

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL.



Agenda.

1. Caso clínico.
2. Abordaje diagnóstico.
3. Ayudas diagnósticas.
4. Costos.
5. Calidad de vida.
6. Tratamiento.
7. Mensajes para llevar a casa.



https://www.google.com/search?q=hablar+de+lo+que+no+se+habla+menstruacion+&tbm=isch&ved=2ahUKEwj74Ww06_pAhUAQTAH2URCh4Q2-cCegQJABAA&oeq=hablar+de+lo+que+no+se+habla+menstruacion+&gs_lcp=CgNpbWwQQA1DFVLSLWDPgACAB4AYABvgWIAagkgELMC42LjMuNS0xLjQyOjYwAQCGAQGqAQtd3Mtd2l6LWlt2w&client=img&ei=Gha7Xuv6DICGwbkPlaOo8AE&bih=986&biw=2000#imgsrc=ehUgKt-CnyGT8M

Hablar de lo que no se habla...

Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.



Antecedentes personales y familiares.



➤ Historia personal:

- Hemorragia uterina anormal
- Anemia ferropénica secundaria
- Pólipo colónico reseado
- Pterigio ojo derecho.
- Fenotipo hemorrágico: **Hermano con enfermedad de Von Willebrand tipo III.** Edad de diagnóstico tres años desconoce la causa. Hemorragias que amenazan la vida: Trauma de tejidos blandos con objeto contundente en cuero cabelludo, epistaxis, gingivorragia, hematemesis, melamenesis, enterorragia, melenas, hemoperitoneo, hematoma glúteo post traumático, hemartrosis tobillo derecho.

➤ Antecedentes familiares: Sin importancia.

YMQ – EDAD 22 AÑOS



octubre de 2010

COLOCACION DE MIRENA

abril 2012

SOLICITUD DE INSERCIÓN DE LEVONORGESTREL INTRAUTERINO
abril de 2019
EPISTAXIS
GINGIVORRAGIA
enero 2020

HOSPITALIZACION 18
abril 2020

REINGRESO POR HEMORRAGIA INTRA-ABDOMINAL
10 de mayo 2020



3 años



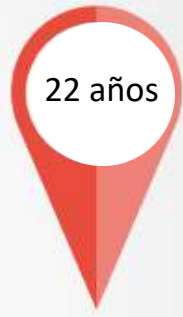
11 años



13 años



21 años



22 años



22 años

DIAGNOSTICO ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND TIPO III

Enfermedad de Von Willebrand tipo III: FVW 0.3% FVIII 1.9%.
 Actividad de Von Willebrand 2.75%.
 Inhibidor contra Von Willebrand negativo.

noviembre 2012
 Reporta hemorragia uterina constante durante 27 días.
 NO sabe si lo expulso o no.

Hemoperitoneo de 2000 cc secundario a ruptura de quiste de ovario, y salpingoforectomía

FUM 18 de Enero de 2020.
Ciclos 30.5.
 Usa dos toallas por día de tamaño normal.
 Se las retira empapadas y expulsa coágulos de 4 cms. Niega dismenorrea.

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL LAPAROSCOPIA

ALTA 2 mayo 2020

INSERCIÓN DE MIRENA 15 de mayo
ALTA 16 mayo 2020

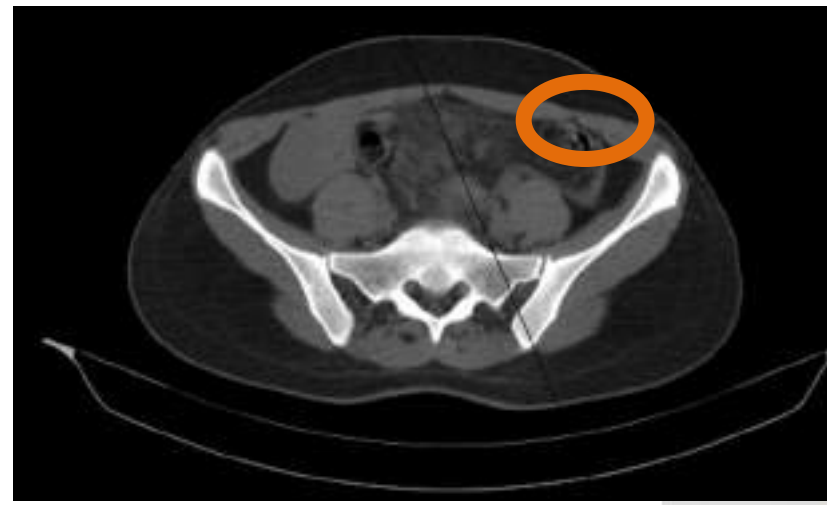


Primera hospitalización: Ingreso 18 de abril 2020.

- Motivo de consulta: Dolor abdominal.
- EA: Cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en dolor sordo constante de intensidad moderada no irradiado no referido localizado en fosa iliaca izquierda acompañado de estrongiuria.
- EF: Buenas condiciones generales, alerta, orientada
- EF: PA 90/54 Fc 62 Sat 96% aire ambiente
- Mucosas rosadas.
- Abdomen blando, depresible, dolor en hipogastrio y en fosa iliaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas.
- Paraclínicos:
 - 18/04/2020 Hb 10.6, Le 8360, Neu 74.7%, Ln 20.1%, plaquetas 299000, Cr 0.56
 - 21/04/2020 ACE- CEA <0.5, BHCG <2, CA 125 40.23, AFP <0.6
 - 22/04/2020 TP10.7, INR 1.02, TPT 51.3



TAC contrastado de abdomen y pelvis.



- 18.04.2020 TOMOGRAFÍA DE ABDOMEN CONTRASTADO TECNICA: HALLAZGOS: Se observa imagen de aspecto quístico compleja con algunas zonas hiperdensas, tabiques y zonas hipodensas con paredes delgadas que mide aproximadamente 41x57mm.

Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.





Ecografía transvaginal.



- 20.04.2020 ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL: **Ovario derecho ocupado por una masa solida bien definida de forma irregular de 67x47mm, que al Doppler muestra circulación periférica. Ovario izquierdo ocupado por un quiste complejo de 62x46mm, de paredes gruesas de 3,3mm, con septos gruesos en su interior e imágenes ecolúcidas redondeadas la de mayor tamaño de 35x33mm**

Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.



Cirugía 24 de abril: Laparotomía.

Con los siguientes hallazgos:

- Se evidencia quiste anexial derecho hemorrágico roto, contenido en asas intestinales, se realiza drenaje y se hace hemostasia selectiva.
- Quiste simple de ovario izquierdo, se realiza cistectomía en vista de sangrado activo se realiza rafia del ovario izquierdo quedando la hemorragia controlada.
- Sangrado en capa del peritoneo, se deja surgicel periovarico bilateral.
- Se realiza liberación de adherencias de epiplón hacia pared abdominal anterior (en región umbilical)
- No hubo complicaciones.
- Se envían muestras a patología.

- Evolución satisfactoria.

- Sale de alta el sábado 2 de mayo de 2020.



Reportes de anatomía patológica.

OVARIO DERECHO

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

Rotulado "ovario y trompa derecha": Se recibe trompa uterina que mide 5x1 cm, de superficie tortuosa con áreas violáceas. Al corte, luz purtiforme. No se identifican fimbrias. Adherido se identifica un fragmento laminar de tejido que mide 4.5x4x1 cm, de superficie hemorrágica y despulida. Se procesa parte representativa en el bloque 1 trompa uterina 3F, bloques 2-3 fragmento laminar adherido 6F. HGO

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

En los cortes representativos de la trompa uterina se identifica pared con ligero adelgazamiento de la capa muscular y aplanamiento del epitelio de revestimiento, además se reconoce infiltrado inflamatorio linfocitos distribuido de forma dispersa hacia la serosa.

En los cortes correspondientes al fragmento laminar, se observa pared constituida por células de la granulosa y de la teca de aspecto luteinizado; con abundante hemorragia central.

No se reconocen hallazgos que sugieran malignidad.

DIAGNÓSTICO:

OVARIO Y TROMPA UTERINA DERECHO (SALPINGOOFECTOMÍA DERECHA):
HALLAZGOS MORFOLÓGICOS A FAVOR DE QUISTE DEL CUERPO LÚTEO HEMORRÁGICO Y ROTO
HISTOLOGÍA DE TROMPA UTERINA DENTRO DE LÍMITES NORMALES
NO SE OBSERVA ATIPIA NI MALIGNIDAD.

OVARIO IZQUIERDO

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

Rotulado "quiste ovario izquierdo": Se recibe un tubo de 2 ml de líquido amarillo claro. Se centrifuga y se extiende en 2 placas con HE. ICG

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

En un fondo proteináceo se identifican escasas células de tamaño pequeño sin atipia citológica.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

QUISTE OVARIO IZQUIERDO:
NEGATIVO PARA MALIGNIDAD.

EN AMBOS SE DESCARTA MALIGNIDAD.

Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.

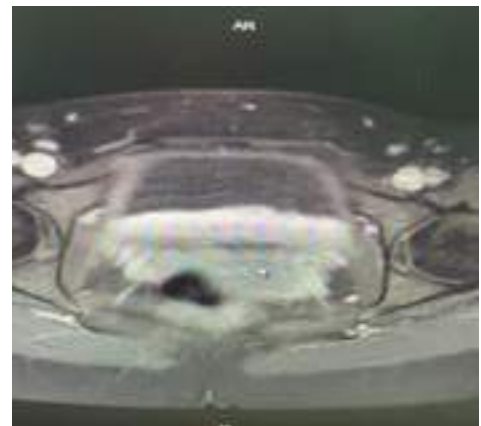
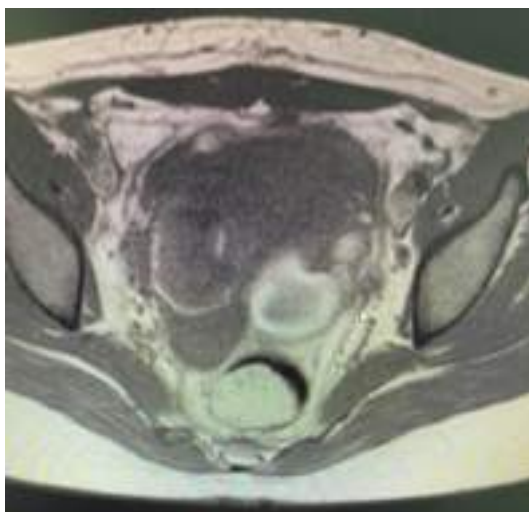
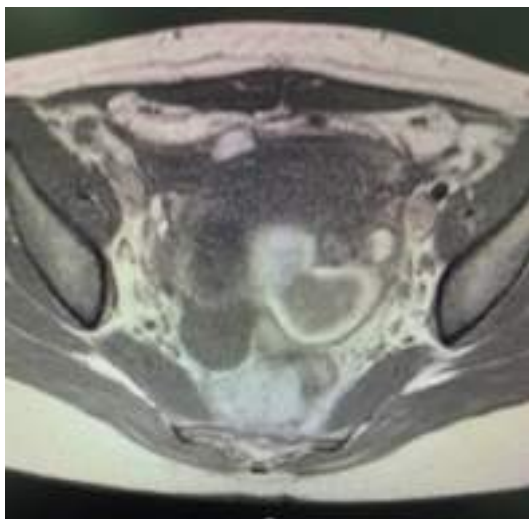


Reingreso 10 de mayo 2020.

- Motivo de consulta: Dolor abdominal.
- EA: Ingresa remitida por cuadro de dolor abdominal de gran intensidad de predominio en fosa iliaca derecha, irradiado a hipogastrio con mejoría discreta al manejo sintomático.
- EF: Paciente en aparentes buenas condiciones generales.
- PA 121/71 Fc 100 Sat 97% aire ambiente.
- Abdomen blando, depresible, dolor en hipogastrio y en fosa iliaca derecha sin signos de irritación peritoneal. Sensación de empastamiento en hipogastrio
- Paraclínicos:
 - HEMOGRAMA: Hb(11.4) Leu(9910) Neu(79%) Plaq(544000) Creatinina(0.46). BHCG cuantitativa (<2) PCR 31.4.
 - Se realizan imágenes.



Imágenes diagnosticas TAC.



- TAC de abdomen contrastado--11/05/2020 **Se identifica lesión anexial sin identificar si corresponde al lado derecho ó izquierdo por éste método, hay componente sólido y quístico, el componente sólido con algunas calcificaciones, 107x84x83mm.**

Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.





Imágenes diagnosticas Resonancia.



- RMN Hematoma pélvico multiseptado en fondo de saco posterior, en íntimo contacto con el útero y asas intestinales pélvicas, rodeando al parénquima ovárico, ante la presencia de lesiones extensas hemorrágicas pélvicas que involucran ovarios y con tendencia a confluir en fondo de sacos uterino,

Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.





Imágenes diagnosticas Ecografía.



- Eco tv 11/05/2020. Ovario izquierdo de 36 mm x 25 mm en región paraovárica se evidencia quiste complejo de paredes irregulares de 44 mm x 61 mm con múltiples septos incompletos delgados de 1,2 mm y zona densa hiperecogénicas de 28 mm x 15 mm, que al Doppler no muestra circulación. Ovario derecho de 45mm x 34mm, con lesión sólida en su interior de 33 mm x 26 mm que al Doppler muestra circulación periférica, escaso líquido libre periovarico.

Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.





2. Abordaje diagnóstico.



Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.



Historia Clínica.

F
E
M
E
N
O
T
I
P
O

H
E
M
O
R
R
A
G
I
C
O

- **Subjetivo:** Fecha de la ultima menstruación, duración, periodicidad, uso de toallas en 24 horas, tipo, tamaño, suficiencia, uso adicional de tampones, características al retiro, frecuencia del cambio, se rebose, fugas nocturnas, expulsión de coágulos, tamaño, volumen del sangrado, presencia de cólicos y manejo de los mismos. Ausentismo laboral o escolar; afectación de la vida diaria.
- **Antecedentes personales:** Menarca, abortos, hemorragia durante la gestación, parto y puerperio. Otras manifestaciones hemorrágicas: Epistaxis, gingivorragia, hematoquexia, enterorragia, hematuria, petequias equimosis, hemartrosis, hemorragias musculares hematomas post vacunales, hemorragia post extracción o post quirúrgica; terapia transfusional.
- **Antecedentes familiares:** Muertes por hemorragia, muertes durante el parto o puerperio, hemorragias anormales en hombres y mujeres, intracraneanas, epistaxis, gingivorragia, hematuria, hematemesis, melamenesis, melenas, enterorragia, hematoquexia, equimosis, petequias, hemartrosis, hemorragias musculares, hemorragia post extracción o post quirúrgica. Consanguinidad.



Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.

Menstruación normal.



- Según la FIGO se presenta entre los días 24 y 38 del ciclo y con una regularidad de mes a mes \pm 2 días, con una duración de entre 4 y 8 días y cuya cantidad no afecta la calidad de vida, (cantidad 5-80 ml/ciclo) y no es causa de anemia ferropénica.

- Mediana de 30ml/ciclo.

https://www.google.com/search?q=MESTRUACION+NORMAL+VIDA+NORMAL&tbn=isch&ved=2ahUKEwIKtKS97jPaHUPtIMKHcaGDT8Q2-cCegQIABAA&oeq=MESTRUACION+NORMAL+VIDA+NORMAL&gs_lcp=CgNpbWcQAZoECAAQHIDq5QRY9fQeYIP8BGgAcAB4AIAbsQGIAC4NkgEEMC4xMpgBAKABAoBC2d3cy13aXotaW1n&scient=img&ei=3B3AXorWK4-czQLGjbb4Aw&bih=853&biw=847#imgrc=zVOrqOF35mTM6M&imgdii=Cu12p_VwxKxMIM



Hemorragia uterina anormal.



<https://www.google.com/search?q=HEMORRAGIA+UTERINA+ANORMAL+MUJER+CON+DOLOR+SEVERO&btn=>

- Pérdida de sangre menstrual excesiva que interfiere con la calidad de vida física, emocional, social y económica; se presenta sola o en combinación con otros síntomas.
- Dismenorrea, expulsión de coágulos de 2 cms o mas, cefalea, irritabilidad, dolor lumbar, astenia, adinamia, epistaxis (menstruación vicariante), mastodinia.
- Las pacientes con coagulopatías sangran mas: No solo por el útero, sino por las fosas nasales, encías, tubo digestivo, vías urinarias y piel.
- Adolescentes sin alteraciones pélvicas se les debe descartar trastorno hemorragiparo.



Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.

Por deficiencia de hierro con o sin anemia.

- Cefalea bitemporal pulsátil, hipersomnia, irritabilidad, disminución en la concentración, adinamia, astenia, efluvio, mareos, pérdida de las cejas y pestañas, onicorrexis, anosmia, ageusia, pica, disfagia, disnea, cansancio fácil, palpitaciones, dolor precordial, fatiga epigástrica, rechazo al consumo de carnes rojas, calambres, edema en extremidades inferiores y palidez.
- Deterioro en la calidad de vida y dificultades en el desarrollo del proyecto de vida.
- Antes que la anemia se presente:
 - ✓ Prelatente: Ferritina baja.
 - ✓ Latente: Ferritina y saturación baja.



https://www.google.com/search?q=MSTRUACION+NORMAL&tbm=isch&ved=2ahUKEwivY767tpAhVUBFMKHR8ABvQ2-cCegQIABAAB&oeq=MSTRUACION+NORMAL&gs_l=cp&imgdwwcQatICCAyBggAEaoQGDbhCCM0G6gIQz0ECCM0z0fCAAQgWE6BzA7c1VGBAgEeB5CQZAIWI69CGCwwhoBHAAeGAACsCIAHAHIBCDauMTkUMS4xmAEAoAEBgELZ3dtLXdpei1pbWewAQo&scclient=img&e=1x3AXU_1M91gzwKf2TABQ&bih=853&biw=847#imgrc=0Qsz2OF1pREAM&imgdii=xz2oljKdWpCM

Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín. 2020.



Hemorragia uterina anormal.

- Afecta el 10 al 20% de las mujeres en vida reproductiva.
- Adolescentes 5% al 36%
- Se presenta tanto en ciclos anovulatorios como ovulatorios. Siendo mas tardío el diagnostico en este ultimo.
- El 25% de las mujeres con pérdidas menstruales superiores a 80 ml tienen anemia ferropénica.
- Hasta el 5% pueden requerir ingreso a UCI.
- El 20% portan coagulopatía congénita heredada: EVW, deficiencias de FXI, IX, VIII, trombocitopatía y trombocitopenia.
- La frecuencia de coagulopatías es del 8% al 62%.

1 de cada 5.



<https://www.google.com/search?q=MUJERES+AMIGAS+&tbm=isch&ved=2ahUKewiKtKS977jpaAhtPTIMKHcaGDT8Q2-cCegQIABAA&ooq>



Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín, 2020.

Nirupama K De Silva, MD Up to Date abril de 2020. BP&COG 48 (2018) 51 - 61 .
The journal of pediatrics vol 138 n 6, 2001 pp 856 - 861.
The journal of pediatrics vol 166 n 1 , 2015 pp 195 - 197.
ASH Education program book 2018 pp 390 – 398.
Haematologica 2020 Volume 105(7):1969-1976



Frecuencia de HUA en pacientes con coagulopatías.

E. Von Willebrand	32-100%
Trombocitopatias.	51-98%
Deficiencia de factor XI	59%
Portadoras con hemofilia A y B.	10-57%
Otros defectos raros de la coagulación	35-70%

TI, deficiencia de factor X

Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.





Por que el útero sangra mas?



- Al igual que la cavidad nasal, oral, articular y en vías urinarias es mas activa la fibrinolisis y ella lisa el coagulo.
- El aumento de la actividad fibrinolítica es mas critico en el contexto de la deficiencia de factores de coagulación dado a que no se producen cantidades suficientes de trombina y el fibrinógeno no pasa a fibrina.
- Se paraliza la coagulación.

<https://www.menudospeques.net/salud/sangrado-uterino-disfuncional>



Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.



Causas por edad.

CAUSAS	AÑOS			
	13-19	20-34	35-49	50+
Anovulación adolescente	→			
Desarreglo hormonal	→			
Lesión anatómica			→	→
Enfermedades sistémicas		→		
Terapia anticoagulante		→		
Complicación posoperatoria			→	→
Hipotiroidismo		→		
Anovulación perimenopáusica			→	→

En coagulopatías las manifestaciones hemorrágicas aparecen en los primeros cinco años de vida; a veces asintomáticas y la mayoría se hacen evidentes o mas graves con la menarca.





3. Ayudas diagnósticas.



Ayudas diagnósticas.

- Hemograma, extendido de sangre periférica.
- TSH: El hipotiroidismo descompensado se correlaciona con la disminución de las concentraciones de factor VIII, IX y Von Willebrand además del aumento de la fibrinólisis.
- Ecografía transvaginal.
- Cuantificación de factores: VIII, Von Willebrand, IX y XI.
- Curva de agregación plaquetaria.



<https://www.google.com/search?q=exámenes+de+laboratorio&tbm=isch&ved=>

Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Médico Internista Hematólogo. Medellín 2020.

Ayudas diagnósticas.

- Las mediciones de concentraciones de factor VIII y Von Willebrand deben ser hechas en ausencia de la utilización de anticonceptivos hormonales: Dado el aumento las concentraciones de factor.
- Tomarlos 7 días después del inicio de la hemorragia uterina.
- Para la agregometría verificar que no hayan consumido AINES o otros antiagregantes en los últimos siete días.
- TP, TTP normales no descartan coagulopatía: Para que estos se prolonguen se requiere que las concentraciones de factor sean menores al 30%.
- Tiempo de sangría: Es obsoleto.



<https://www.google.com/search?q=exámenes+de+laboratorio&tbm>

Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.



4. Costos.



Costos.

OFERTA COMERCIAL					
MARCA	CAPACIDAD	PRESENTACION	REFERENCIA	PRECIO	COSTO UNITARIO
NOSOTRAS®	FLUJO NORMAL	40	INVISIBLE RAPIGEL	21,590	539
	FLUJO FUERTE	10	NOSOTRAS BUENAS NOCHES	10,390	1039
KOTEX®	FLUJO NORMAL	30	NORMAL CON ALAS	11,530	383
	FLUJO FUERTE	30	NOCTURNA PROTECCIÓN Y AJUSTE	23,250	775
STAYFREE®	FLUJO NORMAL	10	NORMAL CON ALAS	3,490	340
	FLUJO FUERTE	8	NOCTURNA	3,990	498
O.B.®	FLUJO NORMAL	16	MEDIO	9,690	605
	FLUJO FUERTE	16	SUPER	10,540	658
ELLAS®	FLUJO NORMAL	10	ALAS SUPER CONFORT	2,890	289
	FLUJO FUERTE	10	NOCTURNA	3,990	399

El uso de compresas y otros aditamentos dependerá del volumen hemorrágico, los hábitos de higiene y la situación económica.





HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL DE ALTO FLUJO COSTO PROMEDIO POR 10 DIAS POR MES					
8 COMPRESAS DIURNAS NORMAL	COSTO TOTAL COMPRESAS DIURNAS	1 COMPRESA NOCTURNA	COSTO TOTAL NOCTURNAS	TOTAL\$	TOTAL US
\$ 4.312	\$ 43.120	\$ 1.039	\$ 10.390	\$ 53.510	Us 13.37
En ocasiones usan maternas, pañales o sabanas y/o se combinan con tampones NO SON BIODEGRADABLES					





<http://accesalud.femexer.org/estrategias-para-mejorar-la-calidad-de-vida-parte-1/>

5. Calidad de vida.



Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.

Calidad de vida.

- 184 adolescentes entre 13 y 18 años.
 - PedsQL 4.0
 - Dismenorrea y hemorragia abundante con compromiso en la calidad de vida.
 - No se buscaron coagulopatías.
-
- 46 adolescentes entre 10 y 18 años.
 - PedsQL 4.0 escala genérica, su versión Proxy PedsQL 4.0 al tutor.
 - Mayor compromiso en la dimensión emocional: Ausentismo escolar, no realización de educación física y aislamiento social.
 - El 34.8% tenían coagulopatías (EVW, hiperfibrinolisis) y trombocitopatías.



Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.



Calidad de vida.

- La calidad de vida durante la menstruación: Se evaluaron en 99 pacientes: vWD (57), portadores de hemofilia A (17), portadores de hemofilia B (7) y deficiencia de FXI (18).
- El 39% ausentismo laboral.
- El 51% experimentó dismenorrea moderada, grave o muy grave.
- La calidad de vida fue estadísticamente peor en pacientes con vWD, puntajes menstruales > 100 de acuerdo con el cuadro de evaluación de sangre (PBAC), aquellos que tuvieron períodos ≥8 días y aquellos que experimentaron fugas menstruales o expulsión de coágulos.



Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.



Que le sucede a una mujer con Von Willebrand?.

Menstrual related	Other menstrual issues	Childbirth related
<ul style="list-style-type: none"> • Majority with heavy menstrual bleeding • Iron-deficiency anemia • Increased rate of surgical interventions: dilatation and curettage, hysterectomy • Decreased quality of life (increased time lost from school/work, ?increased anxiety/depression) 	<ul style="list-style-type: none"> • Increased prevalence of midcycle pain (Mittelschmerz) and dysmenorrhea • Risk of hemoperitoneum • ?increased incidence of endometriosis, polyps, fibroids 	<ul style="list-style-type: none"> • Postpartum hemorrhage <24h • Postpartum hemorrhage >48h up to 4 weeks • Vulvar hematoma

Las mujeres con VWD tienen riesgo alto de SMA en comparación con la población general y la prevalencia de SMA varia entre 78% y 97%.



Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.



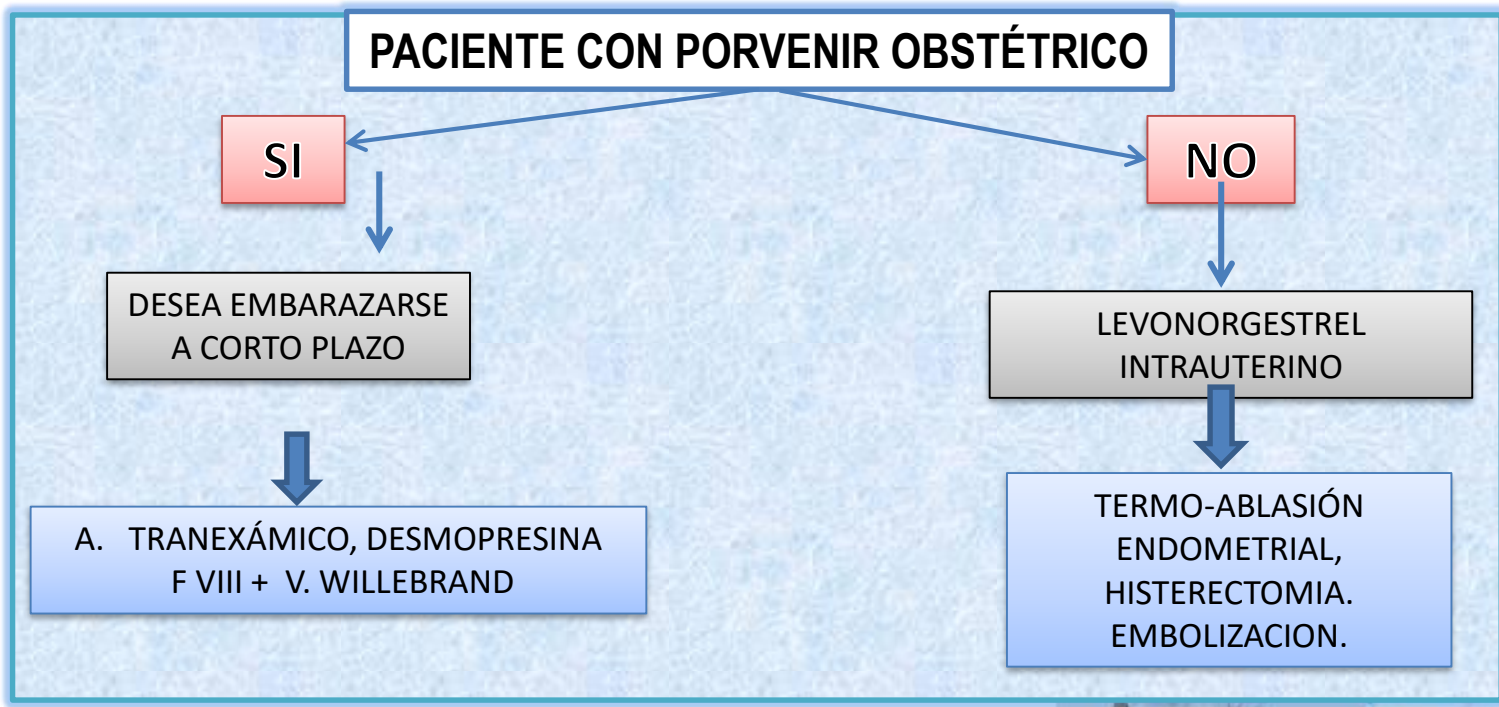
6. Tratamiento.



Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.



Tratamiento.




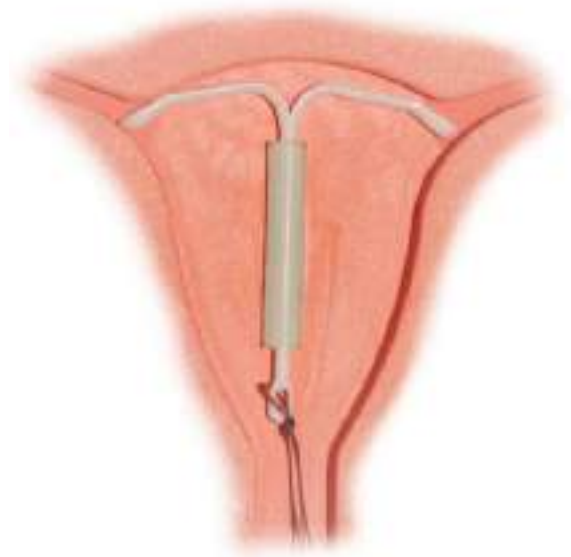
Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.

Lee CA, Berntorp EE, Hoots WK. Von Willebrand disease. Textbook of Hemophilia 3rd Edition. Wiley Blackwell, 2013. Part XIV capitulo 47: 345 . 351. American Journal Obsterics and Ginecology Julio 2009 pp 12e1-12 e 8. Cochrane Database Syst Rev. 2015; (4):CD002126.



Levonorgestrel intrauterino.

- De primera elección en pacientes que deseen conservar su porvenir obstétrico.
- Ha demostrado ser superior a los implantes subdérmicos y a los anticonceptivos orales.
- Nulíparas y niñas de 12 años???
- Noretindrona 5 mg vo cada 24 horas.
- El objetivo fundamental es controlar el SMA; la anticoncepción es un valor agregado.



Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.



Tratamiento.

- Manejo en conjunto con ginecología.
- Ácido tranexámico 500mg, vía oral, cada 6 horas.
- Si hay dolor abdominal hioscina simple tableta de 10mg cada 6 horas. NO hacerlo en caso de ser alérgico. Como alternativa el acetaminofén puede ser útil.
- Considerar el uso de desmopresina en pacientes respondedores con hemofilia A leve y moderada o EVW Tipo 1 y 2.
- Nunca utilizar AINES pues agravan la hemorragia.



Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.

Tratamiento específico.

- Si la paciente porta *diagnóstico de enfermedad de von willebrand* y tiene compromiso hemodinámico caracterizado por T/A menor a 90/60 mmHg y FC mayor a 100 pulsaciones por minuto, hipotensión ortostática, palidez, sudoración y mareo, infundir concentrado de factor viii enriquecido con von willebrand a 50 UI/kg.
- Remitir al paciente al servicio de urgencias para ser valorada por ginecología.
- Considerar la embolización de la arteria uterina.
- La profilaxis farmacológica con concentrados de factor se considerara en situaciones muy específicas y una vez se hayan agotado otras alternativas terapéuticas.



https://www.google.com/search?q=CONSULTA+MEDICA+HEMORRAGIA+UTERINA&tbn=sch&ved=2ahUKewiknLLgbnpAhVDLVMKHR0BB8kQ2-cCegQJABAA&oeq=CONSULTA+MEDICA+HEMORRAGIA+UTERINA&gs_lcp=CgNpbWwCQazoECAAOQz7cCA68ggAEAgDhjoECAAOQz7AJYq58DYkya2gCcAB4AIBhQKIAT0YkgEGMC4YMCAnAEAoAEBagELZ3dzLXdpei1pbWc&scid=img&ei=CJHAXqTVFsPazAKdgpzIDAA&bih=925&biw=2000&imgref=c-JGKWK7MRVWPFYOM

Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín. 2020.

Tratamiento específico.



- **En caso de Hemofilia A o B** utilizar concentrados de factor específico (50ui o 40ui por kg dosis respectivamente); si se trata de hemofilia C el plasma fresco congelado a una dosis de 15 cc por Kg.
- La profilaxis farmacológica con concentrados de factor se considerara en situaciones muy específicas y una vez se hayan agotado otras alternativas terapéuticas.
- Paciente con trombocitopatía son útiles los concentrados de plaquetas por aféresis o el concentrado de factor VII en tromboastenia de Glanzmann.
- Paciente con trombocitopenia y hemorragia indicar transfusión de concentrados de plaquetas cuando el recuento sea menor o igual a 20000 por mm.
- Remitir al paciente al servicio de urgencias para ser valorada por ginecología.
- Considerar la embolización de la arteria uterina.

https://www.google.com/search?q=CONSULTA+MEDICA+HEMORRAGIA+UTERINA&tbn=isch&ved=ZahUKewknLLigbnpAhVDLVMKHROBB8KQ2-cCegQIABAA&oeq=CONSULTA+MEDICA+HEMORRAGIA+UTERINA&gs_lcp=CgNpbWcQAz0ECAAQZ0oCCAA6BggAEAgQHjoECAAQGFC_7AIYq58DYkykA2gCCAB4AIAbhQKIAFOYkgEGMC4yMC4xmAEoAE8qgELZ3dzLXdpeI1pbWc&scient=img&ei=CJHAXqTvFsPazAKdgpzIDA&bih=925&biw=2000&imgref=A1xvTW40Z7U9M



Dr. Mauricio Jaramillo Restrepo Medico Internista Hematólogo. Medellín 2020.

7. Mensajes para llevar a casa.



- En pacientes con coagulopatías congénitas:
1. Hacer el manejo conjunto entre ginecología y hematología.
 2. La ecografía transvaginal es fundamental para descartar lesiones estructurales.
 3. En quienes no se documente lesión estructural descartar coagulopatía.
 4. Si la sospecha es coagulopatía nunca utilizar aines.

**GRACIAS.
MEDELLIN
2020.**

