacer un nivel de ferritina que orientará hacia pérdidas hemáticas crónicas.
- El estudio de coagulación es importante sobre todo en pacientes jóvenes, con sangrados anormales extragenitales y menorragias por la posibilidad de diátesis hemorrágicas.
- En caso de la aparición de la fórmula leucocitaria alterada orientará en casos de infección acompañante, que podría asociarse a cultivo cervical para la detección de *Clamidias* y/o gonococo.

En caso de sospechar patología acompañante podrán pedirse pruebas de tiroides, función hepática y/o renal que se manejará desde el ingreso o *a posteriori* en su ginecólogo según la gravedad del proceso.

**La ecografía pélvica**, sobre todo **vía transvaginal**, es una técnica de gran utilidad en el diagnóstico ginecológico de patología tanto orgánica como funcional.

Dentro de la patología orgánica podrá ser intrauterina o extrauterina y se encuentran diferentes causas:

- Uterina como miomas, adenomiosis, localización de la gestación;
- Patología endometrial (pólipos, hiperplasias endometriales, cáncer de endometrio, dispositivo intrauterino...)
- Patología ovárica: quistes funcionales, tumoraciones malignas...
- Otra patología pélvica: masas pélvicas de origen no ginecológico (vesicales, rectal...).

Ante la exclusión de patología orgánica la valoración del estado endometrial así como las evidencias del funcionamiento ovárico son útiles para la elección del tratamiento.

**Se biopsiarán** las lesiones sospechosas que se encuentren durante la exploración en vulva, vagina, cérvix.

Para la realización de una biopsia de endometrio previamente siempre hay que descartar la posibilidad de gestación y de infección pélvica actual.

Se debe realizar biopsia de endometrio en toda mujer mayor de 35 años.

En determinadas circunstancias también puede ser conveniente realizarla en menores de 35 años:

- cuando existe historia familiar o personal de cáncer de endometrio, ovario, mama o colon,
- si la paciente está en tratamiento con tamoxifeno o terapia estrogénica.
- en casos de anovulación crónica,
- obesidad
- diabetes
- antecedente personal de hiperplasia endometrial
- si existen marcadores ecográfico y/o clínicos como sangrado persistente.

# Tratamiento

Como regla general para el tratamiento de la hemorragia será preciso: cohibir la hemorragia, tratar la anemia si existe y regularizar el ciclo, si está indicado y evitar recidivas.

En la consulta de urgencias solucionaremos el proceso hemorrágico agudo, posteriormente se establecerá un tratamiento a corto o medio plazo para evitar recidivas o controlar el ciclo con control fuera de la urgencia.

Para cumplir el primer objetivo de cohibir la hemorragia, habrá que valorar la cantidad y causa del sangrado porque unos precisarán ingreso y otros no.

Serán causas de indicación de ingreso hospitalario, entre otras:

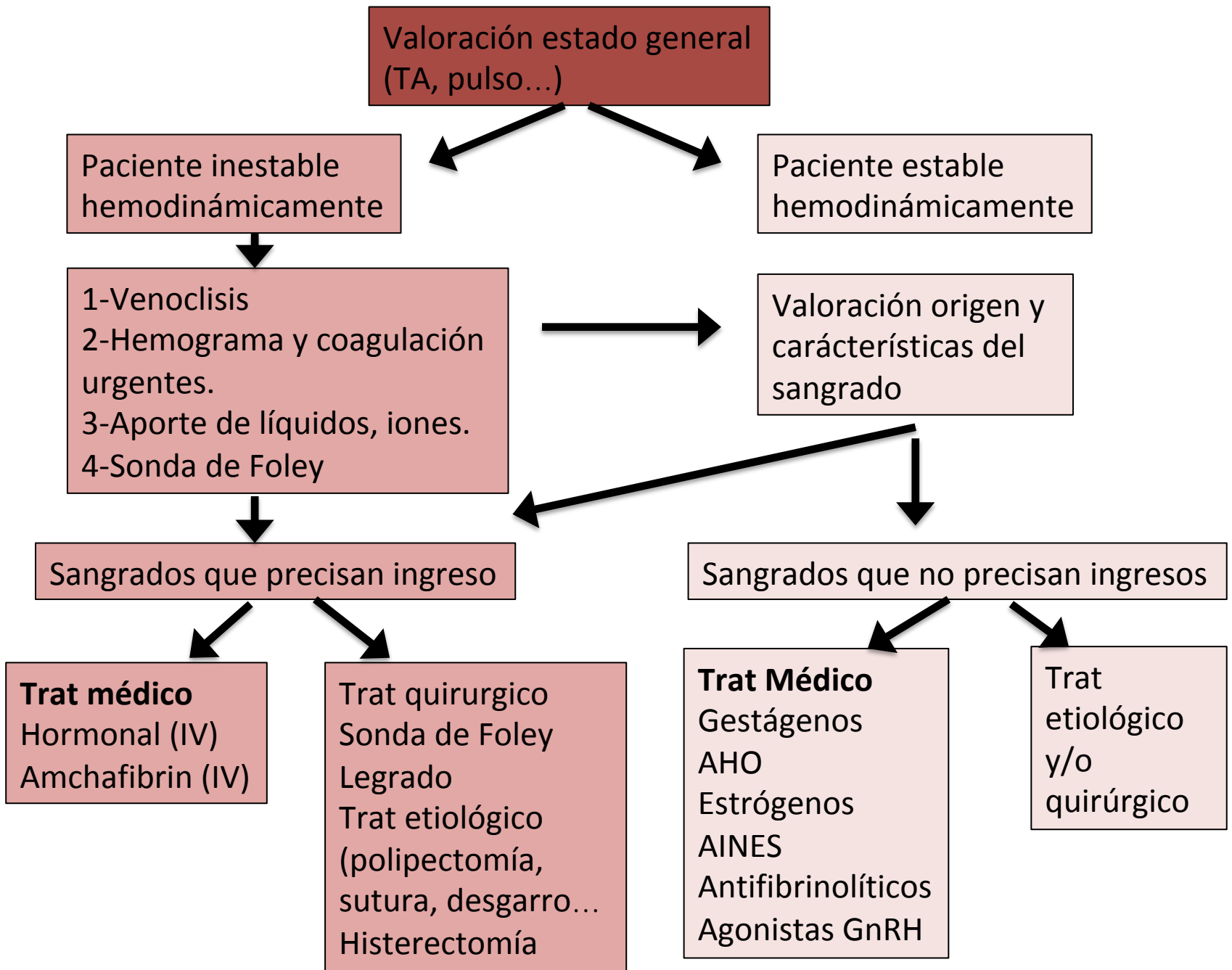
- sangrado agudo muy abundante: hemoglobina  $<9$  g/L, signos de hipovolemia, hipotensión, taquicardia;
- sospecha de coagulopatías;
- sangrados importantes asociados a patología de la gestación;
- patología orgánica uterina que precisa tratamiento quirúrgico urgente;
- proceso séptico en fase aguda, fiebre, alteración de la fórmula leucocitaria.

Se instaurará terapia específica con antibioticoterapia IV;

En caso de sospecha de neoplasia ginecológica maligna, se agilizarán las pruebas necesarias para instaurar el tratamiento médico-quirúrgico específico.

En los casos en que exista inestabilidad hemodinámica el tratamiento inicial se administrará bajo estricto control médico, a fin de lograr estabilizar hemodinámicamente a la paciente, monitorización, aporte de volumen, iones, transfusión si precisa, etc.

Simultáneamente al tratamiento general de la fase aguda, el objetivo será detener la hemorragia, mediante tratamiento médico o quirúrgico específico en cada caso





**Trat  
etiológico  
y/o  
quirúrgico**

- Exéresis de pólipos endocervicales con hemostasia o electrocoagulación.
- Sutura lesiones canal genital
- Histeroscopia diagnóstica-terapéutica, que no precisa anestesia general, como resección de pequeños pólipos endometriales, biopsia dirigida de lesiones endometriales...

En los cuadros infecciosos, como vaginitis, cervicitis, endometritis, enfermedad inflamatoria pélvica, en fase no aguda, que puede acompañar a la metrorragia, se instaurará el tratamiento específico local y/o general.


Si el origen del sangrado se debe a patología sistémica se instaurará tratamiento médico como HUD y el tratamiento específico de la patología subyacente se establecerá en el momento o en consultas posteriores si precisa de más estudios.

Trat  
etiológico  
y/o  
quirúrgico

**Origen iatrogénico** con el uso **de anticoncepción hormonal oral** en cuyo caso deberemos asegurarnos del correcto uso de la anticoncepción:

- Si no lo toma adecuadamente habrá que educarle;
- Si lo toma adecuadamente podrá valorarse cambiar la dosis a un preparado de mayor contenido estrogénico aumentando 2-3 comprimidos/día con el mismo anovulatorio e iniciar el siguiente ciclo con un anticonceptivo hormonal oral de mayor dosis.
- Cuando consideremos que el sangrado es secundario al DIU lo retiraremos y plantearemos otro método. Una opción en el tratamiento de la HUD es el DIU de levonorgestrel.

Trat Médico  
Gestágenos  
AHO  
Estrógenos  
AINES  
Antifibrinolíticos  
Agonistas GnRH

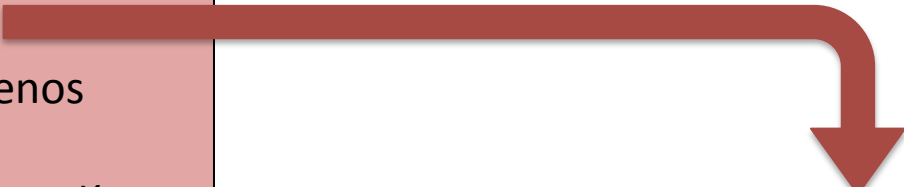


Los gestágenos inducen transformación secretora de un endometrio proliferativo pudiendo originar una hemorragia por privación de forma autolimitada y predecible en ciclos anovulatorios con episodios de hemorragia intensa o prolongada.

Gestágenos como acetato de medroxiprogesterona (Progevera®) 10-20 mg /día durante 10-14 días comenzando en el día 14 del ciclo, a lo largo de 3-6 meses o acetato de noretindrona. (Primolut-Nor®) 10 mg/día durante 10-14 días comenzando en el día 14 del ciclo, a lo largo de 3-6 meses.

Después se instaura tratamiento para evitar nuevos episodios (3-6 meses)

Trat Médico  
Gestágenos  
AHO  
Estrógenos  
AINES  
Antifibrinolíticos  
Agonistas GnRH




En hemorragias prolongadas en mujeres jóvenes:

- 2 comprimidos diarios de baja dosis durante 7 días (aunque el sangrado cese en las primeras 24-48 horas), después se producirá un sangrado por deprivación,
- continuar con la toma diaria de un comprimido 21 días o 28 según preparado.
- Si se continúa la toma diaria de comprimidos seguido de los 2 comprimidos/día se evita la hemorragia hasta terminar la caja.

En hemorragias intensas:

- Tomará 1 comprimido cada 4 horas 24 horas o hasta cese del sangrado. Después 4 comprimidos/día 4 días, 3 comprimidos/día 3 días y 2 comprimidos/día 2 semanas.
- Tras eso tendrá una hemorragia por deprivación que deberá ir seguida de tratamiento con gestágenos o anticoncepción hormonal 3-6 meses.

Trat Médico  
Gestágenos  
AHO  
Estrógenos  
AINES  
Antifibrinolíticos  
Agonistas GnRH



- Administrar estrógenos en ocasiones en que el endometrio está muy adelgazado o incluso atrófico y los gestágenos no sean eficaces.
- Puede ser en situaciones de manchado vaginal intermitente o tras episodios prolongados de hemorragia intensa que dejan un tejido escaso residual.
- Estrógenos conjugados vía oral 1,25-2 mg de estradiol (Equin<sup>®</sup>/4 horas durante 24 horas seguido de 1,25 mg/día de estrógenos conjugados ó 2 mg de estradiol (Proginova<sup>®</sup>) diario 7-10 días.
- Se deben asociar gestágenos los 5 últimos días y posteriormente se producirá una hemorragia por deprivación, luego continuar con tratamiento con gestágenos o anticonceptivos 3-6 meses.

Trat Médico  
Gestágenos  
AHO  
Estrógenos  
AINES  
Antifibrinolíticos  
Agonistas GnRH

Reducen el contenido de prostaglandinas en el endometrio reduciendo la pérdida sanguínea en las hemorragias ovulatorias y en las incrementadas que se relacionan con DIU, además de aliviar la dismenorrea y la cefalea.

Los más usados son el naproxeno e ibuprofeno, durante los 2-3 primeros días de la menstruación.

Los antifibrinolíticos tienen un papel interesante en las menorragias administrándolos vía oral los 2-3 primeros días del ciclo (500 mg /8 horas).

Poco uso