

## **Una ojeada a las pautas del ACOG: sangrado menstrual abundante en adolescentes**

12 de mayo de 2020

### **Temas relevantes**

En este artículo, lea la Opinión del Comité # 785 del ACOG sobre la detección y el tratamiento de los trastornos hemorrágicos en adolescentes con sangrado menstrual abundante, con el comentario experto de la Dra. Paula J. Hillard, miembro de la junta de obstetricia y ginecología contemporánea.

### **Resumen:**

El sangrado menstrual abundante (HMB) se define como una pérdida excesiva de sangre menstrual que interfiere con la calidad de vida física, social, emocional o material de una mujer. Si los obstetras-ginecólogos sospechan que un paciente tiene un trastorno hemorrágico, deben trabajar en coordinación con un hematólogo para la evaluación de laboratorio y el tratamiento médico.

La evaluación de las adolescentes que presentan sangrado menstrual abundante debe incluir la evaluación de la anemia por pérdida de sangre, incluida la ferritina sérica, la presencia de un trastorno endocrino que conduce a la anovulación y la evaluación de la presencia de un trastorno hemorrágico. El examen físico de la paciente que presenta sangrado menstrual abundante agudo debe incluir la evaluación de la estabilidad hemodinámica, incluida la medición de la presión arterial ortostática y del pulso.

El enfoque de primera línea para la hemorragia aguda en el adolescente es el tratamiento médico; la cirugía debe reservarse para aquellos que no responden a la terapia médica. El uso de antifibrinolíticos como el ácido tranexámico o el ácido aminocaproico en forma oral e intravenosa puede usarse para detener el sangrado. Se deben considerar los procedimientos no médicos cuando hay una falta de respuesta al tratamiento médico, si el paciente es clínicamente inestable a pesar de las medidas iniciales, o cuando el sangrado abundante y severo justifica una mayor investigación, como un examen bajo anestesia.

Después de la corrección del sangrado menstrual abundante agudo, la terapia hormonal de mantenimiento puede incluir anticonceptivos hormonales combinados, progestágenos orales e inyectables y dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel. El obstetra: los ginecólogos pueden brindar una guía importante a las niñas pre y posmenárquicas y a sus familias sobre los problemas relacionados con la menstruación y deben aconsejar a todas las pacientes adolescentes con un trastorno hemorrágico sobre el uso seguro de medicamentos y las consideraciones quirúrgicas futuras.

### **Comentario:**

### **Orientación práctica sobre el manejo de adolescentes con HMB**

Por Paula J. Adams Hillard, MD

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) ha publicado una Opinión del Comité que aborda un escenario clínico relativamente común: el de una adolescente con sangrado menstrual excesivo que puede presentarse de forma aguda con síncope o con sangrado abundante y prolongado en curso.

El documento destaca la definición de sangrado menstrual abundante (HMB) como la pérdida excesiva de sangre menstrual que interfiere con la calidad de vida física, social, emocional o material de una mujer. Si bien las adolescentes en los primeros años después de la menarquia (los primeros años ginecológicos) suelen tener ciclos anovulatorios que pueden ser algo irregulares, no es cierto que “todo vale” en términos de sangrado menstrual. Los ciclos menstruales de las adolescentes generalmente ocurren en el rango de cada 21 a 45 días, con una duración de 7 días o menos. 2

La Opinión del Comité proporciona una herramienta de detección para ayudar a identificar a las adolescentes que requieren una evaluación adicional para determinar una causa subyacente de HMB, con preguntas específicas sobre su historial menstrual y cualquier otro factor que sugiera un trastorno hemorrágico como la enfermedad de von Willebrand.

Los signos reveladores incluyen empapar las sábanas y sangrar a través de una toalla sanitaria o tampón en 2 horas o menos. Los estudios sugieren que el HMB que se presenta en la menarquia es particularmente probable que esté asociado con un trastorno hemorrágico como la enfermedad de von Willebrand, más comúnmente, pero también con trastornos de la función plaquetaria, trombocitopenia y deficiencias de factores de coagulación.

El adolescente que presenta sangrado abundante agudo requerirá una evaluación inicial de la estabilidad hemodinámica, análisis de laboratorio para descartar embarazo y trastornos hemorrágicos, pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS) si una historia confidencial revela actividad sexual y consideración de pruebas para causas subyacentes de anovulación, como se indica. La siguiente decisión en el árbol de decisiones es si se justifica el ingreso hospitalario, seguido típicamente por manejo hormonal, tradicionalmente con un anticonceptivo oral combinado (AOC).

Los autores de la Opinión del Comité también señalan el uso de una disminución gradual de la progestina en dosis altas si hay contraindicaciones para los estrógenos, aunque en mi propia práctica, he cambiado por completo al uso de progestinas en dosis altas seguido de una disminución gradual, ya que es mucho mejor tolerado que los AOC en dosis altas.

Los errores típicos que veo en mi práctica de derivación incluyen no obtener pruebas de laboratorio para trastornos hemorrágicos (tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial, índice internacional normalizado, fibrinógeno, actividad y antígeno del factor von Willebrand y actividad del factor VIII) antes de iniciar la terapia hormonal. , lo que hace que la interpretación de los estudios de coagulación y las pruebas de von Willebrand sean menos precisas si se prueban mientras el paciente recibe terapia hormonal.

El otro error que veo con frecuencia es el intento de detener el sangrado prolongado, presumiblemente anovulatorio, usando una dosis tradicional de un régimen de una pastilla / día. Por lo general, esta dosis no es suficiente para detener el sangrado. La fisiopatología de la hemorragia anovulatoria incluye la presencia de un endometrio proliferativo excesivamente proliferado o desordenado. Se requiere terapia hormonal de dosis alta para producir el cese de la hemorragia anovulatoria inicialmente, pero luego se requiere una disminución gradual y un cese temporal del tratamiento hormonal para eliminar el endometrio engrosado.

Después de esta hemorragia por privación, que provoca la eliminación del endometrio con proliferación anormal, se puede iniciar la terapia de mantenimiento con una pastilla de una vez al día, administrada de forma continua (reconociendo que aún puede producirse una hemorragia intermenstrual) o permitiendo la hemorragia por privación de forma periódica.

Otro problema de manejo que veo en mi consultorio es la imposibilidad de iniciar la terapia con hierro oral después de un episodio de sangrado agudo o la imposibilidad de controlar los problemas con la adherencia al hierro oral.

El enfoque de evaluación de un adulto con HMB se modifica en adolescentes. Según la Opinión del Comité ACOG, un examen con espéculo no suele ser necesario para un adolescente con HMB. Debido a que las causas estructurales de HMB son raras en los adolescentes (las causas PALM de HMB en el esquema PALM-COEIN3), no se requiere una ecografía pélvica de manera rutinaria y, si se considera necesario debido a la falta de respuesta a la terapia, normalmente se puede realizar con un dispositivo transabdominal de enfoque en lugar de la ecografía transvaginal.

Las perlas adicionales que se proporcionan en el documento ACOG incluyen el recordatorio de que se pueden usar antifibrinolíticos como el ácido tranexámico. Aunque el documento cita la información de prescripción que enumera el uso concomitante de AOC como contraindicación para estos fármacos debido a un aumento teórico del riesgo de trombosis, el dictamen del Comité señala que los datos son escasos y que estos fármacos se han utilizado concomitantemente cuando otras terapias han sido insuficientes para controlar el sangrado.

Por último, las opciones no médicas, como el uso de un catéter de Foley intrauterino, la evacuación por succión de coágulos intrauterinos o un yeso decidual pueden ser apropiadas en raras ocasiones, y cuando se requiere un examen bajo anestesia, se puede proporcionar un dispositivo intrauterino de levonorgestrel para terapia de HMB.

Los médicos en la práctica, sin duda, verán a los adolescentes que se presentan de forma aguda con HMB. Vale la pena señalar la orientación proporcionada por la Opinión del Comité ACOG como una referencia práctica y una guía.

La Dra. Hillard es profesora del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Ginecología de la Universidad de Stanford y Director de Ginecología del Lucile Packard Children's Hospital, Stanford, California. También es miembro del Consejo Editorial de Ginecología / Obstetricia Contemporánea.

*Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani*

## **Referencias:**

1. Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding: ACOG COMMITTEE OPINION, Number 785. *Obstet Gynecol.* 2019;134(3):e71-e83.
2. ACOG Committee Opinion No. 651: Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. *Obstet Gynecol.* 2015;126(6):e143-146.
3. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril.* 2011;95(7):2204-2208, 2208.e2201-2203.

**Fuente:** <https://www.contemporaryobgyn.net/view/acog-guidelines-glance-heavy-menstrual-bleeding-adolescents>