



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL PUEBLA
CENTRO MEDICO NACIONAL
"MANUEL AVILA CAMACHO"
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36

CORRELACION CLINICA Y DIAGNOSTICA
INICIAL Y FINAL DE SANGRADO GENITAL
COMO CAUSA DE INTERNAMIENTO
EN EL H.G.R. No. 36

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DR. HECTOR HERNANDEZ ESCOBAR

ASESOR:
DR. GUILLERMO MADRID CASAS



México, D.F., 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL PUEBLA
CENTRO MEDICO NACIONAL
"MANUEL AVILA CAMACHO"
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36

CORRELACION CLINICA Y DIAGNOSTICA
INICIAL Y FINAL DE SANGRADO GENITAL
COMO CAUSA DE INTERNAMIENTO
EN EL H.G.R. No. 36

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DR. HECTOR HERNANDEZ ESCOBAR

ASESOR:
DR. GUILLERMO MADRID CASAS



Hospital General Regional No. 36
Jefatura de Educación e Investigación
en Salud

30 NOV 2015

RECIBIDO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL PUEBLA
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36



IMSS

Jefatura de División de Educación
e Investigación en Salud

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dolores Guillermina Martínez Marín'.

Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of a large loop and a long, sweeping line.

DR. RAFAEL AVILA GONZALEZ
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
PUEBLA



Jefatura de División de
Educación e Investigación

AGRADECIMIENTO:

A mi Madre, porque gracias a su apoyo moral y económico, significaron mucho para seguir adelante, doy gracias a sus bendiciones porque ellas llegaron a mí en los momentos más difíciles de mi residencia.

Gracias Mamita que "Dios te Bendiga".

A mi Padre, por todo los consejos que hicieron de mí un hombre de bien, gracias por sus bendiciones y por poner en mis manos la sangre de Cristo.

En especial a mis hermanas Martha y Juana, que me apoyaron económicamente en los inicios de mi carrera.

Gracias a mi hermana Rocío, por velar por mis padres cuando yo no estuve con ellos en los momentos difíciles de su vida.

A Trini, por sus bendiciones y por continuar conmigo, por acompañarme en los lugares que he estado.

A mis Maestros, que compartieron su sabiduría conmigo.

A mis compañeros que compartieron conmigo los éxitos y los fracasos.

En especial a "Dios" porque El ha estado conmigo en todo momento.

INDICE

1.-	INTRODUCCION	1
2.-	OBJETIVOS	3
3.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
4.-	ANTECEDENTES CIENTIFICOS	5
5.-	HIPOTESIS	14
6.-	MATERIAL Y METODOS	15
7.-	RESULTADOS	18
8.-	GRAFICAS	23
9.-	DISCUSION	25
10.-	BIBLIOGRAFIAS	27

INTRODUCCION

El sangrado genital anormal es una patología que ocupa una de las principales causas de internamiento en el H.G.R. No. 36, si bien existen muchas causas que originan esta entidad, también cabe señalar que un buen número de pacientes que presentan sangrado genital pudieran ser manejadas y cumplir su protocolo como externas, siempre y cuando el sangrado no sea importante.

Antes de definir el sangrado genital anormal, es necesario precisar que es lo normal o menstruación. Esta es el flujo cíclico de sangre, moco y endometrio posterior a una ovulación, con cantidad, duración y periodicidad bien definidos. Cualquier alteración de estos índices se considera anormal. (14)

El sangrado genital desde el punto de vista práctico puede dividirse en causas uterinas y extrauterinas, a su vez las primeras pueden dividirse en sangrado anormal y disfuncional (1)

De lo dicho anteriormente no es fácil establecer un diagnóstico preciso en la primer consulta, sin embargo con una buena semiología y conociendo las principales causas de sangrado genital puede llegarse a un diagnóstico más preciso.

El presente trabajo se fundamenta en conocer si el diagnóstico clínico inicial de sangrado de causa genital, en cualquiera de sus modalidades es similar al diagnóstico final, en pacientes que son internadas por esta causa en el H.G.R. No. 36, además de saber las principales causas de sangrado genital, los días de estancia, estudios solicitados, terapéutica realizada y diagnóstico final.

El estudio de la paciente con sangrado genital anormal trata de establecer un diagnóstico etiológico, para no solo suprimir el síntoma, sino la enfermedad o el síndrome. No se deben iniciar tratamientos sin tener diagnósticos lo cual además de ser evidentemente inadecuado, dificulta la labor diagnóstica y terapéutica y permite la evolución natural acelerada de padecimientos que pudieron ser detectados y trazados oportunamente. (14)

OBJETIVOS

Objetivo General: Determinar la correlación entre el diagnóstico clínico inicial y final en pacientes que son internadas por sangrado genital anormal, en H.G.R. No. 36 Manuel Avila Camacho en un período comprendido del 1 de noviembre de 1994 al 15 de octubre de 1995.

Objetivo Específico: Determinar el diagnóstico inicial relacionado con sangrado genital anormal, estudios solicitados, días de estancia, diagnóstico final, intensidad del sangrado y su justificación intrahospitalaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como sabemos que el sangrado genital ocupa una de las principales causas de internamiento en el H.G.R. No. 36 en sus diferentes entidades que pueden ocasionar esta patología, el presente trabajo, lleva como finalidad conocer las principales causas de sangrado genital además si existe una justificación para internamiento de dichas pacientes, por lo tanto:

¿HAY UNA CORRELACION CLINICA Y DIAGNOSTICA INICIAL Y FINAL DE SANGRADO GENITAL COMO CAUSA DE INTERNAMIENTO EL H.G.R. No. 36?

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Sangrado Genital

El sangrado genital desde el punto de vista práctico puede dividirse en causas uterinas y extrauterinas; a su vez las primeras pueden dividirse en sangrado anormal y disfuncional. (1)

Definición:

En un boletín técnico del American College of Obstetrician and Gynecologists acerca de la hemorragia uterina disfuncional publicado en 1982, define como "hemorragia del endometrio sin relación con las lesiones anatómicas del mismo, que incluye la alteración de la función ovárica normal, o anovulación; según esta definición, el diagnóstico de hemorragia uterina disfuncional parece de exclusión.

En cambio cuando existe hemorragia uterina de causa orgánica o relacionada con lesiones anatómicas hablamos de hemorragia uterina anormal. (1)

Características de la menstruación.

Los fenómenos hormonales del ciclo menstrual normal que culminan en el desarrollo folicular y, en definitiva, en la ovulación, comprende una relación delicadamente organizada, entre los valores de gonadotropinas y las concentraciones de hormonas esteroides ováricas. La hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) o gonadoliberina (un decapeptido producido y secretado de manera pulsátil por la eminencia media, núcleo arqueado del hipotálamo, se liga a las células gonadotropinas de la adenohipófisis e induce la síntesis y secreción de la foliculoestimulante (FSH) y la luteinizante (LH). A su vez la frecuencia de los impulsos de GnRH son moduladas por productos de secreción del ovario y catecolaminas, como noradrenalina y serotonina. (6)

La GnRH se encuentra en la circulación fetal a las 10 semanas de gestación, alrededor de las 11.5 semanas el sistema porta hipotálamo-hipofisiario está íntegro y ya es funcional.

El inicio de la pubertad (el resultado final) es una conexión funcional entre el sistema central y la gonada. (7)

Las concentraciones séricas de FSH y LH varían durante la vida, su cantidad aumenta de manera brusca hasta la semana 30 de gestación, después de las cuales todos los fetos femeninos desarrollan una asa de retroalimentación negativa a estrógenos, que causan disminución de GnRH y por lo tanto de FSH y LH.

La concentración de estrógenos disminuye después de la expulsión de la placenta, y ello aumenta la secreción pulsátil de FSH y LH, esta circunstancia persiste hasta el segundo año de vida, para luego disminuir y mantenerse hasta la pubertad. (7)

En la pubertad ocurren varios eventos; el primero es una modificación en el asa de retroalimentación negativa de estrógeno, con aumento del umbral para la respuesta a estrógenos de el sistema nervioso central, por lo tanto disminución de la inhibición.

De manera secundaria, ocurre secreción de GnRH en forma pulsátil más intensa, la cual aumenta la pulsatilidad de LH. Tercer suceso sistema de retroalimentación positiva a estrógenos que permite que una cifra crítica de estradiol produzca secreción súbita de GnRH con aumento brusco de LH para llevar a cabo la ovulación. (7)

El ciclo que se basa en los sucesos endocrinológicos, puede dividirse en tres fases: Folicular, ovulatoria y luteínica.

Fase folicular: Su duración es de 14 días, sucede la maduración del folículo, con la estimulación de FSH, en las células de la teca y granulosa.

La LH estimula las células de la teca para convertir colesterol en andrógenos.

La FSH estimula la conversión de estos andrógenos en estrógenos en las células de la granulosa, al parecer existen diversos factores de crecimiento que participan en el crecimiento folicular.

Fase ovulatoria: La secreción brusca de GnRH provoca una secreción de LH y otra menos importante de FSH que produce la ovulación a las 36 horas siguientes a la secreción máxima de gonadotropinas. (7)

Fase luteínica: Su duración constante de 14 días, la cual corresponde a la vida media del cuerpo amarillo; la maquinaria enzimática del cuerpo amarillo permite la conversión de colesterol en pregnenolona y finalmente progesterona, con una cifra máxima, de esta última en los días 20 a 22 de un ciclo de 28 días. La función del cuerpo amarillo parece declinar alrededor de 10 días después de la ovulación, lo que causa un descenso precipitado en las cifras de progesterona y el flujo menstrual. (7)

Ciclo uterino y menstruación

Al final de cada período menstrual, se ha desprendido casi todo el endometrio, excepto sus capas más profundas; bajo la influencia de los folículos en desarrollo, el endometrio aumenta de grosor con rapidez durante el período del quinto al decimosexto día del ciclo menstrual. Conforme se incrementa el espesor, las glándulas uterinas se ven impulsadas al exterior, de modo que se alargan, pero no se vuelven a contornear, ni tiene secreción alguna.

Estos cambios endometriales se denominan proliferativos, después de la ovulación el endometrio se vuelve mucho más vascularizado y ligeramente edematoso, bajo la influencia de estrógenos y progesterona del cuerpo lúteo. Las glándulas se vuelven enrolladas y tortuosas y empiezan a secretar un líquido claro, (fase secretora). El endometrio se encuentra irrigado por dos arterias: Los dos tercios superficiales del mismo que se desprenden durante la menstruación (estrato funcional), irrigado por arterias espirales, largas y enrolladas, en tanto que la capa profunda, que no se desprende, esta regada por arterias basilares rectas y cortas. (4)

Cuando el cuerpo lúteo experimenta regresión, se interrumpe el apoyo hormonal del endometrio, este se vuelve más delgado, lo que incrementa aún más el enrollamiento de las arterias espirales, aparecen focos de necrosis en esta capa de mucosa, además de necrosis de paredes arteriales lo que produce focos hemorrágicos que confluyen y producen el flujo menstrual. (4)

Características de la menstruación normal:

La menstruación se define como la pérdida hemática transvaginal espontánea y periódica, resultado de la descamación endometrial después de la ovulación.

Intervalo usual entre los períodos menstruales 24 a 32 días; la duración de 3 a 7 días; la cantidad de 33 ml a 80 ml, durante los dos primeros días se elimina el 78% de la sangre menstrual total. (1) (7)

Al valorar una hemorragia anormal, el primer problema es identificar causa orgánica o anatómica, y si el ciclo es ovulatorio.

Se define como sangrado uterino anormal, cualquier alteración en las características normales de la menstruación; la hemorragia uterina anormal puede presentarse como una complicación del embarazo como son: Embarazo ectópico, enfermedades del trofoblasto o por alguna otra lesión del útero u ovario, así también como por alteraciones metabólicas, enfermedades sistémicas o excreción de hormonas involucradas en la regulación del ciclo menstrual. (8)

Distinguimos dos tipos fundamentales de HUA:

Cíclicas

Hemorragia uterina anormal

Acíclicas

Las hemorragias cíclicas: Comprenden las pérdidas sanguíneas que ocurren coincidiendo con la menstruación y difieren de aquélla por su duración, intensidad o ambas.(3)

Las hemorragias cíclicas:

- Intervalo: Menor de 21 días - proiomenorrea.
Mayor de 40 días - opsomenorrea.
- Cantidad: Excesiva - polimenorrea.
Escasa - oligomenorrea.
- Duración: Mayor de 8 días - Hipermenorrea.
Menor de 2 días - Hipomenorrea. (8)

Las hemorragias acíclicas: Implican que los episodios de hemorragia no tienen un ritmo o patrón regular y no son predecibles.

Las metrorragias: Son hemorragias irregulares o continuas, de intensidad variable que hace perder el carácter cíclico de la hemorragia menstrual normal.

Las hemorragias intermenstruales: Aparecen entre menstruaciones anormales.(3)

Las causas capaces de producir hemorragia uterina o vaginales son numerosas, podemos agruparlas de la siguiente forma:

- A. Lesiones locales o genitales.
- 1.- Tumores malignos de cuello y cuerpo.
 - 2.- Tumores benignos: En este grupo se incluyen leiomiomas uterinos, pólipos cervicales o endometriales.
 - 3.- Eversión cervical, cervicitis, condilomas acuminados, lesiones vaginales, traumatismos vaginales, intentos de aborto, lesión postcoito, infecciones, cuerpos extraños, pesarios, tampones vaginales, adherencias vaginales, vaginitis atrófica.
 - 4.- Hemorragias de otras localizaciones, vías uterinas y uretra, carunculo uretral, divertículo infectado.
 - 5.- Aparato digestivo y recto.
 - 6.- Genitales externos: Várices labiales, condilomas, traumatismos, neoplasias benignas y malignas, infecciones. (1)(3)

B. Enfermedades generales.

- 1.- Ciertos trastornos de la coagulación.
- 2.- Una cardiopatía descompensada y afección pulmonar crónica.
- 3.- Hipertensión y cirrosis.

Hemorragias disfuncionales:

Se define como pérdidas sanguíneas de la cavidad corporal del útero, sin lesiones orgánicas responsables de dicha hemorragia y que se produce por alteraciones locales o generales que perturba la regulación neuroendócrina de la función menstrual. (3)

La hemorragia uterina disfuncional afecta al 10-15% de las pacientes ginecológicas y ocurre con mayor frecuencia en adolescentes. El 95% de los casos es producto de la lenta maduración del eje hipotálamo - hipófisis - ovario. (7)

La importancia de la hemorragia uterina disfuncional es responsable en 17.4% de las hospitalizaciones, 9 casos son reportados en resultados de patología Ober y Cols. (1954) y Waschke (1956). En el 70 a 80% de los casos de hemorragia uterina disfuncional muestra un endometrio proliferativo simple hiperplásico en grado variable; entre 15 a 20% se observa un endometrio secretor. (3)

Conducta ante una hemorragia genital:

El realizar una historia clínica detallada podemos recabar muchos datos de interés como son la edad de la paciente para saber en qué etapa de la vida se encuentra, ya que la presencia de sangrado uterino anormal se presenta con diferentes etiologías en etapa premenarquica, adolescencia, edad reproductiva, perimenopausica, y postmenopausica. Los antecedentes heredo familiares de coagulopatías, de enfermedades sistémicas antecedentes ginecológicos completos, así como los obstétricos, ciclos menstruales, terapia con hormonales (esteroides), antecedentes de radioterapia, cirugía. (8)

Exploración física completa si es necesario con ayuda de otro especialista, sin omitir los cuatro pasos básicos: Inspección, palpación, percusión y auscultación.

Exploración genital detallada de genitales externos e internos, realizando una buena espejuloscopía, colposcopía si es necesario de vagina y cuello, sin olvidar la citología de la misma. El tacto vaginoabdominal y rectovaginal que permite detectar con cierta facilidad gran parte de la patología del útero y ovario.

La biopsia de cavidad uterina es un procedimiento diagnóstico obligado ante una hemorragia genital, la ecosonografía en un estudio de gabinete muy útil para detección de tumores pélvicos. (3)(2)

Estudios realizados por Borthaiser, sobre el ultrasonido transvaginal en pacientes con metrorragia, encontraron que un engrosamiento más de 10 mm en 61 pacientes, encontraron 6 casos de adenocarcinomas. (10)

Goldstein en 1994, realizó un estudio mediante el cual utilizó o instaló un fluido endometrial con ayuda de USG para detección de anomalías anatómicas en 21 pacientes de 40 a 52 años con sangrado uterino irregular, instalando un catéter intrauterino mediante el cual pasaba sol. salina, posteriormente se realizó USG directo, el cual logró detectar en 8 pacientes pólipos, 3 pacientes con miomas submucosos, y en 9 pacientes no se encontró nada de lesiones anatómicas; una paciente mostró engrosamiento endometrial. (11)

La histerografía es de utilidad en los casos de miomas submucosos, pólipos, adenomiosis; la histeroscopia permite visualizar la cavidad uterina e identificar la presencia de un carcinoma de endometrio así como adherencias, tabiques, etc. (2)(3)

Además de lo anterior se debe solicitar exámenes de laboratorio como son: Biometría hemática, con plaquetas, tiempos de coagulación, pruebas diagnósticas de embarazo así como para detectar enfermedades sistémicas.

Fletcher R. en 1993 reportó un caso de una paciente de 57 años sin antecedentes hereditarios de coagulopatías o discrasias sanguíneas la cual se encontró deficiencia del factor VII, además de Dm II y adenocarcinoma del útero en su estancia intrahospitalaria. (12)

Las pruebas de valoración hormonal como son CTB y examen de moco cervical, FSH, LH, prolactina, pruebas de función tiroidea, así como de función suprarrenal, sin olvidar estrógenos y progesterona. (8)

Por último el examen histopatológico del endometrio mediante biopsia o legrado biopsia.

Estudios realizados por Kazadi-Buanga en legrados uterinos por hemorragia uterina, reportó 53.8% disfuncional, 20.0% hiperplasia, 5.5% maligna, 20.5% no clasificada como rara, realizado en 275 mujeres perimenopausicas. (13)

Tratamiento:

El tratamiento va encaminado a la causa del sangrado vaginal, el objetivo principal es cohibir la hemorragia, regular el ciclo y corregir la anemia. (3)(2)(5)

Cohibir la hemorragia; Puede realizarse mediante tratamiento hormonal o quirúrgico.

Tratamiento hormonal: Puede utilizarse estrógenos o progesterona solos o combinados, el tratamiento con estrógenos esta indicado cuando en endometrio es atrófico, se emplea etinil estradiol a dosis de 0.5 a 1m/día, vía oral hasta conseguir el detenerla, después 0.05 a 0.1 mg durante 14 días.

Progestagenos 10 a 15 mg hasta corregir hemorragia posteriormente 10 mg hasta completar 14 días, se puede realizar una combinación de estos dos. (3)

Tratamiento quirúrgico: El legrado del útero es un método eficaz para detener la hemorragia de forma rápida y proporciona además abundante material para estudio histopatológico. (3)

La histerectomía está indicada cuando el tratamiento hormonal fracasa en mujeres de cierta edad que han completado sus deseos genésicos. (5)

En caso de sangrado de causa no uterina, su tratamiento va encaminado a la causa del sangrado.

HIPOTESIS

HIPOTESIS VERDADERA:

El diagnóstico clínico inicial en pacientes que son internadas en el H.G.R. No. 36 por sangrado genital anormal, se correlaciona en muchas ocasiones con el diagnóstico final y es justificado su internamiento.

HIPOTESIS NULA:

El diagnóstico clínico inicial en pacientes que son internadas en el H.G.R. No. 36 por sangrado genital anormal, no se correlaciona en muchas ocasiones con el diagnóstico final y es injustificado su internamiento.

MATERIAL Y METODOS

a) **Universo de Trabajo:** Todas las pacientes mayores de 14 años que sean internadas por sangrado genital en el H.G.R. No. 36 y sean captadas por este investigador, en un período comprendido del 1 de noviembre de 1994 al 15 de octubre de 1995.

b) **Criterios de Selección:**

- De inclusión: Se incluirán todas las pacientes mayores de 14 años con vida sexual activa o sin ella, que sean internadas por sangrado vaginal de causa uterina o no uterina y sean captadas por el investigador.

- De exclusión: Todas las pacientes mayores de 14 años que sean internadas por sangrado genital y no sean captadas por el investigador, así como aquellas con embarazo de más de 20 semanas y sangrado genital.

- De eliminación: Todas las pacientes de cualquier edad que no presente sangrado genital, así como aquellas con sangrado genital post parto y post cesárea.

c) **Tipos de estudio:** El estudio que se realiza es de tipo prospectivo, longitudinal, observacional, descriptivo.

d) **Metodología:** El presente estudio se lleva a cabo y se desarrolla en el H.G.R. No. 36 localizado en 10 poniente y 27 norte. San Alejandro, Puebla, Pue.

Se analizará el expediente clínico, observando la edad de la paciente, nombre, afiliación, gestas, paras, cesáreas y abortos, así como el diagnóstico inicial con el cual fue internada, posteriormente se realizará un seguimiento sobre que estudios paraclínicos que

son solicitados, se captará los días de estancia, la intensidad del sangrado, y por último el diagnóstico de egreso, y si coincide con el diagnóstico final.

- Las pacientes serán captadas en el servicio de labor, hospitalización, además de consultar los expedientes en archivo clínico.

- Las variables se anotan en hoja de captación de datos que se anexa a dicha hoja.

- Los resultados se expondrán en número de casos y porcentajes así como análisis estadísticos del rango, mediana y moda.

e) Aspectos éticos: Esta investigación no pone en peligro la integridad biopsicosocial de las personas en estudio.

d) Recursos humanos: Financieros y físicos:
Los recursos materiales, tecnológicos y humanos serán de la propia institución: Hospital General Regional No. 36 I.M.S.S. Ciudad de Puebla.

NOMBRE	EDAD	AFILIACION	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTUDIOS SOLICITADOS	DIAS DE ESTANCIA	DIAGNOSTICO DE EGRESO	CORRELACION DIAGNOSTICA	INTENSIDAD - DEL SANGRADO

RESULTADOS

- Cumpliendo con los requisitos mencionados en material y métodos, se captaron 400 pacientes en un período comprendido del 1 de noviembre de 1994 al 15 de octubre de 1995.
- Los grupos de edad fueron los siguientes:
La edad de 14 a 70 años con un rango de clase de 6; una media 31.9, mediana de 61.7; y moda de 30.8. (Tabla I).

Tabla I
E D A D

Edad	Casos	%
14 - 20	31	7.7
21 - 30	171	42.7
31 - 40	115	28.7
41- 50	62	15.5
51 - 60	20	5
61 - 70	1	0.25
Total	400	100

- Paridad de las pacientes: de las 400 pacientes captadas con sangrado genital anormal, nuligestas no fue captada ninguna, primigestas 60 (15%), secundigestas 140 (35%), trigestas 100 (25%), multigestas 100 (25%).
Tabla II.

Tabla II
ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Paridad	Casos	%
Primigestas	60	15
Secundigestas	140	35
Trigestas	100	25
Multigestas	100	25
Total	400	100

- Etiología: De las 400 pacientes que ingresaron al hospital, los diagnósticos de ingreso fueron, amenaza de aborto 140 (35%), aborto incompleto 80 (20%), aborto en evolución 24 (6%), aborto inevitable 6 (1.5%), sangrado uterino anormal 90 (22.5%), sangrado uterino disfuncional 60 (15%).
Tabla III.

Tabla III
ETIOLOGIA

Diagnóstico de Ingreso	Casos	%
Amenaza de aborto	140	35
Aborto incompleto	80	20
Aborto en evolución	24	6
Aborto inevitable	6	1.5
Sangrado uterino anormal	90	22.5
Sangrado uterino disfuncional	60	15
Total	400	100.00

- Días de estancia: 229 pacientes permanecieron 1 día (57.1%), 117 permanecieron 2 días (29.2%), 42 permanecieron 3 días (10.5%), y 12 pacientes permanecieron 4 días o más (3%). (Tabla IV).

Tabla IV
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

Días	Pacientes	%
1	229	57.1
2	117	29.2
3	42	10.5
4 ó más	12	3
Total	400	100.00

- Se analizaron los diagnósticos de ingreso así como los diagnósticos de egreso y su correlación clínica, de las 400 pacientes que ingresaron al hospital y sus diagnósticos, tuvo un margen de error de 13.5%.

- Se revisó la intensidad del sangrado encontrando que 300 pacientes presentaron sangrado leve (75%), 68 pacientes presentaron sangrado moderado (17%), 32 pacientes presentaron sangrado abundante (8%).
Tabla V.

Tabla V
INTENSIDAD DEL SANGRADO

Sangrado	Casos	%
Leve	300	75
Moderado	68	17
Severo	32	8
Total	400	100

- Sangrado genital y embarazo
Amenaza de aborto: Embarazo de 5 a 8 semanas 30 pacientes (21.4%), de 9 a 12 semanas 60 pacientes (42.8%), de 13 a 15 semanas 20 pacientes, (14.2%), de 16 a 19 semanas 5 (3.5%).
Tabla VI.

Tabla VI
SANGRADO GENITAL Y EMBARAZO
AMENAZA DE ABORTO

Semanas de gestación	Casos	%
5 - 8	30	21.4
9 - 12	60	42.8
13 - 15	20	14.2
16 - 19	25	17.8
20	5	3.5
Total	140	100.00

- Aborto incompleto: Embarazo de 5 a 8 semanas 6 pacientes (7.5%), de 9 a 12 semanas 45 pacientes (56.2%), de 13 a 15 semanas 14 (17.5%), de 16 a 19 semanas 13 pacientes (16.2%), de 20 semanas 2 pacientes (2.5%).
Tabla VII:

Tabla VII
SANGRADO GENITAL Y EMBARAZO
ABORTO INCOMPLETO

Semanas de gestación	Casos	%
5 - 8	6	7.5
9 - 12	45	56.2
13 - 15	14	17.5
16 - 19	13	16.2
20	2	2.5
Total	80	100.00

- Aborto en evolución: Embarazo de 5 - 8 semanas 0, de 9 a 12 semanas 4 pacientes (16.6%), de 13 a 15 semanas 9 pacientes (37.5%), de 16 a 19 semanas 10 pacientes (41.6%), de 20 semanas 1 paciente (4.1%) (Tabla VIII).

Tabla VIII
SANGRADO GENITAL Y EMBARAZO
ABORTO EN EVOLUCION

Semanas de embarazo	Casos	%
5 - 8	0	0
9 - 12	4	16.6
13 - 15	9	37.5
16 - 19	10	41.6
20	1	4.1
Total	24	100.00

- Aborto inevitable: De 5-8 semanas 0 pacientes, de 9 a 12 semanas 0 pacientes, de 13-15 semanas 2 pacientes (33.3%), de 16-19 semanas 4 pacientes (66.6%), 20 semanas 0. (Tabla IX).

Tabla IX
SANGRADO GENITAL Y EMBARAZO
ABORTO INEVITABLE

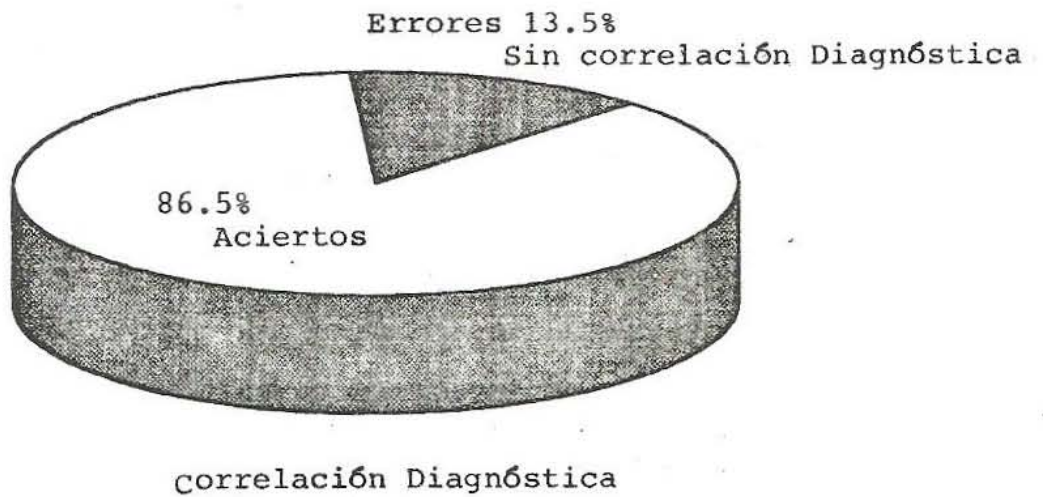
Semanas de gestación	Casos	%
5 - 8	0	0
9 - 12	0	0
13 - 15	2	33.3
16 - 19	4	66.6
20	0	0
Total	6	100.00

- Se analizaron además cuantos exámenes de laboratorio fueron realizados y son los siguientes: Biometría hemática completa 150, examen general de orina 136, química sanguínea 140, TP y TPT 100, ultrasonografía 160, fracción beta de HGC 20, urocultivo 5, Na y K2.

Grafica 1

SANGRADO GENITAL ANORMAL

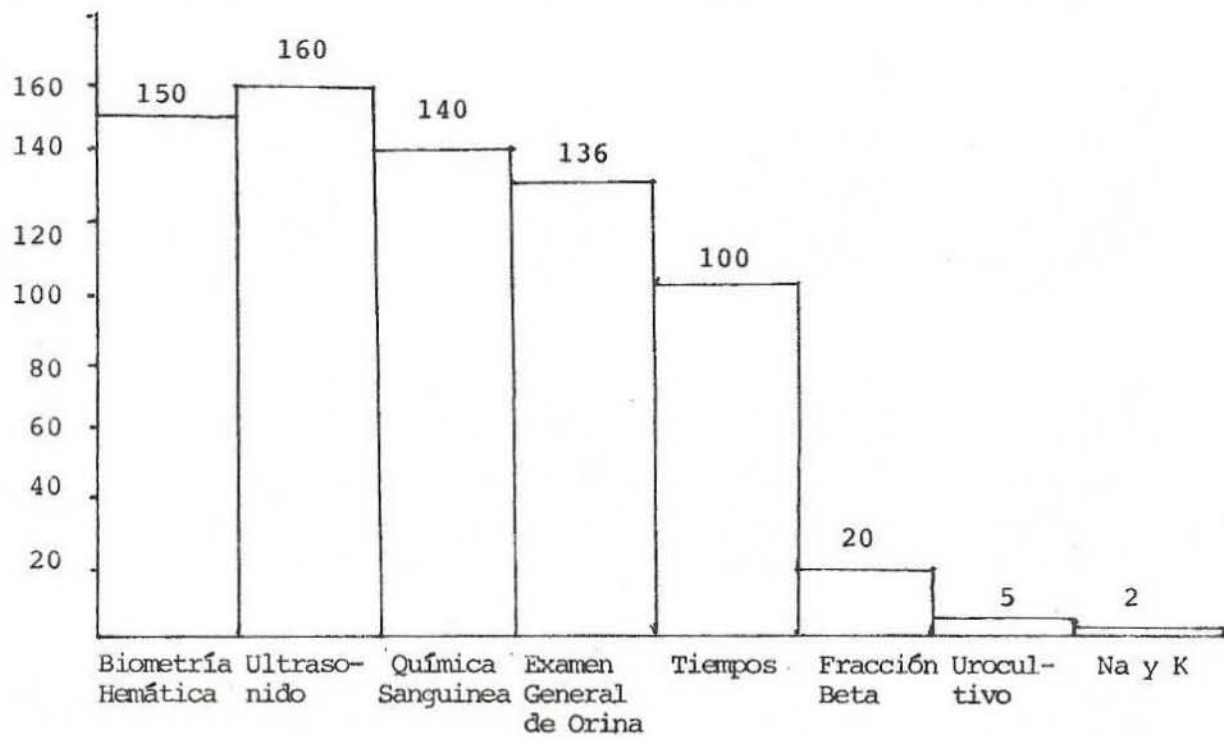
CORRELACION DIAGNOSTICA



Gráfica 2

SANGRADO GENITAL ANORMAL Y ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

No. de Exámenes
Realizados



EXAMENES SOLICITADOS

DISCUSION

1. El sangrado genital anormal se presenta con más frecuencia en los grupos de edad de 21 a 30 años, con una media de 31.9 y una moda de 30.8.
2. La paridad juega un papel muy importante, ya que el sangrado genital es más frecuente en pacientes secundigestas y multigestas.
3. Alteraciones en el embarazo pueden ocasionar que se presente sangrado genital, además las amenazas de aborto 35%, así como sangrados uterinos anormales 22.5% ocupan las principales patologías que pueden cursar con sangrado genital.
4. Los días de estancia en promedio para sangrado genital es de 1, por lo que las pacientes que ingresan al hospital pronto es resuelto su problema, no así las pacientes que presentan amenaza de aborto ya que necesita ser bien estudiadas, además el reposo que guardan al estar hospitalizadas influye para la resolución de su problema.
5. Existe un margen de error del 13.5% lo cual es aceptable, ya que como se mencionó anteriormente es difícil establecer un diagnóstico, preciso en el primer contacto con la paciente, sin embargo conociendo que las principales causas de sangrado genital es por amenaza de aborto y sangrado uterino anormal, servirá de apoyo para, posteriormente analizar y dar un diagnóstico más preciso.
6. En cuanto a el sangrado genital secundario a alteraciones en el embarazo, se visualiza que la mayor parte de las pacientes que presentan esta patología se encuentra en el primer trimestre de la gestación.
7. En cuanto a los exámenes solicitados es aceptable para apoyar el diagnóstico emitido, es más se cumple con el protocolo para estudio de sangrado genital anormal.

De los resultados obtenidos en este trabajo podemos decir que la correlación clínica diagnóstica de sangrado genital como causa de internamiento en las pacientes que ingresan a este hospital por esta entidad, no difiere en muchos el diagnóstico de ingreso y egreso.

BIBLIOGRAFÍAS

- 1.- Novak E. Tratado de Ginecología. Editorial Interamericana; 11 edición, 1991 pag. 333-347.
- 2.- N. D. Dandforth Tratado de Obstetricia y Ginecología. "Sangrado uterino anormal". Editorial Interamericana, 4ta. edición, 1986. Pag. 863-901.
- 3.- J. González M: Ginecología "Hemorragia uterina anormal" Masson, Salvat; 5 ed. 1988. Pag. 174-180.
- 4.- Benson R. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico "Hemorragia uterina anormal" Editorial Manual Moderno. 5 ed. 1989. pag. 622-628.
- 5.- Te Linde Ginecología operatoria "Miomatosis uterina" Editorial Ateneo, 6 ed. 1990. pag. 172-186.
- 6.- H. Jane Chihal Clínicas de ginecología y obstetricia "Transtornos del ciclo menstrual", Editorial Interamericana. Vol. 2. 1990.
- 7.- S. Paige H. Clínicas de Ginecología y Obstetricia "Temas actuales de hemorragia uterina disfuncional". Editorial Interamericana, Vol. I. 1992, Pag. 137-157.
- 8.- Schnatz. T. en Gynecology and obstetrics, The Health Care of Women editor S.L. Romery et al isr edition, Mac Graw Hill Book Company, capítulo 13. pag. 184-192. 1975.
- 9.- Bitri M. Dysfunctional uterine bleeding in adolescents 63 casos. "Tunis Med. 1993. Nov. 71. Pag. 513-516.
- 10.- Pal-A Borthaiser Experience with transvaginal ultrasonic examination in patients with metrorrhagia. Orv-hetil 1994. Jun. 12;135. Pag. 1305-7
- 11.- Goldstein Use of ultrasonohysterography for triage of perimenopausal patients with unexplained uterine bleeding. Am-J. Obstet-Gynecol 1994. feb 170 (2) pag. 565-70.
- 12.- Hisrhberg Case report of factor VII deficiency. Am-J. Emerg Med 1993 Nov. 11 (6) pag. 600-1.

- 13.- Kazadi-Buanga Etiologic study of 275 cases of endo-uterine hemorrhage by uterine curettage. Rev-Fr. Gynecol-obstet. 1994. Mar; 89 (3) pag. 129-33
- 14.- Zárate Trevino. Ginecología "Sangrado Genital Anormal". Editorial Francisco Méndez Cervantes. 2a. edición, 1985. pag. 219-245.
- 15.- Castelazo A. Procedimientos en Obstetricia "Aborto" IMSS 1994. Pag. 49-66.
- 16.- Castelazo A. Procedimientos en Ginecología "Hemorragia uterina disfuncional" IMSS. 1989. Pag. 90-93.
- 17.- Robbins. Patología estructural y funcional "Aparato Genital Femenino. Descamación irregular de endometrio" Editorial Interamericana 6 edición 1989, pag. 1177-1185.
- 18.- Gillet Jy. Memometrorrhagias of benign origin in the perimenopausal period.
Contracept fertil sex 1993 Dec; 21(12):887-90
- 19.- Ewen -SP Menorrhagia despite total absence of endometrium Br J - Obstet-Gynaecol 1993 sep; 100(9): 866.
- 20.- Prilepsi Dysfunctional uterine hemorrhages in the climacteric.
Am-J Emrg Med 1994 Dec: 12 (3) pag. 343-355.

Al DR. HECTOR HERNANDEZ ESCOBAR

RESIDENTE 2o. GINECO OBST.

Presente:

Del DR. MANUEL GARZON LAZCANO.

Ref. 6061/120

Fecha 21 nov. 1994

Asunto: PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

Por éste medio le comunicamos que su protocolo de investigación titulado "CORRELACION CLINICA Y DIAGNOSTICA INICIAL Y FINAL DE SANGRADO GENITAL COMO CAUSA DE INTERNAMIENTO EN EL HGR No. 36 IMSS Pue.," con asesoramiento del Dr. Guillermo Madrid Casas, Médico Base Gineco-Obst HGR No. 36 Puebla, fué revisado y aprobado para su realización por el Comité de Investigación de éste Hospital quedando registrado con el Núm. L-94-411-82.

A partir de la fecha arriba anotada en tres meses se le solicitará información sobre el desarrollo de su trabajo.

Atentamente.
"SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL"

DR. MANUEL GARZON LAZCANO.
JEFE DIVISION EDUC. MEDICA
HGR No. 36 PUEBLA.

HOS. GENERAL REGIONAL
NO. 36 PUEBLA



I. M. S. S.
JEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVEST.

