

|                                  |                            |                     |
|----------------------------------|----------------------------|---------------------|
| TÍTOL DOCUMENT:                  | <b>SAGNAT UTERÍ ANÒMAL</b> |                     |
| TIPUS DOCUMENT:                  | PROTOCOL MÈDIC             |                     |
| CODI DOCUMENT: <b>GIN-PM-101</b> | Estàndard:                 | Pàgina núm. 1 de 24 |

QUA-IM-004.Rev.07

## GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

**Periodicitat de revisió: 5 anys****Responsable revisió:** Lourdes Guri Arque; Alba Garcia Garcia

| REVISIÓ | DATA REVISIÓ | DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS | AUTORS                                    | VALIDAT PER    | DATA VALIDACIÓ |
|---------|--------------|---------------------------------|---|----------------|----------------|
| 01      | Maig 2022    | Elaboració del document         | Lourdes Guri Arque;<br>Alba Garcia Garcia | Sessió clínica | 9/05/2022      |
|         |              |                                 |   |                |                |
|         |              |                                 |   |                |                |

## DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

| DESTINATARI        |
|--------------------|
| Intranet           |
| Servei ginecologia |
| Servei obstetrícia |

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

## 1. INTRODUCCIÓ

El sagnat uterí anòmal (SUA) és un motiu freqüent de consulta tant de manera ambulatoria com a urgències i afecta a un 14-25% de les dones en edat reproductiva amb un impacte significatiu en els aspectes físics, socials, emocionals i psicològics de la qualitat de vida de les pacients(1)(2)(3). Juntament amb l'impacte directe sobre la pacient i el seu voltant, existeixen costos econòmics significatius. Un estudi dels EEUU va informar de pèrdues de més de 2000\$ per pacient per any.(3)

Aquesta entitat resulta més freqüent en els primers anys després de la menarquia, amb una prevalença entre les adolescents d'un 12.1-37% i interfereix amb el rendiment escolar(4). També té una major prevalença durant la fase perimenopàusica, on els cicles mensuals s'escurcen, sovint amb cicles anovulatoris i irregulars. El patró irregular de sagnat és en part degut als anomenats "esdeveniments lutis fora de fase" o LOOP, que es caracteritzen per que el pic d'estradiol de meitat de cicle és seguit per un segon o tercer pic més elevats. S'estima que fins un terç dels cicles durant la transició menopàusica tenen característiques de LOOP. L'augment de la freqüència dels cicles anovulatoris i, per tant, l'exposició de l'endometri a estrògens sense oposició augmenta el risc d'hiperplàsia endometrial i carcinoma endometrial en dones amb sagnat uterí anòmal(2).

## 2. DEFINICIÓ

La Federació Internacional de Ginecologia i Obstetrícia (FIGO), a través del Grup de Treball de Trastorns Menstruals, va redefinir al 2011 el sagnat uterí anòmal per tal d'estandarditzar les definicions i facilitar la investigació i comparació de poblacions i així millorar l'atenció basada en l'evidència. Va proposar l'abandonament de termes com menorràgia, metrorràgia, oligomenorrea, polimenorrea, hipermenorrea o sagnat uterí disfuncional, ja que eren utilitzats per definir tant símptomes com signes i diagnòstics, provocant confusió en la interpretació de la literatura(2)(3)(5).

El sistema 1 de la FIGO determina les característiques del sagnat uterí normal i defineix el sagnat uterí anòmal com la desviació en el cicle menstrual tant en freqüència, regularitat, duració o volum fora de l'embaràs(6).

El sistema 2 de la FIGO determina les possibles causes de SUA i les classifica en el sistema PALM-COEIN.

### SISTEMA 1 FIGO: PATRÓ DE SAGNAT NORMAL I DEFINICIÓ DE SUA

Els quatre paràmetres utilitzats per definir el sagnat uterí normal són(2):

- Freqüència:
  - Absent: amenorrea
  - **Normal: cicles de 24-38 dies**
  - Freqüent: cicles de <38 dies
  - Infreqüent: cicles de >38 dies

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

- Regularitat: Variació de dies entre el cicle més curt i el més llarg. La normalitat es defineix de manera generalitzada en **7-9 dies**. No obstant, aquesta varia lleugerament depenent de l'edat de la pacient:
  - 18-25 anys: variacions de cicle  $\leq 9$  dies
  - 26-41 anys: variacions de cicle  $\leq 7$  dies
  - 42-45 anys: variacions de cicle  $\leq 9$  diesEn edats  $<18$  i  $>45$  anys la freqüència de cicles anovulatoris i impredecibles és major, de manera que resulta difícil definir la regularitat normals en aquestes poblacions(5).
- Duració:
  - **Normal: 4-8 dies**
  - Prolongat:  $>8$  diesNo hi ha límit inferior ja que no s'han associat patologies amb períodes curts i no s'ha consensuat un límit inferior de la normalitat per la duració de la menstruació(5).
- Volum:
  - **Normal: 5-80mL**
  - Abundant:  $> 80$  mL
  - Escàs:  $< 5$  mL

El sagnat uterí anòmal (SUA o AUB, *abnormal uterine bleeding*) es defineix, per tant, com qualsevol variació en freqüència, regularitat, duració o volum respecte el sagnat uterí normal.

Pel que fa al volum, tant el Royal College of Obstetricians and Gynecologist (RCOG) com l'American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) defensen la definició centrada en la pacient. De manera que es considera Sagnat Menstrual Abundant (SMA o *HMB, Heavy menstrual bleeding*) la pèrdua excessiva de sang menstrual que interfereix amb la qualitat de vida física, emocional, social i material de la pacient. Les mesures objectives de volum es reserven pels estudis d'investigació(2)(3)(5).

Al 2018 la FIGO va incloure a la definició el **sagnat intermenstrual** (IMB, *intermenstrual bleeding*), que es defineix com a sagnat uterí anòmal que es dona entre dos cicles menstruals ben definits(5)(6). El sagnat intermenstrual pot ser cíclic amb sagnat predictable, que es pot donar en la fase fol·licular (inicial), en mig del cicle o a la fase lútea (tardà), o pot ser acíclic i no predictable(5).

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

El sagnat uterí anòmal també es pot dividir en agut o crònic(5)(6)(7):

- **SUA crònic:** Irregularitats en el sagnat menstrual durant la major part dels 6 mesos anteriors.
- **SUA agut:** Episodi de sagnat excessiu que requereix d'actuació immediata per evitar una major pèrdua de sang. El SUA agut pot donar-se de manera aïllada o en el context de SUA crònic.

**SISTEMA 2 FIGO: PALM - COEIN**

El Grup de Treball de Trastorns Menstruals de la FIGO va proposar un sistema de classificació i terminologia estandarditzada per les etiologies del sagnat uterí anòmal utilitzant l'acrònim PALM-COEIN, que ha estat recolzat per l'American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG)(7). Amb aquest sistema les etiologies del sagnat uterí anòmal es classifiquen com:

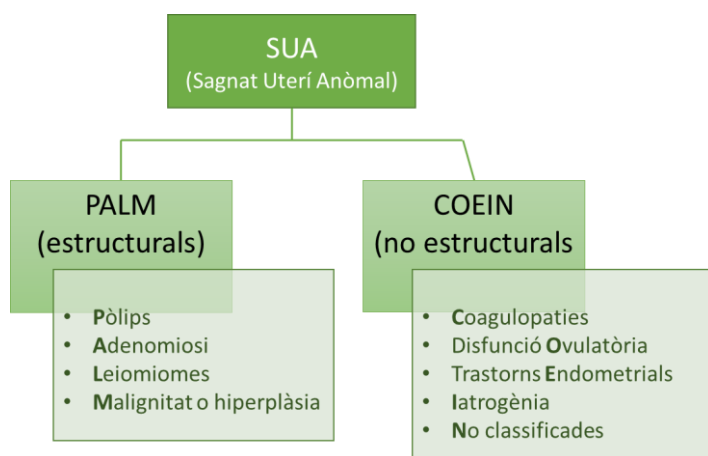
- Relacionades amb anomalies estructurals uterines (PALM): són detectables per tècniques d'imatge o per histopatologia
  - **P**òlips
  - **A**denomiosi
  - **L**eiomiomes
  - **M**alignitat o hiperplàsia
- No relacionades amb anomalies estructurals (COEIN):
  - **C**oagulopaties: fins el 13% de les dones amb SUA tenen alguna variant de la malaltia de Von Willebrand i fins el 20% poden tenir un trastorn de la coagulació subjacent(7).
  - Disfunció **O**vulatòria: disfunció en l'eix hipotàlem-hipòfisi-ovari, que es presenta típicament com amenorrea o canvis en la duració del cicle menstrual i/o en el volum del sagnat. És més freqüent en els extrems de l'edat reproductiva. També es relaciona amb endocrinopaties com la síndrome d'ovari poliquístic, la hiperprolactinèmia o l'hipotiroïdisme.
  - Trastorns **E**ndometrials: dins aquesta categoria s'inclouen alteracions inflamatòries o infeccioses de l'endometri, com l'endometritis.
  - **I**atrogènia
  - **N**o classificades: s'inclouen entitats com la malaltia inflamatòria pèlvica, la malaltia hepàtica crònica, l'itsmocele o la cervicitis.(6)

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

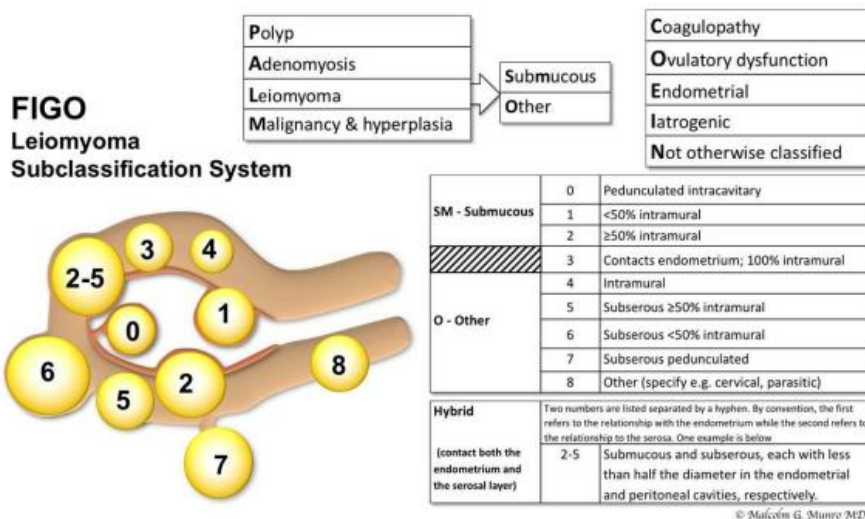
## PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL

QUA-IM-004. Rev.07



**Figura 1:** Classificació de la FIGO per les causes de sagnat uterí anòmal, sistema PALM-COEIN.

Dins dels leiomiomes es proposa una subclassificació que consta de tres passos. En un primer pas només es defineix la presència o absència d'un o més miomes detectats per ecografia. En el segon pas es diferencia entre miomes submucosos, els quals són els que es consideren més relacionats amb el SUA, i els que no ho són. Finalment, es classifiquen els miomes en 9 subgrups segons la seva localització i relació amb la mucosa i la serosa uterina.(5)(8)



**Figura 2:** Esquema on es representa la subclassificació dels leiomiomes. A destacar el canvi de la FIGO de 2018 on van incloure els miomes tipus 3 dins els miomes submucosos. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, Haththotuwa R, Kriplani A, Bahamondes L, et al. *The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions.* Int J Gynecol Obstet. 2018;143(3):393-408.

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

En el sistema FIGO de 2018 el sagnat uterí anòmal secundari a anticoagulants ha passat de la categoria de coagulopatia a la categoria de iatrogènia(6). També s'inclouen a l'apartat de iatrogènia els fàrmacs que interfereixen amb l'ovulació, que anteriorment es classificaven en disfunció ovulatòria (9).

La causa més freqüent de sagnat uterí anòmal són els trastorns ovulatoris (57.7%). De les causes estructurals, el pòlip és la patologia més freqüent (16.2%), seguit del mioma (12%) i de l'adenomiosi (4.9%).(1)

Una mateixa pacient pot presentar una o més causes de sagnat uterí anòmal o presentar alguna alteració (adenomiosi, leiomiomes) que poden ser asimptomàtiques i no influir en els símptomes(8).

### 3. DIAGNÒSTIC

#### 1 HISTÒRIA CLÍNICA

El pas inicial del diagnòstic del SUA és la realització d'una adequada i completa anamnesi (NE: Iib-B)(1)(10). És important tenir en compte factors com l'edat (ja que és més freqüent en l'adolescència i la perimenopausia), l'obesitat, la multiparitat o el baix nivell socioeconòmic.

L'anamnesi ha d'incloure(2):

- Característiques del cicle menstrual:
  - **Duració** del cicle
  - **Variabilitat**
  - **Volum** de les pèrdues. Cal fer una aproximació segons la informació que podem obtenir de la pacient, com la taxa de canvi de compreses durant els dies de més sagnat, la necessitat de canviar-se durant la nit o la presència i la mida de coàguls.
- Impacte dels símptomes en la qualitat de vida de la pacient
- Símptomes suggestius de causes sistèmiques de sagnat com hipotiroidisme, hiperprolactinèmia, síndrome d'ovari poliquístic o trastorns suprenals o hipotalàmics.

També cal valorar el risc de trastorn de l'hemostàsia, ja que a més de ser una possible causa de sagnat anòmal poden contribuir a exacerbar altres causes de SUA i poden tenir implicacions a l'hora de planificar un procediment quirúrgic(8).

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

El cribratge inicial de trastorns de l'hemostàsia es fa per la història clínica. Si la pacient presenta un dels següents criteris es beneficiarà de més proves de coagulopatia(2)(3)(7)(11):

- Sagnat menstrual abundant des de la menarquia
- Una de les següents condicions:
  - Hemorràgia postpart
  - Sagnats relacionats amb cirurgies
  - Sagnat associat a treballs dentals
- Dos o més de les següents
  - Equimosis 2 vegades al mes
  - Epistaxis 1-2 vegades al mes
  - Sagnat freqüent de les genives
  - Antecedents familiars de símptomes hemorràgics

A més, cal tenir en compte alguns fàrmacs que poden ser causa de sagnat uterí anòmal i entrarien dins l'apartat de iatrogènia, com(4)(11):

- Warfarina, aspirina, clopidogrel i altres anticoagulants
- Anticonceptius orals i dispositius intrauterins
- Tamoxifè
- Antidepressius tricíclics
- Anticonvulsivants com l'àcid valproic
- Antipsicòtics
- Corticoesteroides
- Antibiòtics com la rifampicina

## 2 EXPLORACIÓ FÍSICA

Cal fer una exploració física per avaluar la quantitat del sagnat i comprovar que l'origen del sagnat és uterí i no d'altres àrees properes, com sagnat vaginal, hematúria o rectorràgia.

Cal realitzar una inspecció general, una palpació abdominal, especuloscòpia i un tacte bimanual per identificar possibles traumatismes al tracte genital i delimitar les dimensions uterines per tal d'identificar possibles causes estructurals del sagnat(1)(7).

A l'examen físic també és important fixar-se en signes d'anèmia com la pal·lidesa mucocutània i signes que ens poden suggerir patologies subjacents, com petèquies, equimosis o hirsutisme(2).

## 3 PROVES COMPLEMENTÀRIES

Les proves de laboratori inicials inclouen **hemograma** complet (NE: IIa-B)(10), que pot associar-se a ferritina per descartar anèmia ferropènica, i una **prova d'embaràs**.

L'anàlítica hormonal no està indicada excepte si es sospita de patologies concretes com la síndrome d'ovari poliquístic (SOP), estat d'hiperandrogenisme o hiperprolactinèmia(1).

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

La detecció de malaltia tiroïdal amb **TSH** en dones amb sagnat uterí anòmal és raonable i econòmica (nivell B de recomanació), principalment si la clínica suggereix una endocrinopatia (NE: III-B)(10).

També cal considerar la prova de ***Chlamydia trachomatis*** en pacients amb alt risc d'infecció (nivell B de recomanació)(6)

Els estudis de coagulació s'han de realitzar si la història personal o familiar suggereix una coagulopatia, seguint els criteris anteriorment mencionats (nivell A de recomanació).(1)(6)

Pel que fa a tècniques d'imatge, l'**ecografia transvaginal** es considera la prova de primera línia. L'exploració ecogràfica pot combinar-se amb la histerosonografia, que és una prova poc invasiva, ben tolerada i amb major precisió per diagnosticar alteracions dins la cavitat uterina com pòlips o miomes submucosos (nivell A de recomanació).(1)(6)

La ressonància magnètica queda com a opció de segona línia quan amb l'ecografia el diagnòstic no es concloent. (9) També pot ser útil per guiar el tractament dels miomes quan l'úter està augmentat de mida i cal un mapeig precís dels miomes previ a tractament quirúrgic (nivell C de recomanació)(6)

La visualització directa de la cavitat mitjançant histeroscòpia s'indicarà quan hi hagi sospita per altres proves d'imatge de patologia intrauterina susceptible a tractament, com pòlips o miomes submucosos, o quan hi ha sospita de patologia endometrial que requereixi una valoració visual directa i biòpsia dirigida, sobretot per descartar malignitat.(1)

**INDICACIONS HISTEROSCÒPIA EN EL SUA**

Exploració ecogràfica no concloent

Patró endometrial alterat per Tamoxifè

Incapacitat per entrar en la cavitat endometrial amb cánula d'aspiració

Absència de material valorable i sospita clínica de malignitat

Falta de resposta al tractament instaurat després d'estudi adequat

**Taula 1.** Indicacions d'histeroscòpia en el sagnat uterí anòmal. Sangrado menstrual abundante. proSEGO. 2013;1-28.

L'anatomia patològica és una prova que proporciona una confirmació del diagnòstic i és important la seva realització davant la sospita de malignitat. S'ha determinat que cal realitzar una **biòpsia endometrial** en els següents casos(1)(6)(7)(12):

- Dona >45 anys amb sagnat uterí anòmal com a prova de primera línia (nivell C de recomanació)
- Dona de < 45 anys amb antecedents de:
  - Exposició a estrògens sense oposició (obesitat, síndrome d'ovari poliquístitic...)
  - Càncer colorectal hereditari (síndrome de Lynch)
  - Tractament amb Tamoxifè
  - Fracàs del tractament mèdic
  - SUA persistent

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol



**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

**4. TRACTAMENT**

Els objectius del tractament del sagnat uterí anòmal crònic inclouen la disminució de la quantitat de sagnat menstrual, la correcció de l'anèmia, la prevenció de recurrències i la millora de la qualitat de vida de la pacient.(1)(8) Per escollir el tractament cal tenir en compte les preferències de la pacient, el desig genèsic, l'existència de comorbiditats i les contraindicacions per certs tractaments.

En pacients amb una etiologia primària coneguda el tractament d'elecció és aquell dirigit a la causa. Dins aquests casos s'inclouen lesions estructurals (miomes, pòlips), patologies endocrines (hipotiroïdisme, SOP), causes infeccioses (endometritis crònica) o trastorns de la coagulació(12).

La conducta expectant pot ser una opció raonable per algunes pacients que no presentin anèmia, no vulguin seguir tractament o estiguin properes a la menopàusia. Aquestes pacients requereixen un seguiment estret amb hemograma de control i ferritina cada 6-12 mesos i repetir el mostreig endometrial en cas de risc d'hiperplàsia/neoplàsia.(12)

**TRACTAMENT MÈDIC**

El tractament mèdic ha estat tradicionalment considerat el tractament de **primera línia**, principalment quan no s'han identificat anomalies estructurals a les proves d'imatge o davant la presència de patologia com els miomes com un primer pas per controlar el sagnat uterí anòmal.

**TRACTAMENT FARMACOLÒGIC NO HORMONAL**

Dins els tractaments farmacològics no hormonals destaquen els AINEs (antiinflamatoris no esteroïdals) i els antifibrinolítics. Es consideren d'elecció en primera línia per a pacients amb cicles ovulatoris que tinguin desig genèsic o en cas de limitació del tractament hormonal.

Els **AINEs** actuen per inhibició de la ciclooxigenasa en la cascada de l'àcid araquidònic, de manera que inhibeixen la síntesi de prostaglandines i incrementen els nivells de tromboxà A2. Això porta a una vasoconstricció i a un increment de l'agregació plaquetària, disminuint el sagnat en un 30%. A més, presenten acció analgèsica. A la revisió Cochrane del 2019 es va concloure que els AINEs són més efectius que el placebo pel tractament del sagnat menstrual abundant ovulatori, però menys que l'àcid tranexàmic o el DIU-LNG. Els efectes secundaris més importants són els gastrointestinals, encara que amb baixa incidència i no greus, i cal tenir precaució en dones amb insuficiència renal o antecedents d'úlceres digestives. Els AINEs més utilitzats són l'àcid mefenàmic, el naproxè, l'ibuprofè i el diclofenac. No hi ha dades que mostrin superioritat d'un AINE respecte als altres en la reducció del sagnat (Nivell evidència Ib-A).(1)

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

Els fàrmacs antifibrinolítics actuen bloquejant els activadors del plasminogen a l'endometri, uns enzims que afavoreixen la fibrinòlisi i la dissolució dels coàguls, de manera que redueixen el sagnat. El més conegut és l'Àcid tranexàmic (**Amchafibrin®**), actiu per via oral. S'ha demostrat que redueix el sagnat de les pacients en un 40-50%, amb una percepció subjectiva satisfactòria de millora d'un 80% de les pacients, sobretot en cicles ovulatoris. L'àcid tranexàmic s'ha vist més eficaç que el placebo, els AINEs, l'etamsilat i els gestàgens orals en fase lútia, però menys que el DIU-LNG (Nivell evidència Ib-A)(1). Els efectes secundaris més freqüents són nàusees, vòmits i diarrea. També s'han descrit alteracions visuals pels colors. S'ha vist un discret augment del risc de tromboembolisme venós, però sense significat estadístic, i un risc del 15% de necrosi i trombosi dels miomes uterins respecte un 4% en dones no exposades a aquest fàrmac.(1)

Un altre fàrmac a considerar és l'Etamsilat (ciclohexadienolona sulfonat de dietilamina), que té acció hemostàtica ja que corregeix la funció adhesiva plaquetària anormal i tendeix a millorar la fragilitat i permeabilitat capil·lar alterades. S'ha vist que redueix el sagnat en un 20%, de manera que resulta inferior als AINEs i a l'àcid tranexàmic. Està contraindicat en pacients amb porfíria (Nivell evidència IIb-B)(1).

| FÀRMAC          | DOSI                                      | EFICÀCIA DISMINUCIÓ SMA | GRAU RECOMANACIÓ | NE  | PRECAUCIONS   |
|-----------------|---|-------------------------|------------------|-----|---|
| AINEs           |   |                         |                  |     |   |
| Àcid mefenàmic  | 500 mg VO cada 8h / 3-5 d                 | 30%                     | A                | Ib  | Efectes gastrointestinals (no greus, baixa incidència).<br>Precaució insuficiència renal o antecedents d'úlceres digestiva  |
| Naproxè         | 500 mg VO cada 12h / 3-5 dies             | 30%                     | A                | Ib  |   |
| Àcid Tranexàmic | 1 gr (2 comprimits) VO cada 6h / 3-5 dies | 40-50%                  | A                | Ib  | Efectes gastrointestinals (nàusees, vòmits, diarrea).<br>Risc necrosi i trombosi miomes uterins (15%)<br>Discret augment risc tromboembolisme venós sense significat estadístic |
| Etamsilat       | 500 mg VO cada 4-6h / 3-6 dies            | 20%                     | B                | IIb | Contraindicat en porfíria   |

**Taula 1:** Fàrmacs no hormonals utilitzats en el tractament del SUA crònic. S'indica la posologia, l'eficàcia en la reducció del sagnat, el nivell d'evidència i els possibles efectes secundaris o contraindicacions.

[NE: Nivell Evidència; AINE: Antiinflamatori no esteroideal]

Fernández J, Álvarez C, Martínez S. *Actualización sobre el sangrado menstrual abundante Update on heavy menstrual bleeding*. *Progresos Obs y Ginecol*. 2020;63(2):68-80.

## TRACTAMENT FARMACOLÒGIC HORMONAL

Al nostre territori només han estat aprovats dos tractaments hormonals amb indicació específica pel sagnat menstrual abundant dins el SUA: el DIU-LNG i un preparat anticonceptiu oral combinat quadrifàsic amb valerat d'estradiol i dienogest (VE2-DNG)(1).

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

El **DIU-LNG** és considerat la primera opció de tractament en pacients amb sagnat menstrual abundant que no desitgen gestació. Redueix el volum menstrual en un 80-94%, sent superior a la resta de tractaments mèdics tant hormonal com no hormonal (Nivell evidència Ib-A) (1)(2). Els possibles efectes secundaris del DIU-LNG són poc freqüents però poden portar a la seva retirada per interferència amb la qualitat de vida de la pacient. Els més destacats són migranya, retenció de líquids, acne, disminució de la libido, mastodínia o alteracions en el patró de sagnat. Aquests efectes secundaris milloren al llarg dels mesos des de la seva inserció.(1)

Per la seva banda, l'anticonceptiu en preparat quadrifàsic amb VE2-DNG disminueix en un 87-89% la quantitat de sagnat respecte el 13-31% del placebo (Nivell evidència Ib-A).

De segona línia estarien els anticonceptius combinats de baixa dosi (AHC), que redueixen un 35-68% el sagnat (Nivell evidència IIb-B). Similars resultats ha mostrat l'administració durant al menys 21 dies de gestagen sol, amb una reducció d'un 50% del sagnat (Nivell evidència IIb-B). L'administració seqüencial de gestàgens en períodes d'entre 7 i 10 dies és l'alternativa amb menor eficàcia, amb reducció d'un 30% (Nivell evidència III-C).(1)

| FÀRMAC         | DOSI                | DISMINUCIÓ SMA | GRAU RECOMANACIÓ | NE  |
|----------------|---------------------|----------------|------------------|-----|
| DIU-LNG        | 0,02 mg / 24h       | 80-94%         | A                | Ib  |
| VE2-DNG        | Variable per fases  | 87-89%         | A                | Ib  |
| AHC            | 20-30 mcg EE2       | 35-68%         | B                | IIb |
| Gestàgen > 21d | 5-10mg/d MPA o NETA | 50%            | B                | IIb |
| Gestàgen < 11d | 5-10mg/d MPA o NETA | 30%            | C                | III |

**Taula 2:** Fàrmacs hormonal utilitzats en el tractament del SUA crònic. S'indica la posologia, l'eficàcia en la reducció del sagnat i el nivell d'evidència.

[NE: Nivell Evidència; EE2: etinilestradiol; DIU-LNG: dispositiu intrauterí de levonogestrel (Mirena®); VE2-DNG: valerat de estradiol amb dienogest; AHC: anticoncepció hormonal combinada; MPA: acetat de medroxiprogesterona (Progevera®); NETA: acetat de noretindrona (Primolut Nor®)]

Fernández J, Álvarez C, Martínez S. Actualización sobre el sangrado menstrual abundante Update on heavy menstrual bleeding. Progresos Obs y Ginecol. 2020;63(2):68-80.

Els anticonceptius combinats (amb estrògens) associen un increment del risc trombòtic i vascular, de manera que estan contraindicats en(1)(12):

- Dones de  $\geq 35$  anys fumadores ( $\geq 15$  cigarrets al dia)
- Migranya amb aura
- Dones de  $\geq 35$  anys amb migranya
- Hipertensió arterial
- Trombofília
- Antecedents de malaltia tromboembòlica
- $\geq 40$  anys amb obesitat

Abans d'indicar un tractament amb anticonceptius combinats cal tenir en compte el risc tromboembòlic de la pacient i el risc-benefici.

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

Cal indicar que tots els tractaments hormonals estan contraindicats en dones amb antecedents de càncer de mama.

**TRACTAMENT QUIRÚRGIC**

En els casos de SMA degut a patologia orgànica diagnosticada, com el cas de pòlips endometrials o miomes uterins, el tractament quirúrgic està orientat al tractament específic(8).

En cas de SMA sense patologia orgànica, el tractament quirúrgic s'indica quan el tractament mèdic no ha estat efectiu, si la pacient presenta contraindicacions pel seu ús o en cas de preferència de la pacient quan el desig genèsic ha estat complert.(1) Dins els tractaments quirúrgics s'inclouen l'extirpació o destrucció de l'endometri (ablació-resecció endometrial) o la histerectomia.

Les **tècniques d'ablació-resecció endometrial** de primera generació són tècniques quirúrgiques mínimament invasives que es basen en l'extirpació de l'endometri i la destrucció d'aquest. És necessari assegurar la destrucció de 1-3mm de miometri subjacent per tal d'eliminar la capa basal de l'endometri i provocar la reducció de la quantitat de sagnat o, fins i tot, amenorrea.(8) Es realitza sota visió directa de la cavitat endometrial. La principal complicació d'aquestes tècniques és l'adenomiosi iatrogènica(1).

Les tècniques d'ablació de segona generació són mètodes de destrucció endometrial mitjançant un dispositiu intracavitari que allibera energia i destrueix de manera uniforme l'endometri(1).

Les tècniques d'ablació endometrial precisen d'un estudi previ de la cavitat mitjançant ecografia i biòpsia endometrial per tal de descartar l'existència de hiperplàsia/malignitat (Nivell evidència II-B).(1)(7)

Les possibles complicacions associades a les tècniques d'ablació endometrial són la perforació uterina (1%), l'hemorràgia, l'hematometra, endometritis post-ablació (2%) i complicacions en embaràs. La taxa de reintervenció per persistència de sagnat varia entre un 2.8% i un 8.2%.(1) Les contraindicacions relatives d'aquesta tècnica són el desig gestacional (ja que l'alteració de l'endometri pot causar problemes en gestacions posteriors) i la presència de patologia endometrial maligna.(8)

En les recomanacions NICE publicades en el 2018 es va mostrar una superioritat tant en la reducció en la pèrdua de sang com en la satisfacció mostrada per les pacients en els casos d'histerectomia i tècniques d'ablació endometrial de segona generació en comparació amb l'ablació endometrial de primera generació(1).

La comparació entre la resecció endometrial amb els tractaments mèdics (hormonals i no hormonals) va mostrar major efectivitat de la primera per controlar l'hemorràgia als 4 mesos del tractament i la 2 anys, tot i que no es van observar diferències significatives als 5 anys. No hi ha comparació significativa entre tipus específics de cirurgia i tractaments mèdics individuals(2).

QUA-IM-004. Rev.05

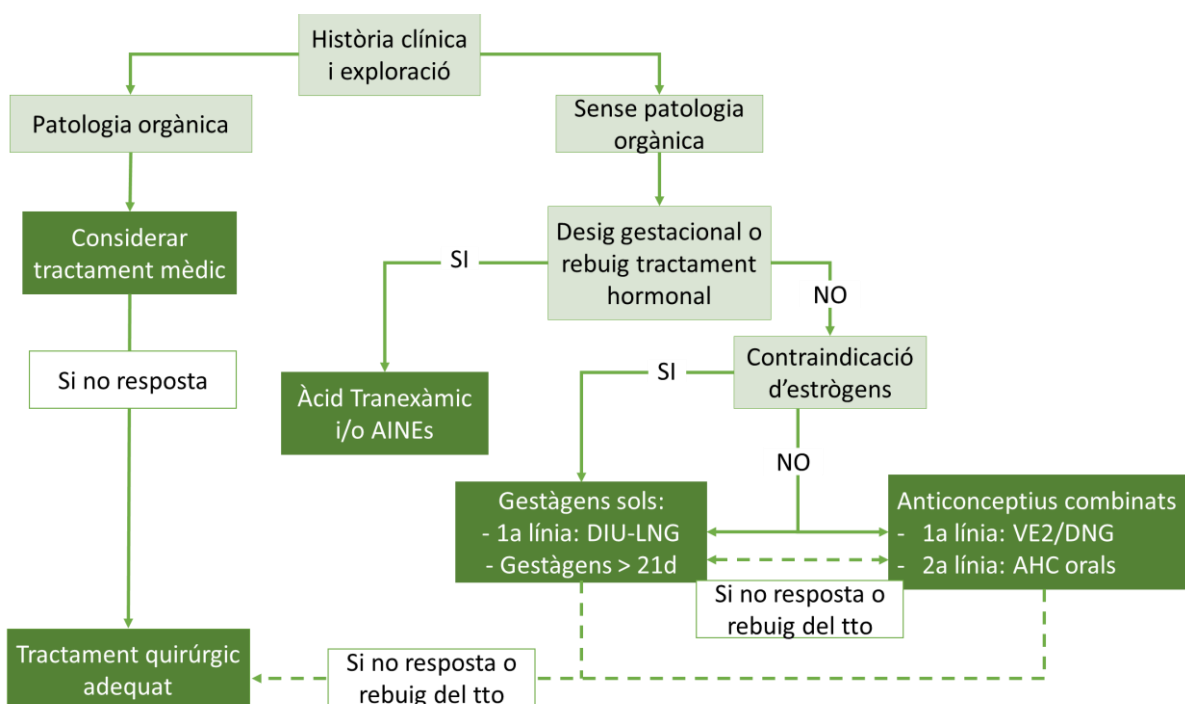
Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

La **histerectomia** resulta el tractament més efectiu del SUA, però té major nombre de complicacions, major temps quirúrgic, període de recuperació més prolongat i major cost econòmic, pel que queda relegat a última opció de tractament(2).

La comparació entre histerectomia i DIU-LNG va mostrar un major control objectiu del sagnat en cas d'histerectomia en 1 any, però no es va veure diferència a la qualitat de vida entre els dos grups als 5 i 10 anys, tot i que una proporció significativa de dones (46%) inicialment amb DIU-LNG s'havia sotmès a histerectomia als 10 anys.(1)(2)(13)



**Figura 3.** Esquema de tractament del sagnat menstrual abundant segons el Protocol Sangrado Menstrual Abundante de la SEGO de 2013. Sangrado menstrual abundante. proSEGO. 2013;1-28

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

**5. TRACTAMENT SAGNAT UTERÍ ANÒMAL AGUT**

L'elecció del tractament pel sagnat uterí anòmal agut depèn de l'estabilitat clínica de la pacient, la sospita d'etiologia del sagnat, el desig genèsic i els problemes mèdics subjacents. Els dos principals objectius són controlar l'episodi actual de sagnat abundant i reduir la pèrdua de sang menstrual en els cicles posteriors.(7)(11) En molts casos el SUA agut en pacients hemodinàmicament estables resulta autolimitat, pel que no es requereix de tractament immediat i es pot completar una avaluació completa abans d'iniciar tractament.(14)

El tractament de primera línia pel tractament del SUA agut és la teràpia hormonal. L'únic tractament especialment aprovat per la FDA en el tractament del SUA agut és l'estrogen equí conjugat intravenós. Aquest ha mostrat una reducció del sagnat en un 72% de les pacients en les següents 8 hores d'inici de la seva administració, amb resultats en la majoria de les pacients en les primeres 5 hores. (8)(11) Actualment no disposem d'aquest tractament al nostre centre. La principal alternativa disponible és l'Àcid Tranexàmic (**Amchafibrin®**), tot i que no s'ha estudiat per aquesta indicació específica. El règim de tractament recomanat és de 1.3g via oral cada 8 hores durant 5 dies o 10 mg/kg IV (dosis màxima de 600mg/dosi) cada 8 hores durant 5 dies.(11)

Altres opcions de tractament del SUA agut són els anticonceptius orals combinats (amb mínim 35 mcg d'etinilestradiol) i els progestàgens, com l'Acetat de Medroxiprogesterona (Progevera®). Aquests tractaments redueixen el sagnat en un 76-88% en els primers tres dies.(11) La pauta d'aquests tractaments és 1 comprimit tres cops al dia durant 7 dies. Les contraindicacions de l'ús d'anticonceptius orals combinats són les prèviament descrites a l'apartat *TRACTAMENT FARMACOLÒGIC HORMONAL*.

Les contraindicacions relatives a considerar en el tractament amb Acetat de Medroxiprogesterona via oral són(11):

- Antecedents de TVP o TEP
- Malaltia tromboembòlica arterial
- Antecedents de càncer de mama
- Alteracions de la funció hepàtica

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

| FÀRMAC                        | DOSI  | PAUTA                                      | CONTRAINDICACIONS   |
|-------------------------------|---|--|---|
| ESTRÒGEN EQUÍ CONJUGAT        | 25 mg IV                                    | c/ 4-6 H durant 24 hores                   | Antecedents neo. mama, trombosi venosa, malaltia tromboembòlica, disfunció hepàtica. Precaució amb pacients amb factors de risc cardiovascular o tromboembòlic  |
| ACOs combinats                | 35 mcg d'etinil estradiol                   | 3 cops al dia durant 7 dies                | Pacients >35a fumadores, HTA, antecedents de TEP o TVP, alteracions tromboembòliques, IAM, malaltia cerebrovascular, migranya amb aura, antecedents neo. mama, disfunció hepàtica greu, diabetis amb alteracions vasculares, valvulopaties cardíques amb complicacions, episodi de cirurgia major amb immobilització prolongada |
| Acetat de Medroxiprogesterona | 20 mg oral                                  | 3 cops al dia durant 7 dies                | Antecedents TEP o TVP, malaltia trombòtica arterial, neo. mama, disfunció hepàtica  |
| Àcid Tranexàmic               | 1,3 g oral o 10 mg/kg IV (màxim 600mg/dosi) | 3 cops al dia durant 5 dies (cada 8 hores) | Alteració de la visió del color adquirida i malaltia trombòtica o tromboembòlica actual. Precaució en pacients amb història de trombosi o tractament amb ACOs combinats concomitant   |

**Taula 3:** Fàrmacs utilitzats en el tractament del sagnat uterí anòmal agut, juntament amb la seva posologia i contraindicacions relatives. L'únic tractament aprovat per la FDA pel tractament del SUA agut és l'estrògen equí conjugat, ja que és l'únic amb eficàcia demostrada en estudis. Cal individualitzar cada cas.

[TEP: tromboembolisme pulmonar; TVP: trombosi venosa profunda, IAM: infart agut de miocardi, HTA: hipertensió arterial; ACOs: anticonceptius orals]

Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women. ACOG [Internet]. 2019;557. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/04/management-of-acute-abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-aged-women>

En cas de SUA agut en pacients hemodinàmicament estables que tenen contraindicades les teràpies hormonals o que rebutgen el seu ús es poden plantejar opcions quirúrgiques com l'ablació endometrial, comentada en apartats anteriors. Aquest procediment només està indicat en dones que han completat el desig genèsic i una vegada descartada malignitat.(14)

En pacients on es sospita que la causa del sagnat agut prové duna malformació arteriovenosa uterina el tractament de primera línia és l'embolització arterial. (11)(14)

En cas d'alteracions de la coagulació, el reemplaçament d'un dels factors específics pot ser el tractament del SUA agut. També la Desmopresina, ja sigui via intranasal, endovenosa o subcutània, pot ajudar en el tractament del SUA agut en pacients amb malaltia de Von Willebrand. La desmopresina cal administrar-la amb precaució ja que augmenta el risc de retenció de líquids i hiponatrèmia.(6)(7)(11)

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

Una vegada controlat l'episodi de sagnat agut es recomana la transició a una teràpia de manteniment a llarg termini per tractar el SUA crònic. Les múltiples opcions han estat descrites en apartats anteriors.

**6. BIBLIOGRAFIA**

1. Fernández J, Álvarez C, Martínez S. Actualización sobre el sangrado menstrual abundante Update on heavy menstrual bleeding Jorge. *Progresos Obs y Ginecol*. 2020;63(2):68–80.
2. Cheong Y, Cameron IT, Critchley HOD. Abnormal uterine bleeding. *Br Med Bull* [Internet]. 2017;123(1):103–14. Available from: <https://academic.oup.com/bmb/article/123/1/103/4096455?login=false>
3. Whitaker L, Critchley HOD. Abnormal uterine bleeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2016;34:54–65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4970656/>
4. Sepúlveda J, Sepúlveda A. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. *Ginecol Obs Mex* [Internet]. 2020;88(1):59–67. Available from: <https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3467>
5. Barbieri RL, Chakrabarti A. Abnormal uterine bleeding in reproductive-age patients: FIGO System 1 terminology and symptoms and System 2 PALM-COEIN etiology classification. *UpToDate* [Internet]. 2022;(Mdc):1–39. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-reproductive-age-patients-figo-system-1-terminology-and-symptoms-and-system-2-palm-coein-etiology-classification?search=abnormal uterine bleeding&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage](https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-reproductive-age-patients-figo-system-1-terminology-and-symptoms-and-system-2-palm-coein-etiology-classification?search=abnormal%20uterine%20bleeding&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage)
6. Davis E, Sparzak PB. Abnormal Uterine Bleeding. *StatPearls Publ* [Internet]. 2022; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532913/>
7. Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women. *ACOG* [Internet]. 2019;557. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/04/management-of-acute-abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-aged-women>
8. Aires S de O y G de B. Consenso SOGIBA Sangrado Uterino Anómalo (S.U.A.). FASGO (Federación Argentina Soc Ginecología y Obstet [Internet]. 2017; Available from: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/obstetricia/1265-consenso-sogiba-sangrado-uterino-anomalo-s-u-a-2017>
9. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, Haththotuwa R, Kriplani A, Bahamondes L, et al. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynecol Obstet*. 2018;143(3):393–408.
10. Sangrado menstrual abundante. *proSEGO*. 2013;1–28.

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol



**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

11. Walker MH, Coffey W, Borger J. Menorrhagia. StatPearls Publ [Internet]. 2022; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536910/>
12. Kaunitz AM. Abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age patients: Evaluation and approach to diagnosis. UptoDate [Internet]. 2022; Available from: [https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-patients-evaluation-and-approach-to-diagnosis?search=palmcoein&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-patients-evaluation-and-approach-to-diagnosis?search=palmcoein&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
13. Chakrabarti A. Abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age patients : Management. 2022;
14. Zacur HA, Barbieri RL, Chakrabarti A. Managing an episode of acute uterine bleeding. Up To Date. 2022;
15. SEGO. Diagnóstico y tratamiento del sangrado menstrual abundante en la adolescencia. 2013;(7):1-14.
16. Borzutzky C, Jaffray J. Diagnosis and Management of Heavy Menstrual Bleeding and Bleeding Disorders in Adolescents. JAMA Pediatr. 2020;174(2):186-94.
17. ACOG COMMITTEE OPINION. Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding. Obstet Gynecol. 2019;105(2):453-4.
18. María A.; Rodríguez Jiménez J. Sangrado menstrual abundante en adolescencia. Asoc Española Pediatría Atención Primaria. 2017;2017:1-6.

**7. PARAULES CLAU**

SUA: Sagnat Uterí Anòmal

SMA: Sagnat Menstrual Abundant

DIU-LNG: DIU de Levonogestrel

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

**8. ANNEXOS****ANNEX 1: MANEIG PACIENT  
HEMODINÀMICAMENT INESTABLE**

Les pacients amb SUA agut que presenten inestabilitat hemodinàmica requereixen d'una intervenció immediata.

Si la pacient es troba inestable o presenta signes d'hipovolèmia el primer pas és comptar amb un o dos accessos intravenosos de gran calibre, avaluar la via respiratòria i prioritzar les proves de laboratori amb proves creuades per una possible transfusió. (7)(11)(14) Tot i que està indicada en pacients amb hipotensió marcada, es recomana evitar la sueroteràpia intensiva en cas d'hemorràgia ja que augmenta el risc de coagulopatia per la dilució de factors de coagulació i plaquetes.(14)

En pacients hemodinàmicament inestables amb SUA agut el tractament d'elecció és el **legrat uterí hemostàtic**. Aquesta tècnica és tant terapèutica com diagnòstica, ja que permet obtenir mostra endometrial, i es pot realitzar en pacients amb desig genèsic en un futur. El legrat permet el cessament o, al menys, una disminució significativa del sagnat en menys d'una hora. El desavantatge principal del legrat és que no tracta la causa subjacent del sagnat, de manera que és probable la seva reaparició si no s'inicia una teràpia preventiva posteriorment(11)(14)

En cas que la pacient necessiti estabilització amb hemoderivats prèviament al legrat, durant l'espera es pot utilitzar un taponament intrauterí. El material indicat pel taponament intrauterí és el baló de Bakri, amb una capacitat de 500mL, tot i que no està indicat en pacients adolescents. En aquestes pacients, o quan el baló no està disponible, es pot optar per realitzar el taponament una sonda Foley de 30mL o amb un gasa empaquetada (es recomana l'ús d'una peça continua per eliminar el risc de productes retinguts dins l'úter a la seva extracció).(7)(11)(14) En cas d'ús de gasa, aquesta pot impregnar-se amb 5000 unitats de trombina en 5mL de solució salina estèril per millorar la coagulació.(14) Els dispositius de taponament uterí no estan indicats més de 24 hores.

En pacients amb SUA agut i hemodinàmicament inestables, però que un període d'espera de 3 hores probablement no augmenti el risc de transfusió addicional d'hemoderivats o altres complicacions mèdiques es pot optar per l'alternativa de tractament mèdic, d'indicació l'àcid tranexàmic.

El tractament mèdic, respecte el legrat uterí, requereix més temps fins disminuir el sagnat, però evita el risc de complicacions perioperatòries. La teràpia mèdica moltes vegades resulta beneficiosa com a complementària al legrat, quan després d'aquest persisteix el sagnat o per prevenir el sagnat recurrent.(7)(14)

Si el sagnat continua tot i el tractament de primera línia o les alternatives quirúrgiques no estan disponibles i l'espera de 3 hores pot resultar en

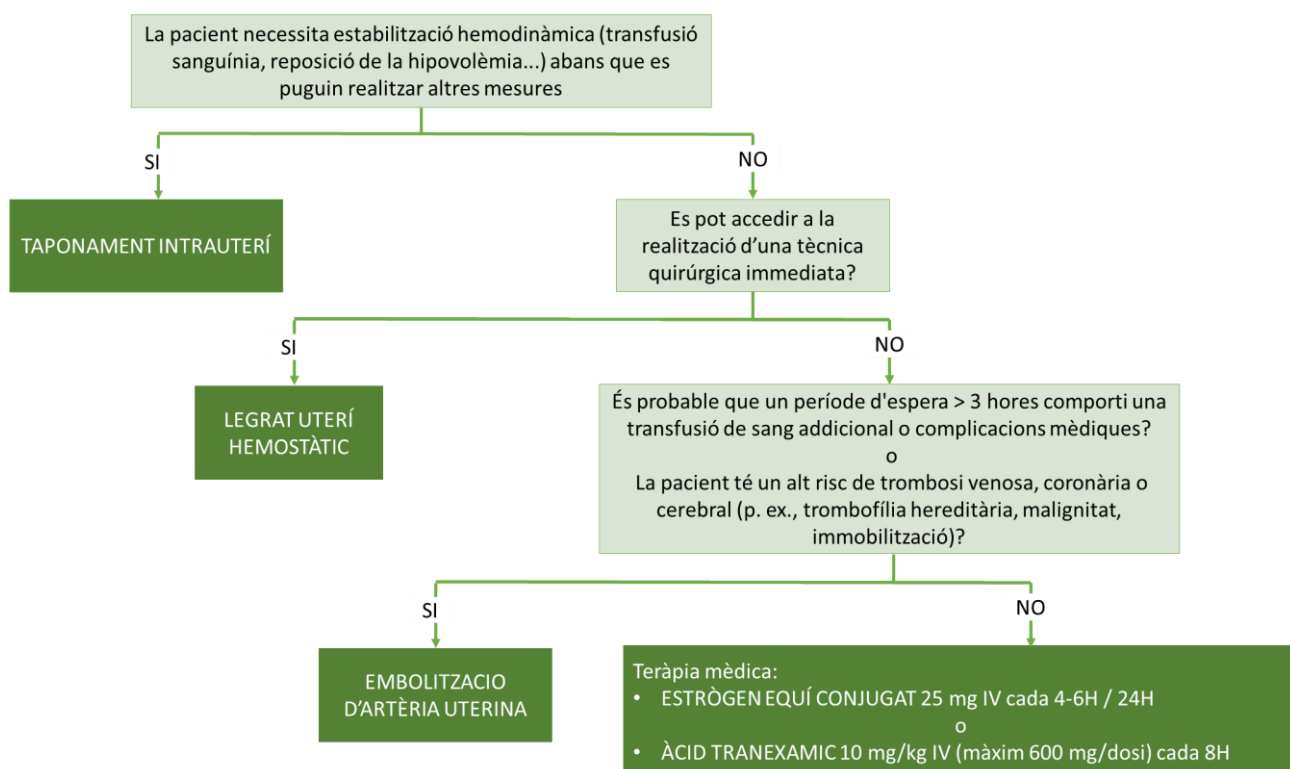
QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de  
l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

complicacions mèdiques cal plantejar l'opció d'embolització de les artèries uterines. També està indicada l'embolització en pacients amb malformació arteriovenosa uterina, en aquest cas com a tractament de primera línia.(14) Com a última línia de tractament es troba la histerectomia, que es realitza d'urgència en cas que les mesures anteriors no resultin efectives, com a últim recurs.(14)



**Figura 4.** Algorisme de tractament del sagnat uterí anòmal agut en pacients amb inestabilitat hemodinàmica. El taponament intrauterí s'utilitza juntament amb l'administració d'hemoderivats per tal d'estabilitzar a la pacient a l'espera d'una teràpia més definitiva, generalment el legrat uterí hemostàtic. La histerectomia no s'inclou en aquest esquema ja que queda relegada com a última opció en cas que les anteriors teràpies hagin fracassat i la pacient mantingui un sagnat profund que pugui seguir inestabilitzant-la. Zacur HA, Barbieri RL, Chakrabarti A. *Managing an episode of acute uterine bleeding*. Up To Date. 2022

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

## **ANNEX 2: MANEIG DEL SAGNAT MENSTRUAL ABUNDANT EN ADOLESCENTS**

*Amb col·laboració de la Dra Andrea Buil Tellaeché*

En un 80% dels sagnats menstruals abundants en adolescents tenen una etiologia funcional i la seva principal causa és l'anovulació secundària a la immaduresa de l'eix hipotàlem-hipòfisi-ovàric. El SMA amb cicles irregulars en les adolescents és relativament freqüent. Un 55-82% dels cicles són anovulatoris durant els dos primers anys després de la menarquia, i un 10-20% segueixen sent-ho fins a 5 anys després. La segona causa més freqüent a les adolescents són els trastorns de la coagulació, sent els més freqüents la malaltia de Von Willebrand i les alteracions plaquetàries(15)(16).

### 1. DIAGNÒSTIC

El primer pas és una anamnesi tenint en compte malalties sistèmiques, antecedents quirúrgics, antecedents reproductius i tractaments habituals. Cal realitzar una història menstrual, preguntant per l'edat de la menarquia, les característiques de les menstruacions prèvies (duració, quantitat...), els símptomes acompanyants (dismenorrea, dispareunia, alteracions digestives o urinàries...) i les repercussions hemodinàmiques, personals i en la qualitat de vida. Una de les dades importants són les característiques de la primera menstruació, ja que un sagnat menstrual abundant des de la menarquia pot ser un indicador d'un trastorn de la coagulació.

És útil la realització d'un **calendari menstrual**, anotant les dades de cada cicle, amb la quantitat i la duració del sagnat cada mes.

A l'exploració física és essencial prendre les constants vitals i explorar els possibles signes d'anèmia. També fer una inspecció general per valorar l'existència de petèquies, equimosis o hematomes. Cal determinar el grau de maduresa sexual (inferior a un estadi III de Tanner no seria congruent amb l'inici de les menstruacions) i descartar que el sagnat tingui altres orígens, com per exemple traumatismes. Si l'adolescent no ha mantingut relacions sexuals no és necessari realitzar una exploració vaginal amb espècul.(17)

Dins les proves complementàries és necessari un test de gestació si la pacient ha iniciat relacions sexuals i un hemograma complet per valorar la repercussió hemodinàmica del sagnat. En cas de sospita d'alteracions de la coagulació cal fer una valoració de l'hemostàsia. L'anàlisi de la funció hepàtica, renal o tiroïdal només són necessaris en cas de sospita per l'anamnesi.

Com a prova d'imatge la principal és l'ecografia, ja sigui vaginal o abdominal. No obstant, no és necessària de rutina, sinó que cal considerar-la en cas que la pacient no respongui al maneig inicial.(17) No són necessàries la biòpsia endometrial o la histeroscòpia inicialment.

### 2. TRACTAMENT

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

Els objectius del maneig del SMA a l'adolescent són:

- Assegurar l'estabilitat hemodinàmica
- Corregir l'anèmia
- Recuperar un patró menstrual normal
- Prevenir les recurrències
- Prevenir les conseqüències a llarg termini de l'anovulació

El tractament de primera línia és el tractament mèdic, reservant la cirurgia per aquells casos que no presenten resposta o en cas d'inestabilitat clínica tot i les mesures inicials. Després de la correcció del sagnat menstrual abundant agut caldrà un tractament de manteniment, generalment tractament hormonal(17).

**TRACTAMENT MÈDIC NO HORMONAL**

El tractament mèdic no hormonal està indicat en adolescents amb SMA sense diagnòstic de patologia orgànica i amb cicles ovulatoris. Els principals tractaments són els **AINES** (1comp/8H) i els antifibrinolícs (**Amchafibrin®** 1g/6H).(18)

**TRACTAMENT MÈDIC HORMONAL**

Dins el tractament hormonal tenim diferents opcions. La principal són els ACOs (anticonceptius combinats orals), que ofereixen a més protecció anticonceptiva. No hi ha evidències suficients per recomanar una pauta cíclica o una pauta contínua.

Per controlar el SMA agut són d'elecció els **ACOs amb 30-50mcg d'etinilestradiol**. La pauta recomanada inicialment és 1 comprimit cada 6 hores fins la detenció del sagnat (generalment les primeres 24-48 hores). Posteriorment, cal reduir les dosis progressivament: cada 8 hores 2-7 dies, cada 12 hores 2-7 dies més i, posteriorment, 1 comprimit diari.(17)

Quan els estrògens estan contraindicats poden utilitzar-se gestàgens a altes dosis(15)(16)(17):

- Medroxiprogesterona oral (**Progevera®**): Inicialment 10mg cada 4 hores fins la detenció del sagnat. Posteriorment cada 6 hores 4 dies, cada 8 hores 3 dies més, cada 12 hores 2 dies i, posteriorment, 1 comprimit diari.
- Acetat de noretindrona (**Primolut Nor®**): 5-10mg cada 4 hores fins la detenció del sagnat. Posteriorment cada 6 hores durant 4 dies, cada 8 hores 3 dies, cada 12 hores 2 dies més i, finalment, 1 comprimit diari.

En les adolescents no està contraindicat l'ús de DIU-LNG, tot i que cal valorar les possibles dificultats per la seva inserció en adolescents nul·líparees.

Com a alternativa trobem els gestàgens de dipòsit, com Implanol® (implant d'etonorgestrel) o Depo-Progevera 150® (acetat de medroxiprogesterona). Aquests poden causar sagnat irregular i impredecible (spotting intermenstrual), principalment durant els primers mesos d'ús.

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

**TRACTAMENT NO MÈDIC**

El tractament quirúrgic es considera quan no hi ha resposta a la teràpia mèdica, si la pacient es troba clínicament inestable o quan el sagnat abundant i intens necessita d'una investigació addicional sota anestèsia. En aquests casos es pot plantejar la necessitat d'un legrat aspiratiu, principalment quan l'ecografia suggereixi patologia endometrial. No obstant, cal evitar el legrat en pacients amb sospita de trastorn de la coagulació.

L'ablació endometrial, l'embolització de les artèries uterines o l'histerectomia són mesures contraindicades ja que comprometen la fertilitat, excepte en cas que es considerin absolutament necessàries, com en situacions que amenacin la vida de la pacient.(17)

El baló intrauterí no està indicat en pacients adolescents nul·lípars. En aquests casos, si és necessari, s'ha d'utilitzar una sonda Foley, omplint el globus amb 10-30cc de solució salina (fins sentir resistència en el miometri).(17)

**ANÈMIA I PAPER DE LA TRANSFUSIÓ**

En general, les adolescents responen ràpidament al tractament hormonal i al tractament amb ferro oral i toleren millor l'anèmia que les pacients adultes. Adolescents sanes poden tolerar nivells d'hemoglobina per sota de 7g/dL, per tant, la decisió de transfusió cal basar-la en l'estat hemodinàmic de la pacient i la presència d'hemorràgia activa, no només en els nivells d'hemoglobina.(17) No obstant, la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) recomana basar l'actuació mèdica basant-se en les xifres d'hemoglobina i la repercussió hemodinàmica. Es recomana l'hospitalització de la pacient per controlar el sagnat quan analíticament presenta una hemoglobina per sota de 7g/dL(15).

La teràpia de primera línia para la anèmia per dèficit de ferro en l'adolescent és l'assessorament dietètic juntament amb suplement de ferro oral, amb una dosi total de 60-120mg de ferro al dia. La duració recomanada són 3-6 mesos de tractament si presenta una disminució del sagnat menstrual.(17)

Si és necessària la transfusió, es prefereix transfondre només una unitat de concentrat de glòbuls vermells i revaluar l'estat hemodinàmic posteriorment i valorar la necessitat d'un segon concentrat.(17)

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

**PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL**

QUA-IM-004. Rev.07

|  |   |
|--|---|
| <b>Hb &gt; 12 g/dL</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Observació:</b> assessorament, mesures higiènic-dietètiques, calendari menstrual</li> <li>• Tractament mèdic ambulatori: ferrotèrapia oral, antifibrinolítics i/o AINEs</li> <li>• Control en 3 mesos (o abans si augmenta el sagnat)</li> </ul>  |
| <b>Hb 10-12 g/dL</b>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observació: assessorament, mesures higiènic-dietètiques, calendari menstrual</li> <li>• Ferrotèrapia oral 6 mesos</li> <li>• <b>AINEs</b></li> <li>• Gestàgens</li> <li>• <b>ACOs</b> (30-50mcg EE): 1 comprimit cada 12 hores durant 5 dies fins el cessament del sagnat</li> <li>• ACOs diaris durant 3-6 mesos</li> </ul>   |
| <b>Hb 8-10 g/dL (hemodinàmicament estable)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mateix maneig que el cas anterior si hi ha col·laboració familiar</li> <li>• Si augmenta el sagnat: ACOs 1 comprimit 3-4 cops al dia fins el cessament del sagnat; seguidament 1 comprimit cada 12 hores; finalment 1 comprimit al dia. Es pot afegir un antiemètic previ a la ingesta dels ACOs</li> <li>• Seguiment i ACOs durant 6 mesos</li> </ul>   |
| <b>Hb &lt; 7 g/dL</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hospitalització</b></li> <li>• Valorar transfusió de concentrat d'hematies</li> <li>• ACOs (50mcg EE): 1 comprimit cada 6 hores fins el cessament del sagnat. Seguidament 1 comprimit cada 8 hores durant 2 dies; 1 comprimit cada 12 hores durant 2 dies; finalment 1 comprimit al dia</li> <li>• Antiemètics</li> <li>• Si persisteix el sagnat, plantejar la necessitat de legrat o histeroscòpia</li> </ul> |

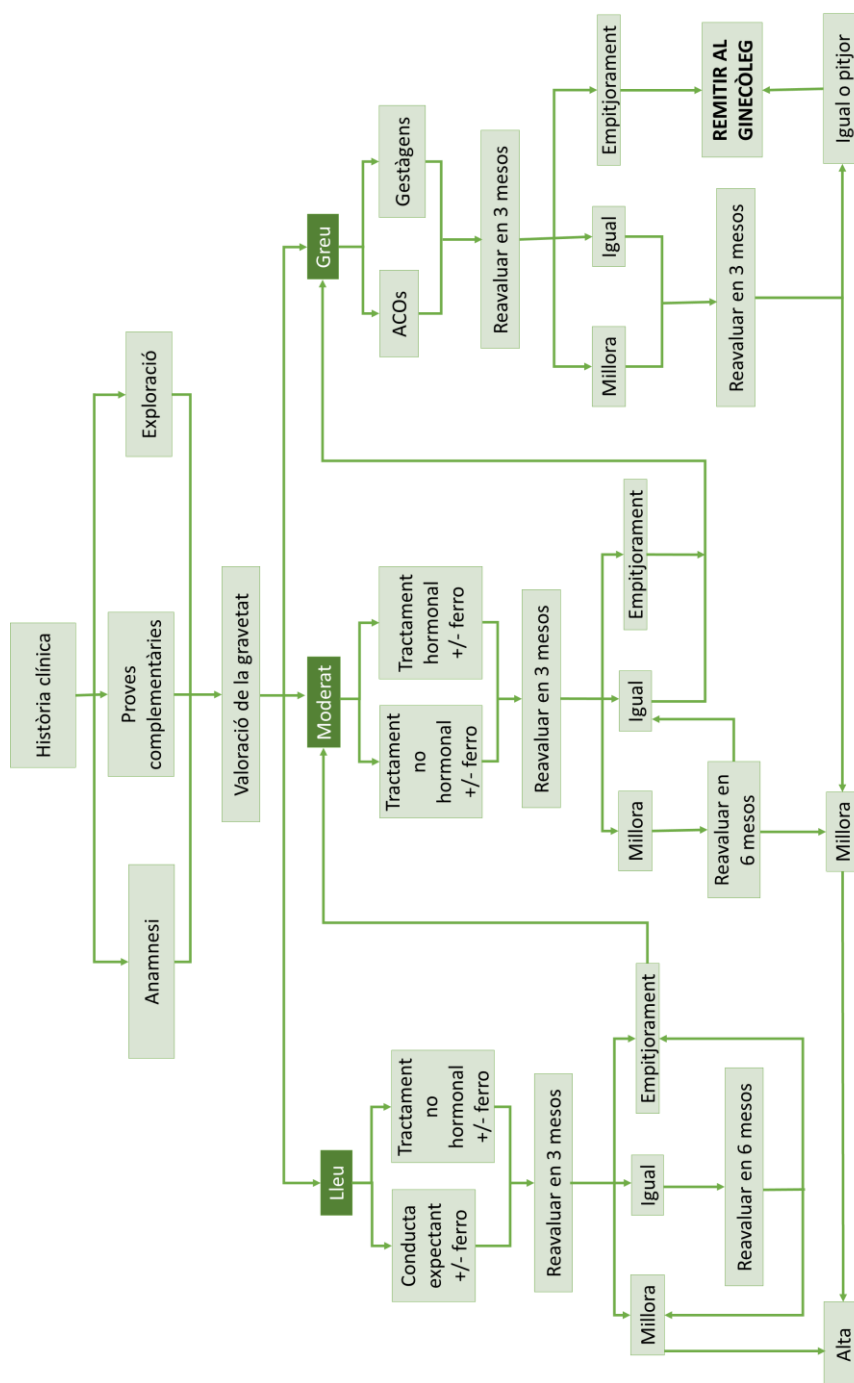
**Taula 4:** Taula resum de l'actuació davant SMA en l'adolescent depenent de la taxa d'hemoglobina i la repercussió hemodinàmica. SEGO. Diagnóstico y tratamiento del sangrado menstrual abundante en la adolescencia. 2013;(7):1-14.

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

## PROTOCOL DE SAGNAT UTERÍ ANÒMAL

QUA-IM-004. Rev.07



**Figura 5.** Algorisme resum d'actuació davant el sagnat menstrual abundant en l'adolescència proposat per l'Associació Espanyola de Pediatria d'Atenció Primària. LLEU: Hb >12g/dL, es pot optar per conducta expectant MODERAT: Hb 10-12g/dL. Està indicat tractament mèdic, hormonal o no. GREU: Hb <10g/dL. Requereix tractament farmacològic hormonal, preferentment ACOs.

María A., Rodríguez Jiménez J. Sangrado menstrual abundante en adolescencia. Asoc Española Pediatría Atención Primaria. 2017;2017:1-6.

QUA-IM-004. Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol