

HEMORRAGIAS GENITALES

CONCEPTOS GENERALES

El sangrado vaginal es un motivo de consulta frecuente en urgencias, y puede representar desde un hemorragia grave que amenaza la vida de la paciente hasta un periodo normal en una paciente ansiosa.

- **Menorragia:** Sangrado menstrual **CÍCLICO** pero con **EXCESIVA** cantidad y/o duración. Clínicamente se define como pérdidas > 80mL o duración >7 días.
- **Metrorragia:** Sangrado, generalmente **NO EXCESIVO** que ocurre en intervalos **IRREGULARES**.
- **Polimenorrea:** Sangrados **FRECUENTES** pero **REGULARES** a intervalos < de 21 días.
- **Oligomenorrea:** Episodios de sangrado, **INFRECUENTES, IRREGULARES**, que ocurren a intervalos > 40 días.

ETIOLOGÍA

Sus causas son múltiples y diferentes según la edad de la paciente.

- Según el origen del sangrado: vulva, vagina, cérvix, cavidad uterina, ano, uretra o vejiga.
- Hemorragias en relación con el embarazo:
 - Primer trimestre: amenaza de aborto, aborto, gestación ectópica, mola.
 - Segundo y tercer trimestre: desprendimiento de placenta, placenta previa.
- Las hemorragias uterinas funcionales son las más frecuentes pero nunca podremos olvidar la posibilidad de un origen orgánico de las mismas.

Hemorragias Orgánicas

- Traumatismo genitales: coito, desgarros.
- Patología inflamatoria cervical.
- Pólipos cervicales.
- Cáncer de cuello uterino.
- Mioma uterino.
- Atrofia endometrial.
- Pólipos endometriales
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Endometriosis, adenometrio.
- Adenocarcinoma de endometrio.
- Sarcoma corporal.
- Tumores funcionales del ovario.
- DIU.
- Yatrogenia: THS, ACO, anticoagulantes.
- Relacionadas con la gestación.
- **Causas generales:** enfermedades crónicas, hemopatías, endocrinopatías.

Hemorragias Funcionales

- Pubertad.

- Edad reproductiva.
- Perimenopausia.
- Postmenopausia.

DIAGNÓSTICO

Historia clínica

- Antecedentes familiares y personales que estén relacionados con las causas de hemorragia: FUR, fórmula menstrual y obstétrica.
- Duración, patrón e intensidad del sangrado.
- Métodos anticonceptivos, THS, fármacos que alteran la coagulación.
- Establecer si la paciente es de riesgo elevado para el desarrollo de un adenocarcinoma de endometrio (diabetes, obesidad, HTA, hirsutismo, nuliparidad,...).

Exploración ginecológica

Debe ser cuidadosa para detectar causas orgánicas.

- Inspección de genitales externos.
- Exploración vaginal y cérvix con espejulo.
- Citología vaginal.
- Tacto bimanual, útero y anexos.
- Descartar sangrado uretral y/o rectorragia.

Pruebas de laboratorio

- Hemograma con fórmula y recuento leucocitarios.
- Bioquímica sanguínea con función hepática y renal.
- Estudio de coagulación.
- Test de gestación: en toda paciente en edad fértil hay que descartar una posible gestación.

Estudio hormonal: FSH, LH, prolactina, testosterona, progesterona, E2 y TSH para establecer el diagnóstico etiológico.

Ecografía vaginal

Es una prueba inocua que no se debe omitir, aunque generalmente se puede programar sin urgencia. Permite: determinar la estructura del miometrio y la localización de los miomas que pueden justificar los sangrados, confirmar la presencia de tumores ováricos, y valorar el aspecto endometrial, su grosor y sospechar lesiones estructurales.

Estudio endometrial

Histerosonografía, biopsia endometrial, histeroscopia..., pero no se realizarán de urgencias.

TRATAMIENTO

En el caso de hemorragia grave con inestabilidad hemodinámica se procede como en cualquier sangrado masivo (ver otros protocolos). En el resto se buscará el tratamiento etiológico, que corresponderá al ginecólogo.