



11226
Universidad Nacional Autónoma
de México

137
2ej

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado e Investigación
Departamento de Medicina Familiar

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
para los Trabajadores del Estado**

HOSPITAL ISSSTE URUAPAN, MICH.

**Manejo de la Hemorragia Uterina Anormal, en
el Servicio de Urgencias del Hospital ISSSTE
de Uruapan, Mich., 1o. de marzo al 31 de
octubre de 1994.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
Especialista en Medicina Familiar**

PRESENTA:

Dr. Arcadio Vieyra Sánchez

ESTADO: MICHOACAN 1999 AÑO: []

**TESIS CON
FALLA DE [] EN**

271472



ISSSTE



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

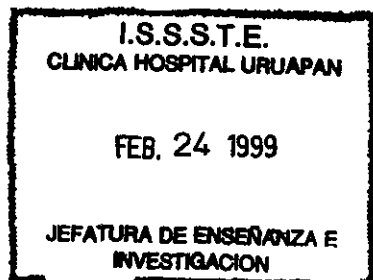
**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

HOSPITAL ISSSTE URUAPAN, MICH

**MANEJO DE LA HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL SERVICIO
URGENCIAS DEL HOSPITAL ISSSTE DE URUAPAN, MICH.
1° DE MARZO AL 31 DE OCTUBRE DE 1994**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR. PRESENTA:**

DR. ARCADIO VIEYRA SÁNCHEZ



ESTADO: MICHOACÁN



AÑO: 1994

**MANEJO DE LA HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL ISSSTE DE URUAPAN, MICH.
1º DE MARZO AL 31 DE OCTUBRE DE 1994**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ARCADIO VIEYRA SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES:

DR. DANIEL VALDEZ CASTELLANOS
PROFR. ADJUNTO DRA. MARTHA PATRICIA CHAGOLLA V.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES EN HOSPITAL ISSSTE URUAPAN

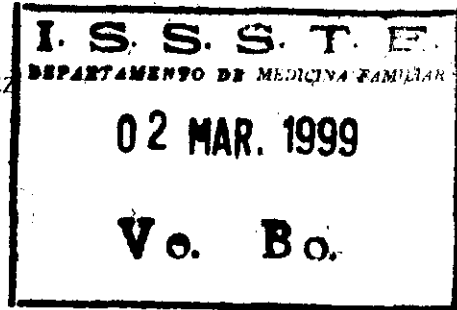
DR. GUSTAVO MARIN MADRIGAL
ASESOR DE TESIS ISSSTE

DR. PEDRO DORANTES BARRIOS

ASESOR DE TESIS U.N.A.M
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO

JEFA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE



**MANEJO DE LA HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL ISSSTE DE URUAPAN, MICH.
1° DE MARZO AL 31 DE OCTUBRE DE 1994**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA.

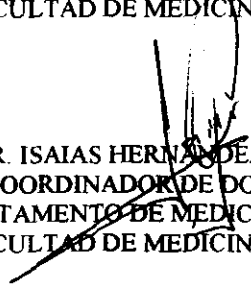
DR. ARCADIO VIEYRA SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.~~



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

A MIS PADRES

Con respeto y cariño.

Por el esfuerzo que realizaron para formarme como profesionista.

A MI ESPOSA GUADALUPE E HIJOS JULIO, GABY Y CRISTIAN

Gracias por el apoyo y la paciencia que me brindaron durante los años de formación como médico familiar.

A MIS MAESTROS

Mi cariño y admiración por la dedicación en mi formación como médico familiar, gracias Dr. Daniel Valdez C., Dra. Patricia Chagolla Villaseñor, Dr. Gustavo Marín, que en los momentos difíciles me motivaron desinteresadamente.

ÍNDICE GENERAL

1. TÍTULO
2. ÍNDICE GENERAL
3. MARCO TEÓRICO
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
5. JUSTIFICACIÓN
6. OBJETIVOS
 - General
 - Específicos
7. HIPÓTESIS
8. METODOLOGÍA
 - Tipo de estudio
 - Población, lugar y tiempo de estudio
 - Tipo de muestreo y tamaño de la muestra
 - Criterios de exclusión y de eliminación
 - Información a recolectar. Variables a recolectar
 - Método o procedimiento para captar la información
 - Consideraciones éticas
9. RESULTADOS
 - Descripción de los resultados
 - Tablas (cuadros) y gráficas
10. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS
11. CONCLUSIONES
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
13. ANEXOS

TÍTULO

MANEJO DE LA HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL ISSSTE DE URUAPAN, MICH.

1º DE MARZO AL 31 DE OCTUBRE DE 1994

MARCO TEÓRICO

Podríamos definirlo como todo aquel sangrado que se presenta en una mujer antes, durante y después de su vida reproductiva, y que dista mucho de parecerse a un sangrado menstrual normal. ⁽⁹⁾

Necesariamente tenemos que dividir al sangrado uterino anormal en dos grandes grupos:

- 1) El sangrado uterino anormal de causa orgánica asociado en la mujer en la etapa reproductiva a periodos ovulatorios.
- 2) El sangrado uterino anormal de causa funcional (disfuncional), asociado en la mujer en etapa reproductiva frecuentemente a periodos anovulatorios.

Siempre que el médico se enfrenta a un sangrado uterino anormal debe individualizar el caso, y ver si se trata de una mujer en etapa prepuberal, cuya patología causante de hemorragia uterina anormal es bien definida (por ejemplo: tumor ovárico, hiperplasia endometrial, etc.); si se trata de una paciente en edad reproductiva en cuyo caso es muy importante determinar si la hemorragia anormal se asocia a ciclos ovulatorios, o bien, se acompaña de anovulación, en el primer caso la hemorragia habitualmente tendrá causa orgánica, (por ejemplo: miomas, neoplasias, infecciones, etc.); en el segundo caso, la hemorragia será de origen funcional y puede tener varias causas (por ejemplo: psicogena, endocrina, hiperplasia endometrial). ⁽⁹⁾

De lo anterior se desprende que el manejo de toda paciente con hemorragia uterina anormal, exige una cuidadosa historia clínica y un apoyo paraclínico juicioso, ya que de la identificación precisa del o los factores causales de la hemorragia, derivará el tratamiento adecuado. ^(9, 26)

Las Hemorragias Uterinas Anormales (HUA) se dividen en dos tipos: hemorragias cíclicas, acíclicas.

HEMORRAGIAS CÍCLICAS.

Las hemorragias uterinas cíclicas comprenden las pérdidas sanguíneas que ocurren coincidiendo con la menstruación de la mujer y que se diferencian de aquella por su duración, intensidad o ambas. Dentro del grupo de las hemorragias cíclicas, a su vez, distinguimos las siguientes:

Hipermenorreas o menorragias.

Pérdidas sanguíneas excesivas en cantidad (superior a 180ml) o duración (más de 7 días) o ambas, que ocurren con intervalos normales.

Polimenorrea.

Hemorragias con intervalos excesivamente frecuentes, menores de 21 días (periodo libre de hemorragia inferior a 18 días), pero que son normales en cantidad y en duración.

Polimenorragia.

Hemorragias con intervalos excesivamente frecuentes y cuya intensidad y duración son igualmente excesivas.

HEMORRAGIAS ACÍCLICAS.

Las hemorragias acíclicas aparecen de forma irregular y, como su nombre indica, no guardan relación con la pérdida menstrual normal. En este grupo incluimos:

Metrorragias.

Hemorragias irregulares o continuas, de intensidad variable, que hacen perder el carácter cíclico de la hemorragia menstrual normal.

Hemorragias intermenstruales.

Pérdidas sanguíneas que aparecen entre menstruaciones normales. ^(9, 25)

CAUSAS

Las causas capaces de producir hemorragias uterinas o vaginales son numerosas. Podemos agruparlas de la siguiente forma.

Lesiones locales o genitales

Dentro de este grupo cabe distinguir:

1. *Tumores malignos.* Representan la causa más importante de hemorragias genitales. Los tumores más frecuentes son los localizados en el cuello y cuerpo uterinos. Pueden producir hemorragia genital, aunque con menor infrecuencia, los tumores malignos de la vulva, vagina y trompa.
2. *Tumores benignos.* En este grupo se incluyen los liomiomas uterinos, que constituyen sin duda, el tumor más frecuente que puede aparecer en la mujer. En este grupo incluimos también los pólipos de localización cervical o endometrial.

Más rara vez, pueden producir hemorragia genital los siguientes procesos:

- Traumatismos por coito o accidente.
- Endometriosis y adenomiosis.
- Inflammaciones pelvianas.

Enfermedades generales

Dentro de este grupo incluimos:

1. Ciertos trastornos de la coagulación o aumento de la fragilidad capilar pueden producir hemorragia uterina anormal. En algunos casos (púrpuras trombocitopénicas, pseudoemofilias) la hemorragia genital puede ser el síntoma inicial de la enfermedad.
2. Una cardiopatía descompensada y una afección pulmonar crónica pueden originar una congestión venosa, que en algunos casos puede causar una HUA.
3. La hipertensión sólo produce hemorragia genital cuando va acompañada de arteriosclerosis de las venas del útero.
4. Cirrosis hepática por fallo en la inactivación de los estrógenos. ^(9, 25, 26)

HEMORRAGIAS DISFUNCIONALES

Definición

Las hemorragias uterinas disfuncionales (HD) se definen como pérdidas sanguíneas en la cavidad corporal del útero, sin lesión orgánica responsable de dicha hemorragia y que se producen por alteraciones locales o generales que perturban la normal regulación neuroendocrina de la función menstrual.

Se comprende que en la práctica sólo puede establecerse con seguridad el diagnóstico de hemorragia disfuncional cuando se ha realizado un estudio completo del caso.

Frecuencia.

Es difícil establecer con seguridad la incidencia real de la HD porque a menudo se realiza tratamiento hormonal sin haber practicado un estudio completo del caso y sin haber descartado con seguridad una lesión orgánica.

Particularmente esto sucede en las mujeres jóvenes que aún no han practicado relaciones sexuales.

Las HD suelen aparecer en la época de la pubertad y después de la menopausia, aunque pueden aparecer también durante la época genésica de la mujer. (2, 4, 25, 26)

El endometrio en las hemorragias disfuncionales.

El endometrio no muestra un cuadro histológico uniforme. Según Ober y cols. (1954) y Waschke (1956), en el 70-80 % de los casos la hemorragia disfuncional muestra un endometrio **proliferativo simple** o **hiperplásico** en grado variable, y entre el 15 y el 20 % de los casos se observa un endometrio **secretor** que puede mostrar grados variables de transformación secretora.

El ovario en las hemorragias disfuncionales.

El ovario puede presentar tres tipos fundamentales de lesiones.

1. Puede aparecer un quiste folicular único, cuyas paredes constituidas por células de la granulosa y de la teca, pueden mostrar un grado variable de luteinización. Estos quistes tienen más de 1.5 cm de diámetro.
2. Pueden existir varios quistes, constituyendo el llamado ovario poliquístico.
3. Puede también producirse hiperplasia de la estroma o hipertecosis.

Pero existen una serie de casos en los que el ovario es completamente normal en el estudio macro y microscópico.

Los tumores de ovario productores de hormonas, es decir, los tumores funcionantes del ovario, pueden producir hemorragias uterinas disfuncionales, pero en estos casos la pérdida sanguínea es un epifenómeno que queda en segundo lugar ante la importancia del tumor ovárico. Sin embargo, la hemorragia uterina puede ser el síntoma de alarma que obligue a consultar a la mujer. ⁽²⁵⁾

Etiología y mecanismo de producción de la hemorragia.

Por definición, las HD son producidas por una alteración de la normal regulación neuroendocrina de la función menstrual.

Por ello, para comprender la etiología y el mecanismo de producción de la HD, es necesario recordar el mecanismo de regulación neuroendocrina de la función menstrual y el mecanismo de la menstruación normal.

Existen una serie de hechos experimentales que pueden dar luz acerca de la producción de las HD. Si de forma continua se administra a dosis fisiológicas estrógenos a mujeres ovariectomizadas, pero con útero, o a menopáusicas, y al cabo de cierto tiempo se suspende la medicación, se produce una hemorragia que se denomina hemorragia por privación. Si no se suspende la administración de estrógenos y se continúa por largo tiempo el tratamiento, se produce también finalmente una hemorragia.

Parece que los estrógenos son necesarios para mantener el estímulo trófico del endometrio, pero que, si se administran ininterrumpidamente, llega un momento en que el crecimiento endometrial es excesivo y los estrógenos no pueden mantener su integridad.

Igual sucede cuando se administra progesterona si previamente ha sido sometido el endometrio a la acción de los estrógenos.

La hemorragia disfuncional se produce habitualmente por un desequilibrio entre las hormonas sexuales, estrógenos y progesterona. Este desequilibrio puede producirse por algunos de los siguientes trastornos:

1. Alteraciones de la función del sistema hipotálamo-hipofisario. Toda lesión de esta área, inflamatoria, neoplásica, etc., que perturbe la normal producción de hormonas gonadotropas (FSH y LH), puede alterar el ciclo menstrual y producir hemorragias disfuncionales.
2. Estímulos psíquicos anormales. Hoy conocemos bien el efecto pernicioso que puede ejercer sobre el ciclo menstrual la estimulación psíquica.
3. Determinada patología del ovario. Los folículos quísticos persistentes, la hipertecosis, la hiperplasia de la estroma cortical y los tumores funcionales (tumores productores de hormonas sexuales) pueden producir hemorragias disfuncionales.
4. Ciertas enfermedades endocrinas, particularmente las tiroideas y suprarrenales, pueden originar hemorragias disfuncionales.
5. En ocasiones es el propio médico quien provoca las hemorragias disfuncionales mediante la administración intempestiva de hormonas que alteran el ciclo menstrual.

Entre las hemorragias disfuncionales, queremos destacar la *hiperplasia del endometrio*, que se origina por un estímulo estrogénico aumentado o mantenido asociado a una ausencia de secreción de progesterona. Actualmente se acepta que este cuadro, si no se trata adecuadamente, puede, en algunos casos, transformarse en un carcinoma de endometrio, particularmente en mujeres de edad avanzada. ⁽²⁵⁾

CONDUCTA ANTE UNA HEMORRAGIA GENITAL

Para plantear el diagnóstico y el tratamiento adecuado de una hemorragia genital, el médico debe tener en cuenta, en primer lugar, que éste es un síntoma primordial y habitualmente el más precoz de la mayoría de los tumores genitales, tanto benignos como malignos.

En segundo lugar, debe considerarse que, si bien algunos tumores genitales, como el carcinoma del cuerpo uterino o el de la vulva, suelen aparecer a edades relativamente avanzadas, por encima de los 45 años generalmente, otros tumores, como el carcinoma del cuello, los sarcomas uterinos o los liomiomas, pueden aparecer a edades relativamente precoces.

Por otra parte, ya hemos expuesto que algunas hemorragias disfuncionales, como la hiperplasia del endometrio, pueden considerarse como estados precursores del carcinoma del endometrio.

Por todo ello, el médico debe valorar adecuadamente el significado de toda hemorragia genital y no instaurar un tratamiento sintomático sin antes haber llegado a un diagnóstico seguro mediante los métodos de examen que a continuación exponemos. ^(9, 25)

Anamnesis.

Debe realizarse siempre una historia clínica cuidadosa y detallada, de la cual, a veces se recogen algunos datos que pueden ser de gran utilidad para el diagnóstico. En ocasiones, la paciente ha seguido un tratamiento hormonal de forma incorrecta, y ello puede ser la causa de su pérdida sanguínea. Ante una mujer en la posmenopausia o en edad perimenopáusica que sangra, debe pensarse siempre en la posibilidad de que se trate de un carcinoma de endometrio, con más fundamento si la paciente es obesa, hipertensa o diabética o si entre sus antecedentes figuran pérdidas de sangre semejantes con estudio histológico de hiperplasia de endometrio, ya que todos estos datos son signo de riesgo de padecimiento de carcinoma de endometrio.

Cuando la pérdida de sangre es cíclica, es decir, cuando una mujer tiene una regla muy abundante y duradera (menorragia o hipermonorrea), debe pensarse siempre en la posibilidad de un liomioma, que es, sin duda, el tumor más frecuente que la mujer padece

Exploración general.

No debe omitirse nunca un examen general tan completo como lo permita la formación del médico y, si es necesario, recabando la ayuda de otros especialistas, sin olvidar que una hemorragia genital puede ser manifestación de una enfermedad no genital (por ejemplo, trastorno de la coagulación, tumor hipotalámico o hipofisario, o enfermedades de la glándula suprarrenal o del tiroides).

Palpación abdominal

En ocasiones la palpación pone en evidencia tumores de origen genital, uterino u ovárico, habitualmente responsables de la hemorragia.

Inspección.

Inspección cuidadosa de los genitales externos de la vagina y del cuello uterino, con la mujer colocado en posición ginecológica y con buena iluminación. Para el examen de la vulva será útil una lupa de 2 o 3 aumentos.

Colposcopia.

La inspección de la vagina y del cuello uterino puede completarse con la ayuda del colposcopio.

La inspección ayudada de la lupa y del colposcopio, permite detectar las posibles causas orgánicas del tracto genital, responsables de hemorragia genital: tumores benignos y malignos, lesiones inflamatorias, etc.

Citología.

La citología es un método de extraordinario valor para el diagnóstico etiológico de las hemorragias genitales. Tiene algunas limitaciones que someramente enumeramos. De

forma general, se acepta que la citología exfoliativa es un método de gran exactitud y fidelidad para el diagnóstico del carcinoma del cuello uterino, mediante la triple toma (especialmente mediante la toma exo y endocervical). Igualmente permite el diagnóstico de determinadas enfermedades inflamatorias.

Es también un método de gran utilidad para el diagnóstico de las lesiones tanto tumorales como inflamatorias de la vagina. En cambio, su valor es más limitado para el diagnóstico de las lesiones de la vulva; en estos casos preferimos desde el principio la toma biopsica para estudio histológico.

En las lesiones sangrantes del cuerpo uterino, la citología, tanto la triple toma (vagina, exocérvis y endocérvis) como las tomas directas sobre el endometrio, tienen a nuestro juicio, un valor limitado, y en estos casos es preferible la biopsia directa. La citología mediante tomas directas en la cavidad uterina, es útil, a nuestro criterio, en fases no hemorrágicas.

Tacto vaginoabdominal y rectovaginal.

Constituye un tiempo obligado de la exploración ginecológica, que permite detectar con cierta facilidad gran parte de la patología del útero y del ovario, que puede producir hemorragias genitales. En pacientes obesas, con frecuencia la información que este método proporciona es insuficiente. ^(25, 26)

Biopsia.

La toma de material para estudio histológico constituye un paso obligado ante una hemorragia genital. En muchos casos, la toma biopsica puede hacerse ambulatoriamente sin necesidad de ingresar a la paciente. En la vulva, la biopsia se hace mediante anestesia local y la pinza-punzón de Keyes; en la vagina y el cuello uterino se realiza con una pinza sacabocados dirigida con el colposcopio y sin necesidad de anestesia; en el endometrio y endocérvis puede realizarse con pinzas-biopsia sin anestesia y de forma ambulatoria, aunque en algunas ocasiones es necesario el ingreso de la paciente y la anestesia para practicar un legrado-biopsia fraccionado.

Ecografía.

Permite diagnosticar con gran exactitud la existencia de una tumoración, su tamaño, su consistencia quística o sólida, su topografía y si depende del útero o del ovario. Permite, además, descartar con seguridad un embarazo y diferenciar una tumoración de una ascitis.

Histerografía.

Puede ser de utilidad en algunos casos para identificar miomas submucosos, pólipos endometriales o adenomiosis, que pueden ser la causa de la hemorragia genital.

Histeroscopia.

Permite visualizar la cavidad e identificar la presencia de un carcinoma de endometrio, un mioma submucoso, pólipo endometrial o endocervical, adenomiosis, hiperplasias de endometrio o restos placentarios. Permite, además, dirigir la biopsia al lugar adecuado.

Laparoscopia.

En algunos casos puede estar indicada una laparoscopia para visualizar los anexos, el ovario y la trompa y descartar la patología de estos órganos.

Estudio de la hemostasia.

No debe olvidarse nunca que la hemorragia genital puede ser manifestación de un trastorno general de la coagulación.

A modo de orientación, ante una mujer con menos de 20 años, que padece una hemorragia, debe pensarse que posiblemente se trata de una hemorragia disfuncional. Si la mujer está en edad perimenopáusica, o posmenopáusica, debe pensarse, en primer lugar, en la posibilidad de un cáncer genital, aunque también son muy frecuentes las hemorragias disfuncionales. Y en la edad reproductiva, aunque la causa más frecuente es un embarazo accidentado, también con frecuencia puede ser producida por tumores benignos o malignos y por los restantes factores expuestos.

Puede concluirse que ante cualquier hemorragia genital, es obligado hacer una exploración exhaustiva para llegar a un diagnóstico etiológico seguro; de esta forma se tendrá la seguridad de no omitir el diagnóstico de un tumor y de no ser responsables de un retraso en el tratamiento que puede ser vital para la paciente. (25)

TRATAMIENTO

El tratamiento de las hemorragias genitales sólo puede realizarse correctamente si previamente se ha hecho un diagnóstico etiológico, ya que el tratamiento varía extraordinariamente de unas formas a otras.

Hemorragias de causa orgánica

El tratamiento de las hemorragias orgánicas producidas por causas locales o genitales es, con frecuencia, quirúrgico.

En los tumores malignos, el tratamiento de elección es la cirugía, que en algunos casos (carcinoma de vulva, carcinoma de cuello estadio I y carcinoma de endometrio estadio II) será radical y acompañado de linfadenectomía. El tratamiento en estos casos se asocia a radiación y/o quimioterapia u hormonoterapia.

En los tumores benignos, el tratamiento será también la cirugía, pero con criterios conservadores (histerectomía simple o tumorectomía).

El tratamiento en la endometriosis se realiza fundamentalmente con el danatrol y sólo en casos muy seleccionados se recurrirá a la cirugía.

Las menorragias producidas por enfermedades de tipo general ceden habitualmente cuando éstas se tratan de forma adecuada y se normalizan las constantes orgánicas.

Hemorragias disfuncionales

Antes de iniciar el tratamiento de este tipo de hemorragias es necesario tener la seguridad de que realmente se trata de hemorragias disfuncionales, es decir, es imprescindible haber excluido una causa orgánica responsable de ellas.

El tratamiento de las hemorragias disfuncionales debe perseguir los siguientes objetivos:

1. Cohibir la hemorragia.
2. Regularizar el ciclo, si la mujer está aún en edad de mantener el ciclo menstrual y evitar las recidivas.
3. Tratar la anemia si ésta existe.

Cohibición de la hemorragia. El control de la hemorragia puede realizarse mediante el tratamiento hormonal quirúrgico.

Tratamiento hormonal. Para cohibir la hemorragia pueden utilizarse estrógenos o gestágenos aisladamente o una asociación de ambos.

El tratamiento con estrógenos está particularmente indicado cuando el endometrio es atrófico. Los estrógenos actúan sobre el endometrio induciendo su desarrollo, pero, además, ejercen una importante acción hemostática, por acción sobre los capilares y actúan también sobre el sistema hipotálamo-hipofisario. Por ello ejercen su acción no sólo sobre el endometrio atrófico, sino también sobre cualquier tipo de endometrio. Puede emplearse etinilestradiol a dosis de 0.5-1 mg/día por vía oral hasta conseguir la hemostasia, y después 0.05-0.1 mg durante 14 días más. También pueden emplearse estrógenos equinos conjugados, a dosis de 2.5-7.5 mg durante 20-21 días. En los cinco últimos días es conveniente asociar un gestágeno a dosis de 10 mg diarios. La mujer debe ser advertida de que a los pocos días de dejar el tratamiento, se producirá una hemorragia por supresión.

La administración de estrógenos sólo tiene el inconveniente de que a veces se producen pequeñas pérdidas de sangre, lo que puede evitarse elevando las dosis.

El tratamiento con gestágenos está particularmente indicado cuando el endometrio es proliferativo, hiperplásico o la transformación secretora es insuficiente. En general se acepta que los preparativos norderivados son más activos que los gestágenos C-21. La dosis diaria para conseguir la hemostasia oscila entre 10-15 mg, posteriormente, una vez vencida la hemorragia, se continúa con una dosis diaria de 10 mg hasta completar los 14 días. Al igual que sucede con el tratamiento con estrógenos, a los pocos días de cesar la toma, la mujer tendrá una hemorragia por supresión, semejante a una regla normal.

La asociación de estrógenos y gestágenos puede ser también de utilidad. Existen numerosos preparados en el comercio. A modo de orientación, puede emplearse el preparado hasta conseguir la hemostasia, disminuyendo después la dosis gradualmente hasta completar una duración de 15 días. ^(9, 25, 26)

Tratamiento quirúrgico. El legrado del útero es un método eficaz para contener la hemorragia de forma muy rápida y proporciona además abundante material para estudio histológico. Tiene el inconveniente de necesitar hospitalización y anestesia. Por ello, solamente está indicado cuando la hemorragia es muy intensa y la mujer está anémica, y se desea que la hemorragia cese rápidamente. También está indicado en la mujer posmenopáusica para obtener gran cantidad de material para estudio histológico, ya que en estos casos el riesgo de carcinoma de endometrio es elevado.

La histerectomía está indicada cuando el tratamiento hormonal fracasa en mujeres de cierta edad que han completado sus deseos genésicos. Particularmente, la histerectomía está indicada en mujeres posmenopáusicas cuyo estudio histológico demuestra que existe una hiperplasia activa del endometrio. ⁽²⁵⁾

Regularizar el ciclo. Contenida la hemorragia, es necesario tener en cuenta que con frecuencia puede recidivar si no se instaura un control y un tratamiento adecuado. Para conseguir esta finalidad, el estudio histológico del endometrio constituye una ayuda eficaz.

En casos de hiperplasia de endometrio o de endometrios proliferativos sin transformación secretora, es decir, sin ovulación, el tratamiento dependerá de la edad de la paciente y de sus deseos genésicos,

En mujeres de cierta edad, que no desean tener hijos, el tratamiento de elección son los preparados contraceptivos hormonales orales, administrados por un periodo de 3-6 meses. Puede emplearse también gestágenos a dosis diarias de 10-20 mg entre los días 14 y 26 del ciclo, repetidos durante tres ciclos consecutivos.

En mujeres jóvenes con deseo de descendencia se intentará inducir la ovulación con clomifeno a dosis de 50-100 mg diarios durante 5 días, comenzando el tercer día del ciclo, durante 3-6 meses. También pueden utilizarse las gonadotrofinas.

En mujeres posmenopáusicas, cuando después de un tratamiento correcto la hemorragia recidiva, es preferible practicar una histerectomía. Procediendo así, en algunas ocasiones uno se encuentra con la sorpresa de que en realidad, existía un tumor maligno que no se diagnosticó en el primer examen.

Podemos concluir que ante toda hemorragia genital se debe proceder de acuerdo con la siguiente pauta:

1. Efectuar un estudio detallado de la paciente, que permita conocer la causa productora de la hemorragia.
2. Instaurar un tratamiento adecuado basado en el diagnóstico etiológico.
3. Llevar a cabo un control adecuado para evitar la recidiva de la hemorragia.

Téngase en cuenta que el tratamiento correcto de las hemorragias genitales, en algunos casos puede representar la prevención de algunas formas de cáncer genital (carcinoma de endometrio).^(9, 25)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hemorragia Uterina Anormal, siendo una de las principales causas de ingreso hospitalario, es importante que el médico familiar conozca en forma integral las principales causas de sangrado, y detectarlas para su atención médica; la cual es más frecuente entre los 15-45 años de edad, tomando en consideración los estudios indispensables para su correcto manejo, como son: laboratorio, gabinete, histopatológicos y el manejo definitivo realizado.

¿Cuál es el manejo de las pacientes con diagnóstico de Hemorragia Uterina Anormal estudiadas en la Clínica Hospital del ISSSTE de Uruapan durante el lapso del 1° de Marzo al 31 de Octubre de 1994?

JUSTIFICACIÓN

En nuestra clínica hospital, la Hemorragia Uterina Anormal es una de las principales causas ginecológicas de ingreso hospitalario. El conocer las causas del sangrado genital anormal, por el médico familiar, ayudará a nuestra población derechohabiente a detectar oportunamente las causas del mismo y evitar complicaciones secundarias.

En la actualidad el ser humano requiere de una atención médica integral que conduzca al conocimiento de la veracidad del diagnóstico clínico en correlación con los métodos de gabinete, laboratorio y patología. En nuestro estudio se trata de determinar si el grupo de mujeres estudiadas con el diagnóstico de hemorragia uterina anormal se está manejando en forma adecuada en base a una causa determinada.

En el trabajo actual el manejo utilizado varía desde el tratamiento médico, hasta el quirúrgico, siendo el Legrado Uterino Instrumental (LUI) el método más utilizado en nuestra clínica hospital representando el 83.87%, no siendo así el tratamiento médico que representó el 16.12%.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hemorragia Uterina Anormal, siendo una de las principales causas de ingreso hospitalario, es importante que el médico familiar conozca en forma integral las principales causas de sangrado, y detectarlas para su atención médica; la cual es más frecuente entre los 15-45 años de edad, tomando en consideración los estudios indispensables para su correcto manejo, como son: laboratorio, gabinete, histopatológicos y el manejo definitivo realizado.

¿Cuál es el manejo de las pacientes con diagnóstico de Hemorragia Uterina Anormal estudiadas en la Clínica Hospital del ISSSTE de Uruapan durante el lapso del 1° de Marzo al 31 de Octubre de 1994?

JUSTIFICACIÓN

En nuestra clínica hospital, la Hemorragia Uterina Anormal es una de las principales causas ginecológicas de ingreso hospitalario. El conocer las causas del sangrado genital anormal, por el médico familiar, ayudará a nuestra población derechohabiente a detectar oportunamente las causas del mismo y evitar complicaciones secundarias.

En la actualidad el ser humano requiere de una atención médica integral que conduzca al conocimiento de la veracidad del diagnóstico clínico en correlación con los métodos de gabinete, laboratorio y patología. En nuestro estudio se trata de determinar si el grupo de mujeres estudiadas con el diagnóstico de hemorragia uterina anormal se está manejando en forma adecuada en base a una causa determinada.

En el trabajo actual el manejo utilizado varía desde el tratamiento médico, hasta el quirúrgico, siendo el Legrado Uterino Instrumental (LUI) el método más utilizado en nuestra clínica hospital representando el 83.87%, no siendo así el tratamiento médico que representó el 16.12%.

OBJETIVO GENERAL

Conocer del total de las mujeres con diagnóstico de hemorragia uterina anormal que ingresaron por el servicio de urgencias, cuál fue el diagnóstico, manejo y seguimiento que se les brindó a este grupo de pacientes de acuerdo a la etiología del sangrado uterino anormal.

Conocer el manejo (o tratamiento) de las pacientes con HUA en el hospital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer el grupo de edad. Identificar los estudios de laboratorio clínico realizados.
2. Conocer los resultados de los estudios de gabinete realizados.
3. Conocer si una vez realizado el procedimiento quirúrgico (LUI) se practicó estudio histopatológico.
4. Conocer el grupo de edad que con mayor frecuencia presentó el padecimiento.
5. Conocer la importancia de la patología previa agregada a la hemorragia uterina anormal.

METODOLOGÍA

- **Tipo de estudio:**

Estudio retrospectivo, transversal descriptivo

- **Población, lugar y tiempo de estudio:**

- Pacientes derecho-habientes de la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan.
- La investigación se realizará en la Cd. de Uruapan Mich., en una unidad de segundo nivel de atención del ISSSTE.
- El tiempo comprendido de la investigación se realizará en el periodo comprendido del 1° de Marzo al 31 de Octubre de 1994.

- **Tipo de muestra y tamaño de la muestra:**

Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal en el periodo comprendido del 1° de Marzo al 31 de Octubre de 1994, que acudieron al servicio de urgencias de la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan.

- **Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación:**

Pacientes derechohabientes del ISSSTE de 15 años o mayores de 45 años, que acudieron al servicio de urgencias con sangrando uterino anormal.

Criterios de exclusión y de eliminación: Ninguno.

- **Información a recolectar. Variables a recolectar:**

- *Variables dependientes:* Edad de la paciente (15 a 45 años y más), paridad presentada (primigesta o multigesta), presencia de sangrado uterino.
- *Variables independientes:* Estudios de laboratorio, Pruebas Inmunológicas de Embarazo (PIE), pruebas de toxoplasma, estudios de gabinete, ultrasonido abdominal, estudio histopatológico con reporte de histopatología, manejo realizado (médico o quirúrgico).

- **Método o procedimiento para captar la información:**

Revisión de expedientes del archivo de la unidad hospitalaria, de las pacientes que ingresaron a tocoquirúrgica por el servicio de urgencias.

- **Consideraciones éticas:**

Sin riesgo en la investigación.

RESULTADOS

De los 31 pacientes que se estudiaron, se encontraron los siguientes resultados:

Del grupo de pacientes de 15-19 años (3.22%), que sólo fue 1 paciente multigesta con Prueba Inmunológica de Embarazo (PIE), sin estudio de Ultra Sonido (US), se le practicó Legrado Uterino Instrumental (LUI) sin reporte de histopatología, con estudio de laboratorio sin datos de infección.

Del grupo de pacientes de 20-24 años, 4 pacientes (12.90%): tres multigestas (9.675%) y una primigesta (3.225%), a dos (6.45%) se les realizó PIE, y a las otras dos (6.45%) no; a una (3.225%) se le practicó US y a tres (9.675%) no se le realizó, a las cuatro (12.90%) se les practicó LUI, sin reporte de estudio histopatológico, laboratorialmente sin datos de infecciones agregadas.

Del grupo de pacientes 25-29 años, 9 pacientes (29.03%): siete multigestas (22.578%) y dos primigestas (6.451%), a seis (19.353%) no se les realizó PIE, y a las otras tres (9.676%) si se les practicó; a seis (19.353%) se les realiza US y a las otras tres (9.676%) no se les realizó; a siete (22.578%) se les practicó LUI que no tuvieron reporte histopatológico, a dos (6.451%) se les detectó infección por toxoplasmosis, las cuales recibieron tratamiento, a una (3.225%) se le dio tratamiento hormonal y a otra se le egresó por mejoría, a las otras siete (22.578%) no se les encontró infecciones agregadas.

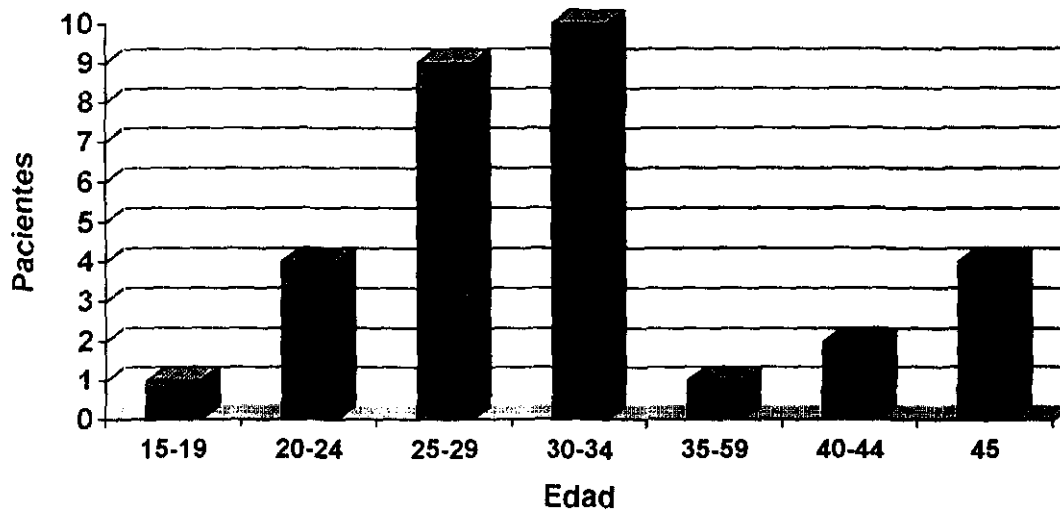
Del grupo de pacientes de 30-34 años, 10 pacientes (32.25%): nueve multigestas (29.025%) y una primigesta (3.225%), a siete (22.575%) no se les realizó PIE, y a tres si (9.675%), a siete (22.575%) se les realizó US, dos (6.45%) con reporte sin embarazo, las cuales egresaron sin tratamiento, por no presentar datos de infecciones por laboratorio; a tres (9.675%) no se les practicó US, a siete (22.575%) se les realizó LUI, y una miomectomía, no hubo reportes histopatológicos, dos (6.45%) con reporte por laboratorio de IVU, y las otras seis (19.35%) sin infecciones agregadas.

Del grupo de pacientes de 34-39 años (3.22%), 1 paciente multigesta, sin PIE, sin US, se le practicó LUI, sin reporte de estudio histopatológico, no se encontraron infecciones agregadas por laboratorio.

El grupo de pacientes de 40-44 años (6.45%), 2 pacientes multigestas, a una (3.225%) se le realizó PIE y a otra (3.225%) no; al igual que estudios de US se le practicó a una (3.225%) sí y a otra (3.225%) no; a ambas (6.45%) se les practicó LUI sin reporte histopatológico, una (3.225%) con infección de vías urinarias, y la otra (3.225%) sin datos de infecciones agregadas.

Del grupo de pacientes de 45 años en adelante (12.90%), 4 multigestas, no requirieron de PIE, a tres (9.675%) se les practicó US y a una (3.225%) no, a las cuatro (12.90%) se les realizó LUI, sólo una (3.225%) tuvo reporte histopatológico de hiperplasia endometrial, sin infecciones agregadas.

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD



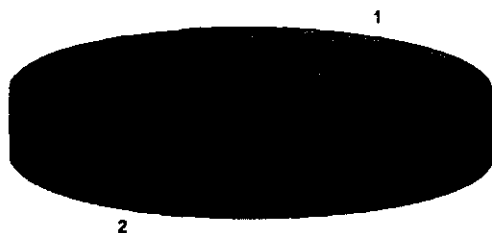
Gráfica No. 1

15 a 19 años	1	35 a 39 años	1
20 a 24 años	4	40 a 44 años	2
25 a 29 años	9	45 o + años	4
30 a 34 años	10		

Fuente: Clínica Hospital ISSSTE Uruapan (Archivo)

PORCENTAJE DE PACIENTES CON INFECCIONES AGREGADAS

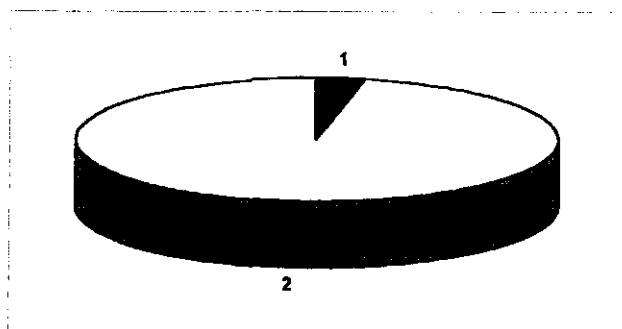
1.	5	Infecciones	16.12%
2.	26	No infecciones	83.87%



Gráfica No. 2

PORCENTAJE DE LAS PACIENTES QUE SE LES REALIZÓ ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS

1.	1	Practicó estudio	3.22%
2.	30	No se practicó	96.77%

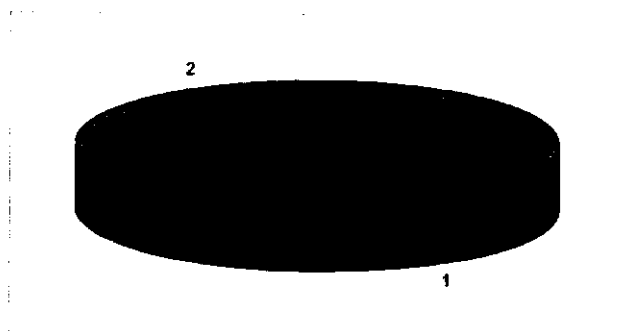


Gráfica No. 3

Fuente: Clinica Hospital ISSSTE Uruapan (Archivo)

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SE LES REALIZÓ LUI

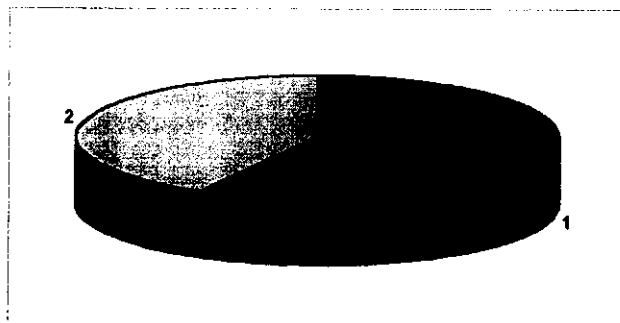
1.	26 LUI	83.87%
2.	5 No LUI	16.12%



Gráfica No. 4

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SE LES PRACTICÓ US

1.	18 US	58.06%
2.	13 No US	41.93%

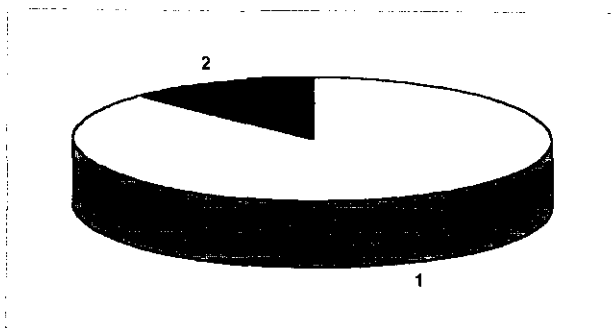


Gráfica No. 5

Fuente: Clínica Hospital ISSSTE Uruapan (Archivo)

PORCENTAJE DE PACIENTES MULTIGESTAS Y PRIMIGESTAS

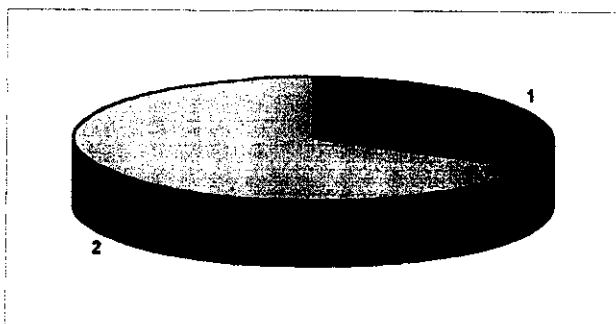
1.	27 Multigestas	87%
2.	4 Primigestas	13%



Gráfica No. 6

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SE PRACTICÓ PIE

1.	10 SÍ	32.25%
2.	21 NO	67.74%



Gráfica No. 7

Fuente: Clínica Hospital ISSSTE Uruapan (Archivo)

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos se observó que la HUA es más frecuente en las pacientes de 30-34 años de edad (32.25%), sobre todo en pacientes multigestas (87%); y que siendo la hemorragia más frecuente asociada al embarazo nuestras pacientes no tuvieron un estudio adecuado preliminar, es decir, un porcentaje considerable (32.25%) de la población estudiada en ausencia de amenorrea no se le practicó prueba inmunológica de embarazo; así como ultrasonido gineco obstetrico (41.93%), lo cual quiere decir que nuestras pacientes no son estudiadas, como lo demuestra la bibliografía consultada ^(9, 24), en cuanto al tratamiento, se observó que el 83.87% de la población estudiada, se le realizó legrado uterino y sólo el 3.22%, una paciente, tuvo seguimiento de la causa del sangrado (reporte histopatológico), lo cual no concuerda con la bibliografía revisada ^(9, 24)

Es necesario concientizar a nuestra población derechohabiente en etapas reproductivas, que acudan con su médico familiar, para tener un mejor control de nuestras pacientes en presencia de embarazo, para así detectar oportunamente cualquier complicación del mismo.

CONCLUSIONES

- 1) Es necesario que todas las pacientes con sangrado uterino anormal, deben ser estudiadas en forma adecuada por medio de historia clínica, laboratorio y gabinete y llegar al diagnóstico lo más certero posible, y se les dé seguimiento para poder determinar mediante el estudio histopatológico la etiología de la causa de la hemorragia.
- 2) Así también, es importante concientizar a la población femenina en edades reproductivas, de un mejor control prenatal para detección oportuna de cualquier infección agregada con el embarazo, así como control de peso y signos vitales para detectar anomalías en los mismos durante la visita con su médico familiar.
- 3) Así también, es importante que todas las pacientes con edad reproductiva y posmenopáusicas, se les concientice de acudir al módulo de planificación familiar para que se practique papanicolau, para detección oportuna de cáncer (CaCu), por su médico familiar.
- 4) Orientar en el módulo de planificación familiar, por los médicos familiares, a las usuarias de los métodos disponibles de planificación; de los efectos y reacciones de cada uno de ellos, para evitar hemorragias en caso de que se presenten por efecto secundario de la misma.

Es importante que nosotros como médicos familiares siempre que nos encontremos ante una paciente con HUA, se le estudie como debe ser; y en caso de no poder resolver su problema, se le canalice inmediatamente para la resolución de su problema.

En la clínica ISSSTE se logró identificar, que de todas las pacientes sometidas a legrado (26) del total de la población estudiada (31), sólo una tiene reporte histopatológico, lo cual quiere decir que no se hizo un estudio integral de las pacientes estudiadas para determinar la causa de la hemorragia, lo cual no es acorde a la bibliografía consultada, y que demuestra que es importante el estudio histopatológico para determinar la causa de la hemorragia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mulvany - NJ; Slavin - IL; Ostor - AG; Fosrtune - DW; Intravenous leiomyomatosis of the uterus: a clinicopatjologic study of 22 cases; Int - J -Gynecol -Pathol. 13 (1): 1 - 9; Departament of anatomical pathology, Royal Women's Hospital, Melbourne, Australia 1994 Jun.
2. Mariani-L; Sedati-A; Giovinzzi-R; Sindico-R; Atlante-G; Postmenopausal endometrial hyperplasia; role of danazol therapy; Int-J-Gynecol-Obstet; 44(2): 155-9 Departament of Gynecologic Oncology, Regina Elena Cancer Institute, Rome, Italy. 1994 Feb.
3. Ettinger-B; Selby-JV; Citron-JT; Ettinger-VW; Zhang-D; Gynecologic complications of cyclic estrogen progestin therapy; 17(3): 197-204; Research Institute, Oakland, California; Maturitas. 1993 Nov.
4. Cacciatore-B; Ramsay-T; Lehtovirta-P; Vlostalo-P; Transvaginal sonography and bysteroscopy in postmenopausal bleeding. Acta-bset-Gynecol-Scand. 73(5): 413-6; Departament I of Obstretics and Gynecology, Helsinki University Central Hospital, Finland. 1994 May
5. Kazadi-Buanga-I; Jurado-Chasocn-M; [Etiologic study of 275 cases of endo-uterine hemorrhage by uterine curettage]; Stude etiologique de 275 cases d'hemorragie endo-uterine par le curatage uterin. Rev-Fr-Gynecol-Obset. 89(3): 129-33; Departamento de ginecología, Clínica Universitaria, Pamplona, Navarra, España.
6. Gleeson-NC; Buggy-F; Sheppard-BL; Bonnar-J; The Effect of tranexamic acid on measured menstrual loss and endometrial fibrinolytic enzymes in dysfunctional Uterine Bleeding. Acta-Obset-Gynecol-Scand. 73(3): 274-7; Trinity College Departament of Gynecology, St. James's Hospital, Dublin, Ireland. 1994 Mar.

7. Goldstein-SR. Use of ultrasonohysterography for triage of perimenopausal patientes with unexplained uterine bleeding; Am-J-Obstet-Bynecol; 170(2), 565-70; New York University school of Medicine, NY. 1994 Feb.
8. Suprun-HZ, Taendler-Stolero-R, Svartz-J, Ettinger-M; Experience with Endopap endometrial simpling in the cytodiagnosis of arendometrial carcinoma and its precursor lesions. I. A correlative. Acta-Cytol. 38(3): 319-23 Departament of Pathology and Cytology, Nahariyya Government and Regional Medical Center of The Western Galilee, Israel; Acta-Cytol. 1994 May-Jun.
9. HW Jones/G.S. Jones de Novak; Pólipos cervicales; Tratado de ginecología de Novak, Décima Edición, pag: 295-298-México D.F. 1987.
10. HW Jones/G.S. Jones de Novak; Carcinoma de cuello; Tratado de ginecología de Novak, Décima Edición; pag:299-333-México D.F.
11. Jack A. Pritchard Paul C. Mac Donald Norman F. Garnt; Retención de los productos de la gestación; William obstreticia 3º edición; pag: 453-473; 1991 México D.F.
12. HW Jones/G.S. Jones de Novak; Endometritis crónica; Tratado de Ginecología de Novak, Décima Edición; pag: 478-482-México D.F. 1987.
13. HW Jones/G.S. Jones de Novak; Carcinoma cuerpo útero; Tratado de Ginecología de Novak, Décima Edición, pag: 394-426-México D.F. 1987.
14. HW Jones/G.S. Jones de Novak; Sarcoma del útero; Tratado de Ginecología de Novak, Décima Edición; pag: 454-463-México D.F. 1987.
15. HW Jones/G.S. Jones de Novak; Mioma del útero; Tratado de Ginecología de Novak, Décima Edición; pag: 454-463-México D.F. 1987.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

16. Jack A. Pritchard Paul C. Mac Donald Norman F. Garnt; Mole hidatiforme y corioepitolioma; William obstetricia, 3ª edición, pag: 453-473; 1991 México D.F.
17. HW Jones/G.S. Jones de Novak; Embarazo Eutópico; Tratado de Ginecología de Novak, Décima Edición; pag: 409-424-México D.F. 1987.
18. HW Jones/G.S. Jones de Novak; Tb. Genitales; Tratado de Ginecología de Novak, Décima Edición; pag: 485-496-México D.F. 1987.
19. HW Jones/G.S. Jones de Novak; Tumores del ovario; Tratado de Ginecología de Novak, Décima Edición; pag: 507-555-México D.F. 1987.
20. HW Jones/G.S. Jones de Novak; Tumores de la trompa; Tratado de Ginecología de Novak, Décima Edición; pag: 457-505-México D.F. 1987.
21. Jack A. Pritchard Paul C. Mac Donald Norman F. Garnt; Pólipos endometriales; William obstetricia, 3ª edición, pag: 389-392; 1991 México D.F.
22. Hamilton JV. Knab Dr. Suction Curettage Therapeutic effectiveness in dysfunctional uterine bleeding Obstet Gynecol 45-47, 1975.
23. Taw RL Review of menstrual disorders in which a secretory endometrium was found Am/Obstet Gynecol 122-490, 1975.
24. Modden JD Milewich L. Parker CR. Carr BR. Boyar RM. Mc Donald PC. The effect of oral contraceptive treatment on the serum concentration of dehydroisoandrosterone sulfate Am/Obstet Gynecol 132-380, 1978.
25. Jorge González Merlo, J. Balasch, J. Van Rell; Hemorragias uterinas anormales; Ginecología de Jorge González Merlo, 166-172, 1978.

26. Dr. Ralsh. C. Benson; Complicaciones de la Menstruación; Hemorragia Uterina Anormal, Ginecoobstetricia de Ralsh Benson, 785-789, 1978.
27. Dr. George Schneider, Dr. Kamran Meghiss, Dr. Joseph Scott; Sangrado uterino disfuncional; Mundo médico 71-80 Vol. XV, No. 192, abril 1990.
28. Dr. Gary Quick, Dr. Patrick J. Gracker; Hemorragia Vaginal: valoración en urgencias, Mundo médico, Vol XIX, No. 216, abril 1992.