

	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



**Estándar clínico basado en la evidencia: diagnóstico y tratamiento sintomático  
de la paciente con hemorragia uterina anormal en el Hospital Universitario  
Nacional de Colombia**

Hospital Universitario Nacional de Colombia  
Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia  
2024

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

## Versión previa a diagramación

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

**Estándar clínico basado en la evidencia: diagnóstico y tratamiento sintomático  
de la paciente con hemorragia uterina anormal en el Hospital Universitario  
Nacional de Colombia**

**Hospital Universitario Nacional de Colombia**



Dirección de Investigación e Innovación  
Proceso de Atención Ambulatoria  
Proceso de Atención en Cirugía  
Proceso de Atención en Cuidado Crítico  
Proceso de Atención en Hospitalización  
Proceso de Atención en Patología y Laboratorio Clínico  
Proceso de Atención en Radiología e Imágenes Diagnósticas  
Proceso de Atención en Servicio Farmacéutico  
Proceso de Gestión Comercial y Mercadeo

**Universidad Nacional de Colombia**

Facultad de Medicina  
Departamento de Ginecología y Obstetricia  
Departamento de Imágenes Diagnósticas  
Departamento de Medicina Interna  
Departamento de Patología  
Instituto de Investigaciones Clínicas

Facultad de Enfermería  
Departamento de Enfermería

Facultad de Ciencias  
Departamento de Farmacia

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### **Grupo desarrollador del estándar clínico basado en la evidencia**

#### **- Líderes del proceso**

#### **Cristhiam David Sánchez Corredor**

Médico Cirujano, especialista en obstetricia y ginecología, magíster en educación médica. Se desempeña como médico ginecólogo en el Proceso de Atención en Cirugía del Hospital Universitario Nacional de Colombia y Profesor Auxiliar del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional de Colombia.

#### **Silvia Alejandra Blanco Jaimes**

Médica cirujana, residente de tercer año de la especialidad en obstetricia y ginecología de la Universidad Nacional de Colombia.

#### **Johanna Catherine Penagos Díaz**

Médica cirujana, residente de tercer año de la especialidad en obstetricia y ginecología de la Universidad Nacional de Colombia

#### **- Especialistas clínicos participantes**

#### **Bernarda Jinneth Acosta Forero**



Médica, especialista en patología. Se desempeña como médica especialista del Proceso de Atención en Patología y Laboratorio Clínico del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

#### **Wilmer Aponte**

Médico cirujano, especialista en radiología e imágenes diagnósticas, especialista en radiología pediátrica y especialista en administración en salud pública. Se desempeña como profesor asociado y director del Departamento de Imágenes Diagnósticas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, radiólogo y director del Proceso de Atención en Radiología e Imágenes Diagnósticas del Hospital Universitario Nacional de Colombia y radiólogo pediatra del Hospital de la Misericordia.

#### **María Camila Bautista González**

Médica y cirujana, especialista en anestesiología y reanimación. Se desempeña como médica anesestesióloga del Proceso de Atención en Cirugía del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

**Mariana Díaz Amaya**

Psicóloga, especialista y magíster en psicología médica y de la salud. Se desempeña como psicóloga en el proceso de Atención en Hospitalización y el Proceso de Atención ambulatoria del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

**Juan José Duque Ramírez**

Médico especialista en endocrinología, se desempeña como tal en el Proceso de Atención Ambulatoria del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

**Leonardo José Enciso Olivera**

Médico cirujano, especialista en medicina interna y especialista en hematología. Se desempeña como médico especialista en hematología en el Proceso de Atención en Hospitalización del Hospital Universitario Nacional de Colombia y en el Hospital Universitario de La Samaritana.

**Hernando Guillermo Gaitán Duarte**

Médico cirujano, especialista en obstetricia y ginecología, magíster en Epidemiología Clínica, se desempeña como profesor titular del Departamento de Obstetricia y Ginecología e Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

**Andrea Ibáñez Triana**



Química farmacéutica. Se desempeña como química farmacéutica asistencial del Proceso de Atención en Servicio Farmacéutico del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

**Luisa Fernanda Morales Pinilla**

Médica general, especialista en psiquiatría, estudiante de la maestría en docencia de la Universidad del Rosario y la Universidad Pontificia Javeriana. Se desempeña como médica especialista en psiquiatría del Proceso de Atención Ambulatoria en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.

**Thalia Lizbeth Moreno Sierra**

Médica general. Se desempeña como médica hospitalaria en el Proceso de Atención en Hospitalización del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### **Luis Martín Rodríguez Ortegón**

Médico cirujano, especialista en obstetricia y ginecología, magíster en anticoncepción y salud sexual y reproductiva. Se desempeña como profesor auxiliar del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional de Colombia y como ginecólogo en el Proceso de Atención en Cirugía del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Johanna Parra Márquez**

Enfermera, especialista en gerencia y seguridad y salud en el trabajo. Se desempeña como enfermera en el Proceso de Atención en Hospitalización del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **María del Pilar Negret Delgado**

Médica cirujana, especialista en ginecología y obstetricia y especialista en medicina crítica y cuidado intensivo. Se desempeña como médica intensivista en el Proceso de Atención en Cuidado Crítico del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Geraldine Tatiana Piraquive**



Enfermera, especialista en enfermería en cuidado crítico y magíster en cuidado crítico. Se desempeña como enfermera en el Proceso de Atención en Cuidado Crítico del Hospital Universitario Nacional de Colombia y como profesora ocasional en el Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

### **Milena Rocha Sierra**

Enfermera, especialista en auditoría. Se desempeña como auditora en el Proceso de Gestión Comercial y Mercadeo del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Ariel Iván Ruiz Parra**

Médico cirujano, especialista en ginecología y obstetricia y en biología de la reproducción, magíster en educación y magíster en epidemiología clínica. Se desempeña como médico ginecólogo en el Proceso de Atención en Cirugía del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001

- **Coordinadores metodológicos**

**Natalia Losada-Trujillo**

Médica cirujana, especialista en epidemiología, estudiante de la maestría en Epidemiología clínica de la Universidad Nacional de Colombia. Se desempeña como metodóloga de investigación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.



**Giancarlo Buitrago**

Médico cirujano, magíster en Economía y en Epidemiología Clínica, y doctor en Economía. Es profesor asociado y Vicedecano de Investigación y Extensión de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, y director de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

- **Seguimiento del proceso**

**Comité de Estándares Clínicos**

Universidad Nacional de Colombia, Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### **Agradecimientos**

Agradecemos a la comunidad del Hospital Universitario Nacional de Colombia y a la Universidad Nacional de Colombia por su acogida en el desarrollo de estándares clínicos basados en la evidencia (ECBE). Agradecemos su apoyo al proceso, su disponibilidad para el desarrollo de la propuesta y su interés en brindar el mayor beneficio a los pacientes, teniendo en cuenta la mejor evidencia y el aprovechamiento de los recursos disponibles.

Este documento ha recibido apoyo durante su desarrollo, aportes de diferentes profesionales, por lo que hace mención especial a:

#### **- Profesionales de investigación**

##### **Andrés Felipe Patiño Benavidez**

Médico cirujano, magíster en epidemiología clínica. Metodólogo de investigación de la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

##### **Paula González-Caicedo**

Fisioterapeuta, estudiante de la maestría en epidemiología clínica de la Universidad Nacional de Colombia. Se desempeña como Metodóloga de Investigación en la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

##### **María José Hoyos Bedoya**

Médica cirujana, estudiante de la maestría en epidemiología clínica de la Universidad Nacional de Colombia. Metodóloga de Investigación de la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

##### **Natalia Garzón Barbosa**



Psicóloga, profesional de apoyo administrativo, Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

#### **- Expertos metodológicos asesores del proceso**

##### **Rodrigo Pardo Turriago**

Médico y cirujano, especialista en neurología clínica, magíster en Epidemiología Clínica, se desempeña como profesor titular del Departamento de Medicina Interna e Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.





 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

**Hernando Guillermo Gaitán Duarte**

Médico cirujano, especialista en obstetricia y ginecología, magíster en Epidemiología Clínica, se desempeña como profesor titular del Departamento de Obstetricia y Ginecología e Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.



**Anamaría Vargas Cáceres**

Ingeniera industrial, estudiante de la maestría en ingeniería industrial de la Universidad Nacional de Colombia. Se desempeña como analista sénior de investigación de la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



### CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

- **Coordinación clínica:** Cristhiam David Sánchez Corredor, Silvia Alejandra Blanco Jaimes y Johanna Catherine Penagos Díaz.
- **Coordinación metodológica:** Giancarlo Buitrago Gutiérrez y Natalia Losada Trujillo.
- **Definición de alcance y objetivos:** Cristhiam David Sánchez Corredor Silvia Alejandra Blanco Jaimes, Johanna Catherine Penagos Diaz y Natalia Losada Trujillo.
- **Revisión sistemática de guías de práctica clínica:** Cristhiam David Sánchez Corredor Silvia Alejandra Blanco Jaimes, Johanna Catherine Penagos Diaz y Natalia Losada Trujillo.
  
- **Algoritmo clínico preliminar:** Cristhiam David Sánchez Corredor Silvia Alejandra Blanco Jaimes, Johanna Catherine Penagos Diaz y Natalia Losada Trujillo.
- **Acuerdo interdisciplinario:** Cristhiam David Sánchez Corredor Silvia Alejandra Blanco Jaimes, Johanna Catherine Penagos Diaz , Natalia Losada Trujillo, Bernarda Jinneth Acosta, Wilmer Aponte, Maria Camila Bautista Gonzalez, Mariana Díaz Amaya, Juan José Duque, Leonardo Jose Enciso Olivera, Hernando Gaitán, Andrea Lizeth Ibañez Triana, Luisa Fernanda Morales Pinilla, Thalia Lizeth Moreno Sierra, Maria del Pilar Negret Delgado, Johana Parra Narvaez, Geraldine Tatiana Piraquive Niño, Milena Rocha Sierra, Luis Martín Rodríguez Ortegón y Ariel Ivan Ruiz Parra.
- **Algoritmo clínico final:** Cristhiam David Sánchez Corredor, Silvia Alejandra Blanco Jaimes, Johanna Catherine Penagos Diaz y Natalia Losada Trujillo.
- **Revisión y edición:** Silvia Alejandra Blanco Jaimes, Johanna Catherine Penagos Diaz, Paula González-Caicedo y María José Hoyos Bedoya.
- **Seguimiento del proceso:** Comité de Estándares Clínicos.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



## Contenido

Introducción .....	16
Alcance .....	18
Objetivos .....	19
Metodología .....	20
Diagramas de flujo y puntos de control .....	24
Implementación del estándar clínico basado en la evidencia y evaluación de la adherencia. 1	
Impacto esperado del ECBE .....	2
Actualización del ECBE .....	3
Glosario .....	4
Referencias.....	6
Anexos.....	12

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia.....	22
<b>Tabla 2.</b> Criterios diagnósticos de hemorragia uterina anormal .....	28
<b>Tabla 3.</b> Cuestionario de calidad de vida relacionada con la menstruación, CVM-22 (12). .	30
<b>Tabla 4.</b> Terminología para la práctica clínica general de Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA).....	33
<b>Tabla 5.</b> Terminología para la práctica clínica general de International Endometrial Tumor Analysis (IETA). .....	34
<b>Tabla 6.</b> Criterios Cancer Scoring System (HYCA) .....	38
<b>Tabla 7.</b> Bleeding Assessment Tool (BAT) .....	40
<b>Tabla 8.</b> Sistema de clasificación del estado fisiológico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA PS), 2023.....	62
<b>Tabla 9.</b> Indicadores para la medición de puntos de control .....	1

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Metodología del proceso secuencial de desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento sintomático de la paciente adulta con HUA en el Hospital Universitario Nacional de Colombia .....	20
<b>Figura 2.</b> Diagrama de flujo para el diagnóstico y tratamiento de la paciente con hemorragia uterina anormal admitida al Hospital Universitario Nacional de Colombia (consulta externa, hospitalización general o unidad de cuidado intensivo).....	24
<b>Figura 3.</b> Sección 1 del diagrama de flujo: diagnóstico de la paciente con hemorragia uterina anormal.....	25
<b>Figura 4.</b> Sección 2 del diagrama de flujo: tratamiento médico intrahospitalario de la paciente con diagnóstico de hemorragia uterina anormal. ....	45
<b>Figura 5.</b> Sección 3 del diagrama de flujo: tratamiento médico ambulatorio de la paciente con diagnóstico de hemorragia uterina anormal.....	49
<b>Figura 6.</b> Sección 4 del diagrama de flujo: tratamiento quirúrgico o por radiología intervencionista de la paciente con diagnóstico de hemorragia uterina anormal. ....	60
<b>Figura 7.</b> Sección 5 del diagrama de flujo: tratamientos complementarios en la paciente con diagnóstico de hemorragia uterina anormal .....	67



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### Abreviaturas

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
AINES	Antiinflamatorios no esteroideos
AOC	Anticonceptivos orales combinados
ASA PS	Sistema de clasificación del estado fisiológico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos
BhCG	Gonadotropina coriónica humana beta
CIE-10	Clasificación internacional de las enfermedades, décima edición
COEIN	Coagulopatía, disfunción ovulatoria, endometrio, iatrogenia, no clasificada
CUPS	Clasificación única de procedimientos en salud
CYP3A4	Citocromo P450 3A4
DIU LNG	Dispositivo intrauterino liberador de Levonorgestrel
ECBE	Estándares Clínicos Basados en Evidencia
EVW	Enfermedad de Von Willebrand
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FVW	Factor de Von Willebrand
GnRH	Hormona liberadora de gonadotropinas
GPC	Guías de Práctica clínica
Hb	Hemoglobina
HUA	Hemorragia Uterina Anormal
HUN	Hospital Universitario de Colombia
NICE	Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

OMS	Organización Mundial de la Salud
PA	Presión arterial
PALM-COEIN	Pólipos, adenomiosis, leiomiomas, malignidad, coagulopatía, disfunción ovulatoria, desórdenes endometriales, iatrogenia y no clasificados
TP	Tiempo de protrombina
TSH	Hormona estimulante del tiroides
TRH	Terapia de reemplazo hormonal
TTP	Tiempo de tromboplastina parcial
UCI	Unidad de Cuidado Intensivo

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

## Introducción

La hemorragia uterina anormal (HUA) se define como cualquier anomalía en la duración, volumen, frecuencia o regularidad del sangrado menstrual (1). Su prevalencia a nivel mundial varía entre el 3% a un 52% dependiendo de la terminología utilizada, y se estima que aproximadamente un tercio de las mujeres presentan HUA en alguna etapa de su vida reproductiva. Esto representa el 70% de las visitas a la consulta ginecológica en mujeres premenopáusicas y el 5% en posmenopáusicas, generando adicionalmente múltiples ingresos a urgencias asociadas a esta condición (2,3).



Algunas pacientes pueden presentar síntomas leves, sin embargo, la gran mayoría tienen síntomas moderados a graves con impacto en su calidad de vida, interpretado en años laborales perdidos por incapacidades médicas y gastos derivados del uso continuo de los sistemas de salud (4). Estos síntomas producen pérdida crónica de sangre que contribuye al desarrollo de anemia ferropénica hasta en un 27% de los casos, la cual puede cronificarse por persistencia de la etiología y la frecuente intolerancia a tratamientos con hierro oral (5).

Las principales causas de HUA pueden agruparse en el acrónimo propuesto por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO): PALM-COEIN (Pólipos, adenomiosis, leiomiomas, malignidad, coagulopatía, disfunción ovulatoria, desórdenes endometriales, iatrogenia y no clasificadas), dividiéndolas en estructurales y no estructurales, con el fin de orientar el diagnóstico y tratamiento (6).

Una anamnesis y una exploración física minuciosa son fundamentales para identificar la etiología de la HUA (4), sin embargo, una paciente puede cursar de manera concomitante con dos o más etiologías, lo que dificulta su abordaje (1). Al realizar la valoración de la paciente con HUA, es necesario descartar que el sangrado se encuentre asociado a un estado de embarazo y que no provenga de otras localizaciones ginecológicas como vagina, vulva, cérvix o no ginecológicas como recto y uretra (7). Adicionalmente, deberán evaluarse niveles de hemoglobina (Hb) en busca de anemia y solicitar una ecografía pélvica ginecológica para evaluar patologías estructurales. Según la etiología, la HUA puede tratarse eficazmente mediante medidas farmacológicas y quirúrgicas bastante eficaces dependiendo de la edad, el deseo reproductivo y otras condiciones asociadas (8).



En el contexto específico del Hospital Universitario Nacional de Colombia (HUN), la HUA fue la principal causa de hospitalización por el servicio de ginecología según la base de datos de facturación del año 2022. Aproximadamente 7 de cada 10 pacientes que ingresan remitidas a la institución para valoración por ginecología, tienen diagnóstico de HUA y síndrome anémico secundario, representado una patología con alta morbilidad por el riesgo asociado de choque hipovolémico, necesidad de soporte transfusional, monitorización en unidad de cuidado intensivo (UCI) o procedimientos quirúrgicos mayores como histerectomía total.



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

Dada la complejidad en el abordaje integral de la paciente con HUA, se requiere involucrar diferentes áreas o servicios asistenciales del HUN como ginecología, hematología, endocrinología, medicina interna, radiología, anestesiología, psicología y enfermería, con el objetivo de brindar los mejores resultados en salud para nuestras pacientes.

Por tanto, se convierte en una necesidad para el HUN y para los servicios hospitalarios implicados, contar con un estándar clínico basado en la evidencia (ECBE) que guíe la práctica clínica en cuanto al diagnóstico y el tratamiento sintomático de la paciente con HUA.



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### **Alcance**

Este ECBE provee recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento sintomático de mujeres que presenten HUA y sean atendidas en los servicios de consulta externa, hospitalización y UCI del HUN, a partir de la mejor evidencia disponible.

Las recomendaciones aquí contenidas están dirigidas a los profesionales de la salud involucrados en la atención de mujeres que se presentan con HUA (ginecólogos, médicos generales, anestesiólogos, intensivistas, radiólogos, hematólogos, endocrinólogos, internistas, enfermeros, psicólogos). Además, este ECBE podrá ser usado por docentes del HUN y personal en formación (pregrado y posgrado), así como por personal tanto asistencial como administrativo de la institución, responsable de la toma informada de decisiones relativas al abordaje integral de estas pacientes, con el fin de facilitar el proceso de implementación del ECBE en el hospital.

Es importante mencionar que este documento no incluye recomendaciones dirigidas a población pediátrica (menores de 18 años).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

## Objetivos


Estos se dividen en general y específicos, como se detalla a continuación.

### Objetivo general

Establecer recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento sintomático de mujeres que presentan HUA atendidas en los servicios de consulta externa, hospitalización y UCI del HUN.

### Objetivos específicos

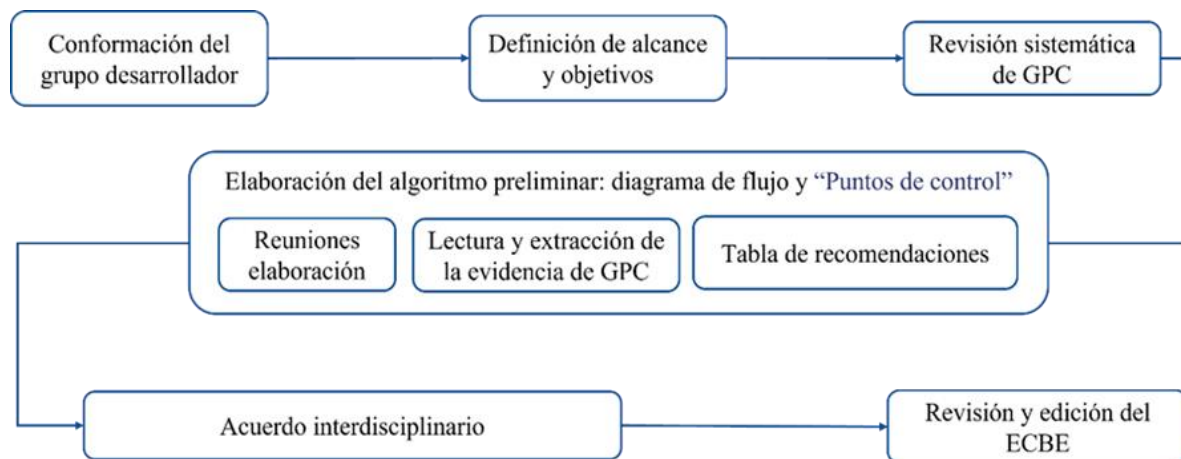
- Elaborar un algoritmo clínico basado en la mejor evidencia disponible para el diagnóstico y tratamiento sintomático de mujeres que presentan HUA.
- Integrar los servicios asistenciales del HUN involucrados en el diagnóstico y tratamiento de mujeres que presentan HUA, para estandarizar la práctica clínica a través de un consenso interdisciplinario, que incluya pacientes con consideraciones especiales (pacientes que no aceptan el uso de hemoderivados, pacientes anticoaguladas o pacientes con trastornos de la coagulación, entre otros).
- Identificar puntos de control para la implementación y evaluación del ECBE.
- Presentar los lineamientos para la difusión e implementación del ECBE.

	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

## Metodología

El ECBE se desarrolló mediante un proceso secuencial de siete componentes: i) conformación del equipo desarrollador; ii) definición del alcance y los objetivos del ECBE; iii) revisión sistemática de GPC; iv) elaboración del algoritmo preliminar; v) desarrollo de un acuerdo interdisciplinario; vi) elaboración del algoritmo final, y vii) revisión y edición del ECBE (Figura 1).

**Figura 1.** Metodología del proceso secuencial de desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento sintomático de la paciente adulta con HUA en el Hospital Universitario Nacional de Colombia





**Fuente:** elaboración propia.

El grupo desarrollador del ECBE estuvo conformado por expertos en ginecología y en epidemiología clínica. Todos los miembros diligenciaron los formatos de divulgación de conflictos de intereses. Una vez constituido, el grupo interdisciplinario estableció los objetivos y el alcance del ECBE. En la etapa de revisión de la literatura, se realizaron búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos (Medline, Embase y Lilacs) y organismos desarrolladores y compiladores de GPC, usando lenguaje controlado para identificar las GPC que respondieran al objetivo y alcance planteados (ver anexo 1 para más información sobre las estrategias de búsqueda).

El proceso de tamización y selección de la evidencia se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de elegibilidad establecidos por el equipo desarrollador:

### 1. Criterios de inclusión

- GPC sobre el diagnóstico y tratamiento sintomático de mujeres en edad adulta con HUA
- GPC publicadas en inglés o español y con acceso a texto completo.
- GPC publicadas en los últimos 10 años (2013 - 2023).



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

## 2. Criterios de exclusión

- GPC con evaluación de la calidad global menor a seis según el instrumento AGREE II o con un puntaje menor a 60 % en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial.
- GPC relacionadas con diagnóstico y tratamiento de HUA en pacientes en puerperio.
- GPC relacionadas con manejo quirúrgico en mujeres adultas con hemorragia uterina anormal.

La tamización de la evidencia se realizó mediante la revisión del título, resumen y texto completo de los documentos identificados en las búsquedas sistemáticas. Este proceso se hizo de manera independiente por dos miembros del grupo desarrollador; las discrepancias las resolvió un tercer integrante. La calidad de las GPC seleccionadas la evaluaron de manera independiente dos integrantes del grupo desarrollador (un experto clínico y un experto metodológico), para lo cual se utilizó el instrumento AGREE-II. (9)

El proceso de tamización y selección de las GPC se resume en el diagrama PRISMA (anexo 1). Finalmente, después de aplicar los criterios de elegibilidad se incluyeron los documentos presentados en la tabla 1. Para más información sobre las búsquedas sistemáticas de la literatura, ver el anexo 2.



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001

**Tabla 1.** Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia.

Id	Nombre de la GPC	Grupo desarrollador	País	Idioma	Año	Reporte AGREE-II		
						Rigor metodológico	Independencia editorial	Calidad global
GPC 1	ASH ISTH NHF WFH 2021 guidelines on the management of von Willebrand disease	American Society of Hematology (ASH), the International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH), the National Hemophilia Foundation (NHF), and the World Federation of Hemophilia (WFH)	Estados Unidos	Inglés	2021	69%	83%	6
GPC 2	Overview   Heavy menstrual bleeding: assessment and management   Guidance   NICE	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	Reino Unido	Inglés	2018	77%	54%	7
GPC 3	Guideline: Assessment and Management of Postmenopausal Bleeding.	Royal College of Physicians of Ireland	Irlanda	Inglés	2022	65%	17%	6

GPC: guía de práctica clínica.

**Fuente:** elaboración propia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



En cuanto a la elaboración de la propuesta preliminar del ECBE: en primer lugar, se elaboró una tabla de extracción de información utilizando un sistema de dominios (explicado en el anexo 1); en segundo lugar, se extrajo la evidencia contenida en las 3 GPC seleccionadas (los niveles de evidencia y grados de recomendación utilizados por cada una de las GPC se encuentran en el anexo 4), y, finalmente, se identificaron las áreas asistenciales del HUN involucradas en el diagnóstico y tratamiento sintomático de las pacientes con HUA, para elaborar el algoritmo clínico para las pacientes con HUA atendidas en la institución.

En la fase del acuerdo interdisciplinario, se designaron representantes de las áreas asistenciales involucradas en la atención de estas pacientes, a quienes se les envió la versión preliminar del algoritmo con el fin de que lo evaluaran antes de asistir a la reunión de consenso. En esta reunión, participaron los representantes de los siguientes servicios/áreas asistenciales: ginecología, anestesiología, cuidado crítico, endocrinología, hematología, medicina interna, psiquiatría, radiología e imágenes diagnósticas, enfermería, farmacia, laboratorio clínico y patología, psicología, calidad y gestión del riesgo clínico en salud y dirección comercial. Los líderes clínicos del ECBE estuvieron a cargo de la presentación de los algoritmos y la reunión fue moderada por un representante de la Dirección de Investigación e Innovación.

Se presentaron 5 secciones del ECBE, así como una sección adicional sobre los puntos de control, y se realizaron las votaciones correspondientes para cada una. El resultado de las 6 votaciones permitió confirmar la existencia de consenso total a favor de usar las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento sintomático de la paciente con HUA contenidas en los diagramas de flujo presentados (los resultados adicionales de este ejercicio se pueden consultar en el anexo 1).

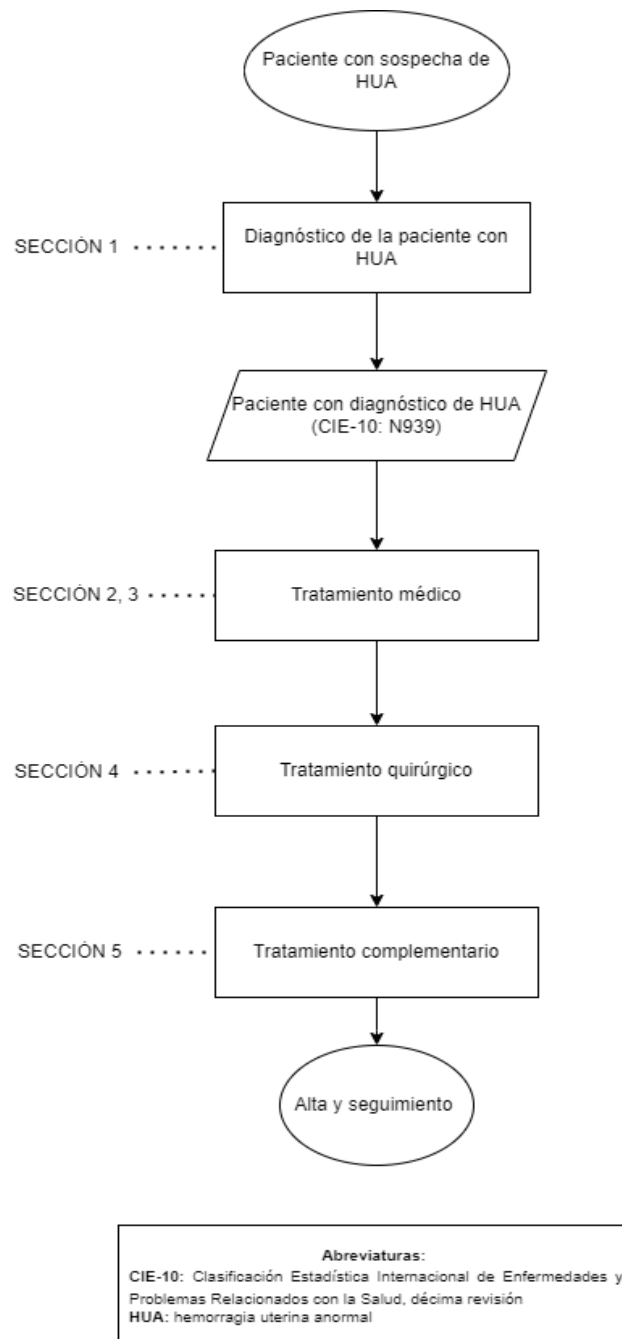
Luego, el equipo desarrollador unificó las sugerencias realizadas en la reunión de consenso interdisciplinario y, con base en estas, elaboró la versión final del ECBE la cual fue nuevamente revisada por los participantes en la reunión de consenso.

Por último, se realizó la revisión de estilo y diagramación del documento y, de esta forma, se obtuvo la versión final.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024


## Diagramas de flujo y puntos de control

**Figura 2.** Diagrama de flujo para el diagnóstico y tratamiento de la paciente con hemorragia uterina anormal admitida al Hospital Universitario Nacional de Colombia (consulta externa, hospitalización general o unidad de cuidado intensivo)

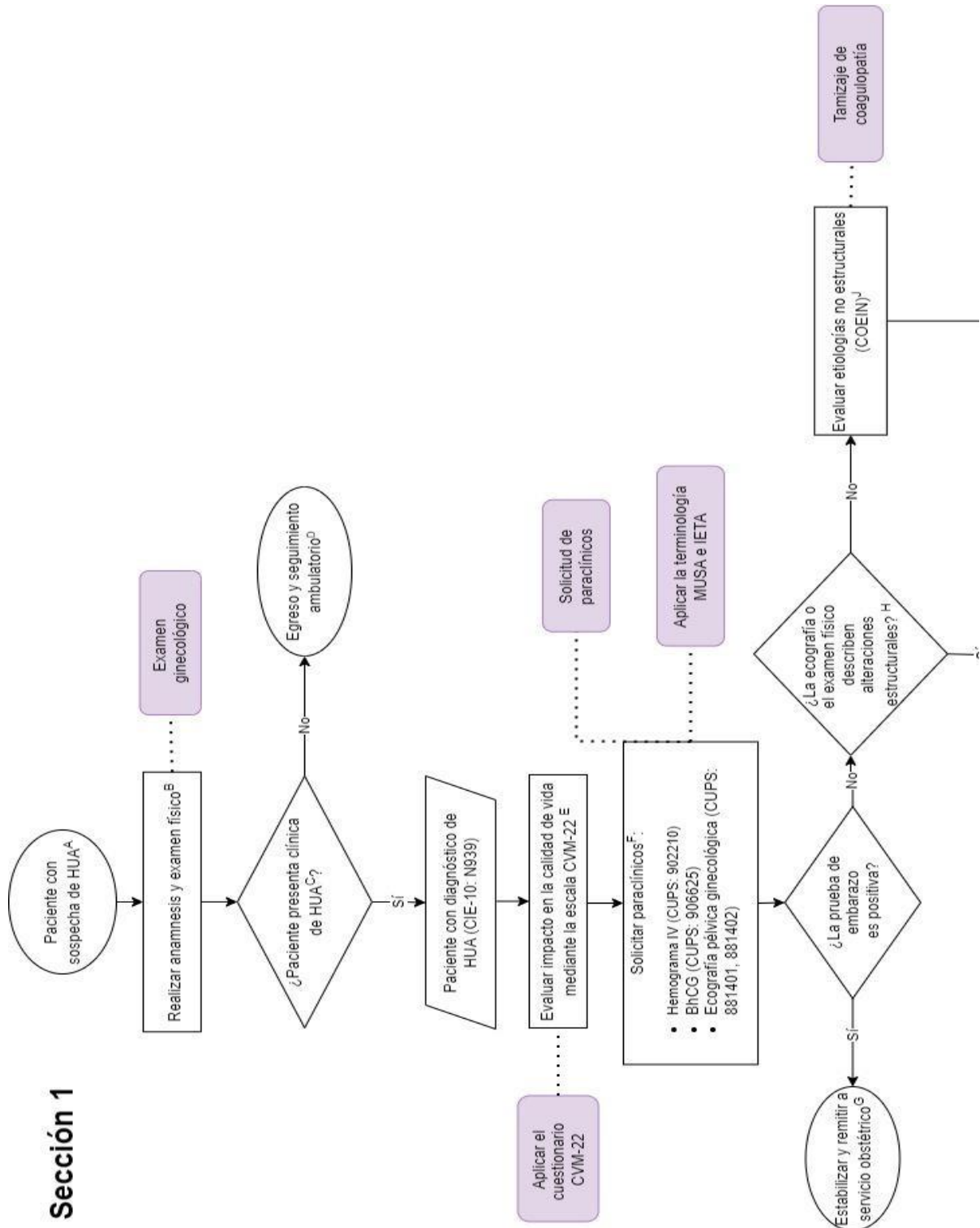


**Fuente:** elaboración propia.



	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001

**Figura 3.** Sección 1 del diagrama de flujo: diagnóstico de la paciente con hemorragia uterina anormal

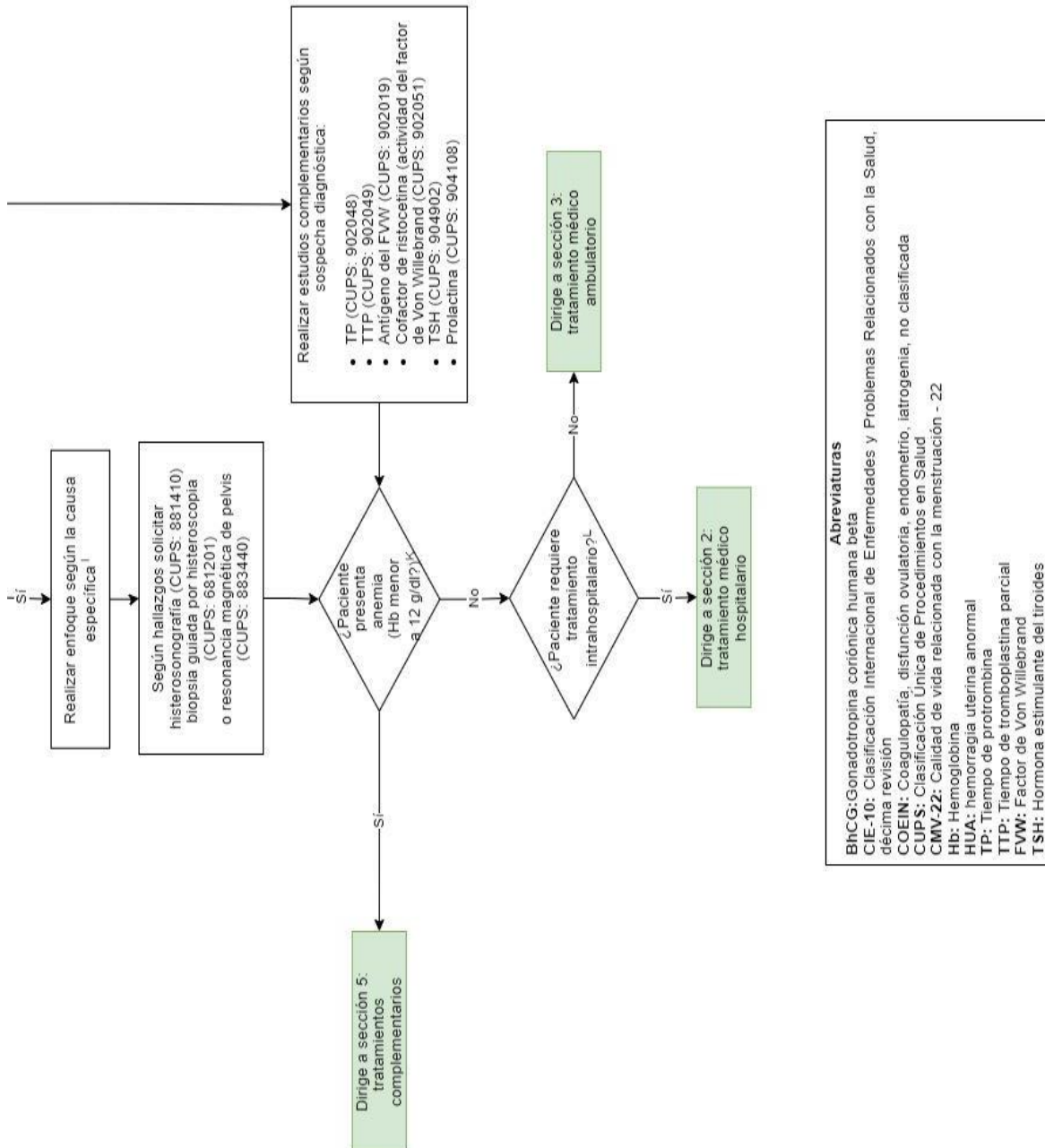


## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA



Código: IN-EC-24

Vigente desde: 22-05-2024

Versión: 001



Fuente: elaboración propia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### Información adicional

**A. Paciente con sospecha de HUA:** se sospecha HUA si la paciente tiene una alteración de la regularidad, frecuencia, volumen o duración del sangrado menstrual documentado por medio de la anamnesis al ingreso a la institución (1).

**B. Anamnesis y examen físico:** durante la consulta clínica se requiere llevar a cabo una anamnesis completa que evalúe los siguientes componentes: características del sangrado (volumen, duración, frecuencia, regularidad), sangrado intermenstrual, síntomas asociados como dolor pélvico, dispareunia y dismenorrea, impacto en la calidad de vida u otros factores que influyen en las opciones de tratamiento como comorbilidades y tratamientos previos (Nivel de Evidencia [NE]: punto de buena práctica clínica, NICE) (10).



Se recomienda además realizar un examen físico de rutina en la paciente con HUA, que incluya un examen pélvico (inspección, especuloscopia y tacto bimanual) en aquella que haya iniciado vida sexual y acepte la realización del mismo, con el fin de determinar si el origen del sangrado es uterino o proviene de otra localización del tracto genital femenino como vulva, vagina o cérvix, e incluso descartar otras fuentes no ginecológicas como uretra y recto (recomendación de expertos) (4,7).

Se recomienda que, en todos los casos, se evalúe a la mujer, teniendo en cuenta su enfoque diferencial (recomendación de expertos).

**C. Criterios diagnósticos de HUA:** se define que una mujer presenta HUA cuando refiere la alteración de cualquiera de los parámetros de la normalidad del ciclo menstrual, una vez descartado el estado de embarazo, descritos en el año 2018 por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, por sus siglas en inglés), los cuales se mencionan a continuación:

- Frecuencia: ciclos  $\geq 24$  y  $\leq 38$  días
- Duración:  $\leq 8$  días
- Regularidad: variación entre el ciclo más corto y el más largo entre 7 hasta 9 días según la edad de la paciente.
- Volumen: sangrado menstrual que no impacte la calidad de vida de la paciente.

A partir de estos criterios clínicos se definen las alteraciones del ciclo menstrual como se describe en la tabla 2 (1).



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos de hemorragia uterina anormal

<b>Anormalidades en la frecuencia</b>	Frecuente: intervalo entre ciclos menstruales inferior a 24 días
	Infrecuente: intervalo entre ciclos menstruales mayor a 38 días
	Ausente: amenorrea primaria o secundaria
<b>Anormalidades en la regularidad (Irregular)</b>	18 a 25 años: Variación entre ciclos de $\geq 10$ días
	26 a 41 años: Variación entre ciclos de $\geq 8$ días.
	Mayor a 42 años: Variación entre ciclos de $\geq 10$ días.
<b>Anormalidades en la duración (Prolongado)</b>	Ciclos menstruales con una duración del sangrado mayor a 8 días.
<b>Anormalidades en el volumen (Abundante)</b>	Pérdida excesiva de sangre menstrual que interfiere con la calidad de vida física, social, emocional o material de la mujer.
<b>Otras alteraciones</b>	Sangrado intermenstrual: Se refiere a episodios de sangrado que ocurren entre menstruaciones regulares y espontáneas. Se deben caracterizar como cíclicos al principio, a la mitad o al final del ciclo, o aleatorios.
	Sangrado no programado con uso medicamentos hormonales como anticonceptivos combinados orales, parches, anillos, inyectables o anticonceptivos que sólo contienen progestina.

Fuente: adaptada de (1).

En la paciente posmenopáusica se define HUA como un episodio de sangrado a los 12 meses o más después del último ciclo menstrual, en ausencia de terapia de reemplazo hormonal (TRH) (NE: 1A, NICE) (11). En caso de que la paciente se encuentra utilizando TRH de forma cíclica se podría esperar un sangrado en relación con la supresión de progestinas que es escaso y autolimitado; por otra parte, si la TRH es utilizada de forma continua el sangrado podría tener aparición impredecible; sin embargo, es claro que en ambos casos deben realizarse estudios complementarios (11).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



Según su duración, la HUA puede clasificarse en aguda o crónica:

- La HUA crónica se define como aquel sangrado anormal que ha estado presente la mayoría del tiempo durante los últimos 6 meses.
- La HUA aguda se define como aquel episodio de hemorragia que, en la opinión del profesional en salud, es lo suficientemente cuantiosa para requerir intervenciones inmediatas que minimicen la pérdida de sangre

No obstante, la HUA aguda puede presentarse en el contexto de HUA crónica preexistente o puede ocurrir sin antecedente de la misma (6).

**D. Egreso y seguimiento ambulatorio:** para la paciente que no cumple criterios diagnósticos de HUA, se indica un nuevo control ambulatorio en 6 meses con el objetivo de evaluar nuevamente las características del ciclo menstrual (recomendación de expertos).



**E. Evaluación del impacto de la HUA sobre la calidad de vida con la herramienta CVM-22:** el cuestionario específico de calidad de vida relacionada con la menstruación CVM-22, es el primer cuestionario validado para mujeres de habla hispana y de libre acceso, implementado para valorar la calidad de vida relacionada con salud, específicamente la relacionada con la menstruación, con el propósito de informar el impacto del ciclo menstrual en el estado de salud de la mujer durante los días de sangrado (12). El cuestionario CVM-22 se presenta en la tabla 3.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001

**Tabla 3.** Cuestionario de calidad de vida relacionada con la menstruación, CVM-22 (12).

Ítem	Puntaje		
	1	2	3
<b>Percepción de salud y bienestar físico y funcional</b>			
1. Mi estado de salud se ha visto alterado			
2. La regla me ha obligado a disminuir mi ritmo de vida habitual			
3. El sangrado me ha generado incomodidad			
4. El dolor ha interferido en mis actividades laborales, académicas o domésticas			
5. El sangrado menstrual ha afectado mis actividades laborales, académicas o domésticas			
6. La fatiga me ha obligado a disminuir la intensidad de lo que estoy haciendo			
7. Mi rendimiento en las actividades laborales o académicas se ha visto afectado			
8. El dolor ha afectado mis actividades sociales y de ocio			
9. El sangrado menstrual ha condicionado mis actividades sociales y de ocio			
10. El cansancio ha limitado mis actividades sociales y de ocio			
<b>Bienestar psicológico y cognitivo</b>			
11. Mi estado anímico ha interferido en mis actividades laborales, académicas o domésticas			
12. Me he sentido triste			
13. He estado irritable			
14. He tenido cambios de humor			
15. Me ha faltado concentración			
16. He presentado somnolencia o insomnio			
17. He tenido dolor articular o muscular en espalda y/o piernas			
18. He presentado micción frecuente			
<b>Síntomas</b>			
19. El dolor me ha obligado a tomar fármacos			
20. He presentado náuseas o vómitos			
21. He tenido dolor de cabeza			
22. He tenido diarrea o estreñimiento			

Fuente: tomado de (12).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

Se trata de un cuestionario tipo Likert y se encuentra conformado por 22 ítems. A su vez, se subdivide en 3 áreas que evalúan la percepción de salud y bienestar físico y funcional, el bienestar psicológico y cognitivo y la presencia de síntomas. La puntuación oscila entre 0 y 66, en donde una mayor puntuación indica una peor calidad de vida. Es una herramienta de fácil manejo y corto tiempo de implementación, además, proporciona una confiabilidad adecuada para evaluar la calidad de vida en mujeres durante sus ciclos menstruales, por lo que se recomienda su implementación en la consulta inicial y en las valoraciones de seguimiento, con el fin de objetivar el impacto de la HUA sobre la calidad de vida de la paciente y por ende su tratamiento (recomendación de expertos) (12).



**F. Paraclínicos iniciales en la paciente con HUA:** si bien algunas pacientes con HUA pueden presentar síntomas leves, la gran mayoría requerirán intervenciones adicionales producto del impacto de la enfermedad, ya que se encuentra asociada con anemia ferropénica hasta en un 27 % de los casos, la cual puede volverse crónicas por la persistencia de la etiología y la intolerancia a tratamientos con hierro vía oral (recomendación de expertos) (4,5).

Por tanto, se recomienda realizar un hemograma completo (CUPS: 902210) a toda mujer que se presenta con clínica de HUA (NE: C, NICE) (10). No se recomienda de rutina evaluar niveles de ferritina (NE: C, NICE) (10,11); sin embargo, sí debe ser evaluada en el caso en que la paciente presente diagnóstico de anemia. En ausencia de infección o enfermedad inflamatoria asociada, el valor de corte inferior a 30 ng/mL proporciona un adecuado rendimiento diagnóstico para la anemia por deficiencia de hierro, con una sensibilidad del 92 % y una especificidad del 98 % (recomendación de expertos) (8).

Por otro lado, si se trata de una mujer en edad fértil, se recomienda realizar una prueba de embarazo sensible (CUPS: 906625) en suero ya que un resultado positivo excluirá a la paciente del algoritmo de tratamiento propuesto para la paciente con HUA (recomendación de expertos) (1,7).

En cuanto a las imágenes diagnósticas, se recomienda la ecografía pélvica ginecológica (CUPS: 881401, 881402) como imagen de primera línea para toda paciente con HUA, de manera preferente por vía transvaginal sobre la vía transabdominal, debido a una mayor precisión y facilidad técnica, considerándose además un procedimiento aceptable para un grupo significativo de mujeres. Grupos especiales como las mujeres que no han iniciado vida sexual o que no desean esta vía de abordaje diagnóstico, serán candidatas a una evaluación por vía transabdominal teniendo en cuenta su enfoque diferencial y sus voluntades anticipadas (recomendación de expertos) (10).

**G. Estabilizar y remitir a servicio de obstetricia:** toda paciente con prueba de embarazo positiva (CUPS: 906625) y sangrado genital, deberá ser evaluada para definir estabilidad hemodinámica y condición obstétrica; según hallazgos, evaluar direccionamiento a ruta materno perinatal de la entidad promotora de salud ya sea para atención obstétrica por servicio de urgencias o control prenatal (recomendación de expertos).



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

**H. Alteraciones estructurales en el examen físico o en la ecografía:** en el año 2011, la FIGO introdujo la clasificación PALM-COEIN basada en las etiologías de HUA de la paciente en edad reproductiva, con el fin de optimizar su diagnóstico y tratamiento. Estas fueron divididas en estructurales: aquellas que pueden ser diagnosticadas por el examen físico, una imagen o histológicamente, contenidas en el acrónimo PALM (Pólipos, Adenomiosis, Leiomiomas y Malignidad o hiperplasia endometrial atípica) y en no estructurales: COEIN (Coagulopatías, disfunción ovulatoria, Trastornos endometriales primarios, Iatrogenia y No clasificados de otro modo), haciendo referencia a aquellas que no se pueden diagnosticar mediante imágenes ni histológicamente y que requieren una historia clínica y un examen físico detallados, además de ayuda con pruebas de laboratorio adicionales (6).

Las alteraciones estructurales pueden sospecharse a través del examen físico cuando a la especuloscopia se evidencie un pólipo o un mioma que protruye a través del canal endocervical (recomendación de expertos) (6), al tacto bimanual en caso de evidenciar un útero aumentado de tamaño y doloroso a la palpación, sugestivo de adenomiosis (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10) o un útero aumentado de tamaño, deformado, duro y multilobulado por presencia de leiomiomas (recomendación de expertos) (13).

No todas las alteraciones estructurales son detectables al examen físico; por esto, se debe solicitar de forma complementaria una ecografía pélvica ginecológica (CUPS: 881401, 881402), la cual idealmente debe ser realizada por vía transvaginal en las pacientes que ya hayan empezado actividad sexual o por vía transabdominal en aquellas que no hayan iniciado vida sexual o que no acepten el abordaje transvaginal (teniendo en cuenta sus preferencias y su enfoque diferencial). Para describir las características ecográficas del miometrio y las lesiones miometriales se recomienda implementar la terminología descrita en el consenso de *Evaluación ecográfica morfológica del útero* realizado en 2015 (MUSA, por sus siglas en inglés), que evalúa la medida, forma y contorno uterino, las lesiones miometriales, la zona de la unión y la vascularización del miometrio (tabla 4) (recomendación de expertos) (14).





 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

**Tabla 4.** Terminología para la práctica clínica general de Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA).

Característica a describir	Descripción/término
<b>Cuerpo uterino</b>	Longitud, diámetro anteroposterior, diámetro transversal
Paredes miometriales	Simétrico/asimétrico
Ecogenicidad general	Homogéneo/ heterogéneo
<b>Lesiones miometriales</b>	Bien definido/mal definido
Número	Número (1, 2, 3 o estimación si > 4 lesiones)
Ubicación	Ubicación de la lesión más grande/clínicamente relevante: anterior, posterior, fúndica, lateral derecha o lateral izquierda, global
Sitio	Sitio (para lesiones bien definidas) de la lesión más grande/clínicamente relevante: clasificación FIGO 1-7
Tamaño	Diámetro máximo de las lesiones más grandes/clínicamente relevantes
Sombreado de borde	Presente/ausente
Sombras internas	Presente/ausente
Sombreado en forma de abanico	Presente/ausente
Quistes	Presente/ausente
Islas hiperecogénicas	Presente/ausente
Líneas y brotes ecogénicos	Presente/ausente
Subendometriales	Presente/ausente
<b>Zona de unión</b>	Regular/ pobremente definida
<b>Vascularización del miometrio</b>	
Patrón vascular general (en todo el útero)	Uniforme/no uniforme
Cantidad de color (en una lesión): puntuación de color	(1) Sin color (2) color mínimo (3) color moderado (4) color abundante



**Fuente:** adaptado de (14).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

Por otra parte, el grupo de *Análisis internacional de tumores endometriales* (IETA, por sus siglas en inglés) en el año 2010 sugirió términos estandarizados que se utilizan para describir las imágenes del endometrio y la cavidad uterina en la ecografía a escala de grises e histerosonografía, evaluando el grosor endometrial, la ecogenicidad, características de la línea media, unión endometrio - miometrio, lesiones intracavitarias y el doppler color. Se recomienda utilizar esta terminología para describir los hallazgos endometriales en la ecografía pélvica ginecológica, como se describe en la tabla 5 (recomendación de expertos) (15).

**Tabla 5.** Terminología para la práctica clínica general de International Endometrial Tumor Analysis (IETA).



Característica a describir	Descripción/término
<b>Ecografía en escala de grises</b>	
<b>Evaluación cuantitativa</b>	
Grosor endometrial	Medida máxima en el plano sagital e incluye ambas capas endometriales (doble grosor endometrial).
Lesiones intracavitarias	Registrar el grosor endometrial total incluida la lesión, si se puede delimitar lesión debe medirse en tres diámetros perpendiculares en milímetros.
Líquido intracavitario	Cantidad de líquido en su medida máxima en el plano sagital.
<b>Evaluación cualitativa</b>	
Uniforme	Hiperecogénica/ isoecogénica/ hipoecogénica/patrón de 3 capas
No uniforme	Heterogéneo/asimétrico/quístico
Línea endometrial	Lineal/no lineal /irregular /no definida
Borde brillante	Presente/ausente
Interfase endometrio-miometrio	Regular/irregular/interrumpida/no definida
Líquido intracavitario	Anecogénico/vidrio esmerilado/ecogenicidad mixta
Sinequias	Presente/ausente

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

Evaluación y potencia del doppler color sin distensión	
Puntuación de color	(1) Sin color; (2) color mínimo; (3) color moderado; (4) color abundante
Patrón vascular	
Vaso dominante	Presente/ausente
Ramificaciones	Ordenadas/desordenadas y caóticas
Múltiples vasos dominantes	Origen focal/multifocal
Vasos dispersos	Presente/ausente
Flujo circular	Presente/ausente
Histerosonografía*	
Distensión de cavidad uterina	Óptima/subóptima/fallida
Contorno endometrial	Liso/pliegues endometriales/polipoide/irregular
Lesiones intracavitarias	
Extensión	Localizada (<25% superficie endometrial) - Pedunculada/sésil Extendida (>25% superficie endometrial)
Ecogenicidad	Uniforme/no uniforme
Contorno	Regular/irregular
Leiomiomas submucosos	Clasificación FIGO 0-2

\*Descripción de espesor endometrial, ecogenicidad, interfase endometrio-miometrio y sinequias similar a ecografía en escala de grises. Descripción de puntuación vascular y patrón vascular similar a evaluación y potencia del doppler color sin distensión. Todo reporte ecográfico debe tener registro de la fecha de la última menstruación (FUM) de la paciente.

**Fuente:** adaptado de (15).



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

**I. Enfoque diagnóstico de la etiología estructural (PALM):** de acuerdo a los hallazgos ecográficos o al examen físico, se pueden identificar alteraciones a nivel endometrial (pólipos, hiperplasia endometrial, leiomiomas submucosos) y miometrial (leiomiomas, adenomiosis). En el primer escenario, en pacientes con sospecha de pólipos endometriales por sangrado intermenstrual, la investigación estándar para el diagnóstico es la histeroscopia y la biopsia guiada (CUPS 681201). La histeroscopia se realiza con frecuencia en el ámbito ambulatorio con tasas de éxito del 92 al 96 %; sin embargo, la tasa de complicaciones aumenta en comparación con la ecografía transvaginal sola o la histerosonografía, con un riesgo general de complicaciones graves de 2 por cada 1.000 mujeres (16,17).

Adicionalmente, se requiere de instrumental especializado para llevar a cabo una histeroscopia diagnóstica (CUPS 681201), el cual no siempre se encuentra disponible de forma ambulatoria. Esto representa una limitante para generalizar su implementación, asociado a mayores costos y mayor incomodidad técnica para la paciente. Por lo anterior, teniendo en cuenta la costo-efectividad de la histeroscopia, se recomienda la histerosonografía (CUPS 881410) como primera línea diagnóstica para los pólipos endometriales, herramienta que ha mostrado una precisión diagnóstica similar a la histeroscopia y mejor que la ecografía transvaginal sola (recomendación de expertos) (16,17).

La hiperplasia endometrial, sospechada ante el hallazgo de engrosamiento endometrial en el estudio ecográfico, se asocia con un riesgo significativo de cáncer de endometrio de forma concomitante o como lesión precursora. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2014 modificó la clasificación histopatológica de la hiperplasia endometrial, clasificándola actualmente en hiperplasia sin atipia y con atipia (neoplasia intraepitelial endometrial-NIE), lo cual ha permitido estimar el riesgo de evolución a carcinoma endometrial, con valores que oscilan entre un 1 a un 5 % para la hiperplasia sin atipia y un 15 a 37 % para la hiperplasia con atipia, según estudios de seguimiento poblacional hasta de 20 años (18).

Los factores de riesgo asociados a la hiperplasia endometrial son la exposición endometrial a estrógenos endógenos o exógenos o a moduladores selectivos del receptor de estrógenos (ejemplo: tamoxifeno) sin oposición, edad avanzada o estado posmenopáusico, nuliparidad o infertilidad, menarquia precoz o menopausia tardía, anovulación, transición menopáusica, síndrome de ovario poliquístico, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica y el síndrome de Lynch (18). Por tanto, se recomienda identificar durante la consulta dichos factores y tomar una biopsia guiada por histeroscopia en pacientes con alto riesgo de patología endometrial, sangrado intermenstrual o irregular persistente y en pacientes sin respuesta al tratamiento médico (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



Los puntos de corte para el diagnóstico de engrosamiento endometrial varían según la etapa reproductiva de la paciente. Para mujeres posmenopáusicas el punto de corte es de 4 mm, ya que cuando el grosor endometrial es inferior a este umbral se describe un valor predictivo negativo del 99 % para cáncer de endometrio (19). Por ello, se recomienda realizar una biopsia endometrial guiada por histeroscopia (CUPS 681201) si la paciente cursa con sangrado posmenopáusico y tiene un grosor endometrial mayor o igual a 4 mm (NE: 1C, GRADE) (11).

En este escenario, no se recomienda utilizar el curetaje endometrial (CUPS: 690103) como método de primera línea para obtener una biopsia endometrial, considerándose actualmente como un procedimiento con un mayor riesgo de complicaciones, que además presenta un rendimiento diagnóstico inferior, en especial para lesiones focales (NE: 1A, GRADE ) (11).

Respecto a otras herramientas para la toma de una biopsia endometrial (CUPS 681201), el *Pipelle* (cánula de aspiración manual) es una alternativa para detectar el cáncer de endometrio, con una sensibilidad reportada de hasta el 91 % en mujeres en etapa premenopáusica y del 99,6 % en mujeres en etapa posmenopáusica. La principal limitación de este método es el muestreo inadecuado que se realiza de la cavidad endometrial, obteniendo material para estudio histopatológico proveniente de menos del 50 % de la misma, lo cual representa una barrera para lograr un diagnóstico confiable (20). De acuerdo con esto, actualmente no se recomienda la toma de una biopsia endometrial sin visualización directa de la cavidad, excepto en situaciones específicas, como en la paciente con edad avanzada o con un alto riesgo anestésico debido a un gran número de comorbilidades, ya que se puede realizar de manera ambulatoria y sin requerimiento de anestesia (recomendación de expertos) (21).

En consideración especial se encuentra el grupo de pacientes que reciben terapia con tamoxifeno, en quienes se recomienda ofrecer una histeroscopia diagnóstica (CUPS 681201) con toma de biopsia endometrial en caso de presentar HUA durante el tratamiento, ya que no se considera a la ecografía transvaginal como una herramienta útil en la tamización diagnóstica de este grupo de pacientes (NE: 1B, GRADE) (11). Si la paciente se encuentra en TRH también se recomienda una histeroscopia diagnóstica con toma de biopsia endometrial (CUPS 681201) ante cualquiera de las siguientes condiciones:

- Cuando el sangrado es persistente (NE: 1B, GRADE) (11)
- Si durante un esquema cíclico experimentan sangrado irregular a pesar del ajuste, persiste más de 3 meses después de comenzar el tratamiento, o su sangrado aumenta en volumen o duración (NE: 1A, GRADE) (11)
- Si en esquema continuo presentan sangrado más allá de los seis meses desde el inicio del tratamiento, o el sangrado se produce después de un periodo significativo de amenorrea. Adicionalmente, si existen factores de riesgo adicionales, el criterio clínico puede justificar una evaluación más temprana (NE: 1A, GRADE) (11)

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

En el caso de la paciente llevada a histeroscopia, se propone calcular el sistema de puntuación del cáncer (*Cancer Scoring System [HYCA]*) (22). Este sistema evalúa el contorno de la superficie endometrial, la presencia de necrosis y las características del patrón vascular como se describe en la tabla 6. Se asigna un punto por cada característica identificada, para una puntuación máxima de 7. Su punto de corte es 3 o más, con una sensibilidad del 89% y una especificidad del 92% para cáncer endometrial (recomendación de expertos) (22).

**Tabla 6.** Criterios Cancer Scoring System (HYCA)



Característica	Criterio
Superficie endometrial	Superficie irregular
	Proyecciones papilares
Necrosis endometrial	Necrosis superficial
	Patrón algodón de azúcar
	Manchas blancas hiperintensas
Patrón vascular	Ramificaciones irregulares
	Distribución irregular

**Fuente:** adaptado de (22).

Además, en la paciente con HUA en etapa posmenopáusica se recomienda considerar como diagnósticos diferenciales la atrofia (recomendación de expertos) (23), el cáncer vaginal, vulvar y de cérvix (NE: 1B, GRADE) (11), así como etiologías fuera del tracto genital: cáncer urológico o gastrointestinal (NE: 1C, GRADE) (11).

Para mujeres en etapa premenopáusica que cursen con HUA, el punto de corte para realizar biopsia endometrial aún no se ha definido claramente. Cuando se utiliza como punto de corte un endometrio > 16 mm en la fase secretora del ciclo menstrual, se obtiene un rendimiento subóptimo debido a que su sensibilidad y especificidad es de 67 % y 75 % respectivamente; por lo tanto, para minimizar los resultados de falsos positivos, se recomienda realizar una ecografía de rutina en la fase proliferativa, con un punto de corte  $\geq$  14 mm para considerar engrosamiento endometrial (recomendación de expertos) (24,25).

El diagnóstico imagenológico de la adenomiosis no se ha estandarizado completamente; sin embargo, se ha demostrado que la ecografía transvaginal bidimensional (CUPS: 881401, 881402) tiene un rendimiento similar a la resonancia magnética (CUPS 883440), por lo que se recomienda como ayuda diagnóstica de primera línea con una sensibilidad entre el 72 al 82 % y una especificidad entre el 81 al 85 % (recomendación de expertos) (26). El grupo *MUSA* ha propuesto un sistema de clasificación ecográfico de la adenomiosis basado en la presencia de características típicas, ubicación, enfermedad focal o difusa, enfermedad quística o no quística, afectación de la capa uterina, extensión de la enfermedad y tamaño de

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

la lesión más grande o área afectada, por lo que se recomienda su implementación en el reporte ecográfico (recomendación de expertos) (27). En el anexo 5 se presenta la guía de clasificación y reporte de las características ecográficas de la adenomiosis.



Respecto al abordaje de la paciente con leiomiomatosis, se indica dirigirse al ECBE específico para esta condición (recomendación de expertos).

La resonancia magnética pélvica (CUPS 883440) o abdominal (CUPS 883401) debe ser considerada si hay una evaluación ecográfica no concluyente, como en casos de dificultad técnica secundaria a obesidad, en pacientes que al examen físico presentan un gran tamaño uterino, definido como aquellos equivalentes a un tamaño de un útero grávido de 12 semanas, o en quienes se sospecha compresión de estructuras cercanas (recomendación de expertos) (10,28).

En todos los casos, se recomienda considerar el enfoque diferencial y voluntades anticipadas de la paciente, para el uso de las diferentes tecnologías diagnósticas y su abordaje (recomendación de expertos).

**J. Evaluación de etiologías no estructurales (COEIN):** las etiologías no estructurales de la HUA clasificadas dentro del acrónimo COEIN, se deben estudiar de la siguiente manera:



- Coagulopatías: la HUA, caracterizada principalmente por sangrado abundante, se presenta aproximadamente en el 84 % de las mujeres con enfermedad de von Willebrand (EVW), considerándola como el trastorno hemorrágico hereditario más frecuente y por tanto, la causa más común de HUA después de la menarquía (29). Dado lo anterior, se recomienda realizar un tamizaje para coagulopatías en todas las pacientes con HUA, a través de la escala *Bleeding Assessment Tool (BAT)*, propuesta por la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia como se describe en la tabla 7 (recomendación de expertos) (30).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001



**Tabla 7.** Bleeding Assessment Tool (BAT)

Síntomas (hasta el momento del diagnóstico)	0+	1+	2	3	4
Epistaxis	No/trivial	> 5/año o más de 10 minutos	Solo consulta*	Empaque o cauterización o antifibrinolítico.	Transfusión de sangre o terapia de reemplazo (uso de componentes sanguíneos hemostáticos y rFVIIa) o desmopresina
Cutáneo	No/trivial	Para hematomas de 5 o más (>1cm) en zonas expuestas	Solo consulta*	Extenso	Hematoma espontáneo que requiere transfusión de sangre.
Sangrado por heridas menores	No/trivial	> 5/año o más de 10 minutos	Solo consulta*	Hemostasia quirúrgica	Transfusión de sangre, terapia de reemplazo o desmopresina.
Cavidad oral	No/trivial	Presente	Solo consulta*	Hemostasia quirúrgica o antifibrinolítico.	Transfusión de sangre, terapia de reemplazo o desmopresina.
Sangrado gastrointestinal	No/trivial	Presente (no asociado con úlcera, hipertensión portal, hemorroides, angiodisplasia)	Solo consulta*	Hemostasia quirúrgica, antifibrinolítico.	Transfusión de sangre, terapia de reemplazo o desmopresina.
Hematuria	No/trivial	Presente (macroscópico)	Solo consulta*	Hemostasia quirúrgica, terapia con hierro.	Transfusión de sangre, terapia de reemplazo o desmopresina.
Extracción dental	No/trivial o no realizado	Reportado en <25% de todos los procedimientos, sin intervención**	Informado en ≥25% de todos los procedimientos, sin intervención**	Resutura o empaquetamiento	Transfusión de sangre, terapia de reemplazo o desmopresina
Cirugía	No/trivial	Reportado en	Informado en	Hemostasia	Transfusión de



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001

	o no realizado	≤25% de todos los procedimientos, sin intervención**	≥25% de todos los procedimientos, sin intervención**	quirúrgica o antifibrinolítico.	sangre, terapia de reemplazo o desmopresina
Menstruación abundante	No/trivial	Solo consulta* o - Cambio de toallas sanitarias con más frecuencia que cada 2 horas o - Coágulos o llenado completo de la toalla  -Puntuación PBAC>100 ****	- Tiempo de ausencia laboral/escolar > 2/año o - Requerir antifibrinolíticos o terapia hormonal o con hierro	-Requerir tratamiento combinado con antifibrinolíticos y terapia hormonal o - Presente desde la menarquia y > 12 meses	- Sangrado agudo que requiere ingreso hospitalario y tratamiento de emergencia o - Requiere transfusión de sangre, terapia de reemplazo, desmopresina, o - Requiere dilatación y curetaje o ablación endometrial o histerectomía)
Hemorragia post parto	No/trivial o no partos	Sólo consulta* o - Uso de oxitocina - Loquios > 6 semanas	- Terapia con hierro o - Antifibrinolíticos	- Requerir transfusión de sangre, terapia de reemplazo, desmopresina o - Requerir examen bajo anestesia o el uso de balón/paquete uterino para taponar el útero.	- Cualquier procedimiento que requiera cuidados críticos o intervención quirúrgica (p. ej., histerectomía, ligadura de la arteria ilíaca interna, embolización de la arteria uterina, sutura B-Lynch)
Hematomas musculares	Nunca	Post trauma, sin terapia	Espontáneo, sin terapia.	Espontáneo o traumático, que requiere desmopresina o terapia de reemplazo.	Espontáneo o traumático, que requiere intervención quirúrgica o transfusión de sangre.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001

Hemartrosis	Nunca	Post trauma, sin terapia	Espontáneo, sin terapia.	Espontáneo o traumático, que requiere desmopresina o terapia de reemplazo.	Espontáneo o traumático, que requiere intervención quirúrgica o transfusión de sangre.
Sangrado del sistema nervioso central	Nunca	-	-	Subdural, cualquier intervención.	Intracerebral, cualquier intervención
Otros sangrados <sup>^</sup>	No/trivial	Presente	Solo consulta*	Hemostasia quirúrgica, antifibrinolíticos.	Transfusión de sangre o terapia de reemplazo o desmopresina

+ La distinción entre 0 y 1 es de importancia crítica. La puntuación 1 significa que el entrevistador considera que el síntoma está presente en la historia del paciente, pero no califica para una puntuación de 2 o más



\* Solo consulta: el paciente buscó una evaluación médica y fue remitido a un especialista o se le realizaron laboratorios

\*\* Ejemplo: 1 extracción/cirugía con resultado de sangrado (100%): la puntuación a asignar es 2; 2 extracciones/cirugías, 1 con resultado de sangrado (50%): la puntuación a asignar es 2; 3 extracciones/cirugías, 1 con resultado de sangrado (33%): la puntuación a asignar es 2; 4 extracciones/cirugías, 1 con resultado de sangrado (25%): la puntuación que se asignará es 1

\*\*\*Pictogramas de evaluación de la pérdida de sangre (PBAC) si está disponible en el momento de la recolección.



<sup>^</sup> Incluye: sangrado del muñón umbilical, cefalohematoma, hematoma en las mejillas causado por la succión durante la alimentación con pecho/biberón, hemorragia conjuntival o sangrado excesivo después de la circuncisión o punción venosa. Su presencia en la infancia requiere una investigación detallada independientemente de la puntuación general.

**Fuente:** adaptado de (30).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

Se considera un tamizaje positivo en caso de obtener un puntaje mayor a 6 (31), se recomienda realizar estudios adicionales mediante tiempo de protrombina (PT) (CUPS 902048), tiempo de tromboplastina parcial (PTT) (CUPS 902049), factor de Von Willebrand (FVW) (CUPS 902019) y el cofactor Ristocetina (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10). Según la alteración en alguno de estos estudios complementarios, se realizará el tratamiento específico bajo recomendación del servicio de hematología (recomendación de expertos).

- Disfunción ovulatoria: se define como un sangrado irregular, no predecible y con fluctuaciones en el volumen, principalmente sangrados abundantes, a menudo intercalado con periodos de amenorrea (6). La mayoría de los trastornos ovulatorios no se pueden asociar a una etiología definida; sin embargo, muchos pueden atribuirse a endocrinopatías como el síndrome de ovario poliquístico, hipotiroidismo e hiperprolactinemia o a otros factores como el estrés mental, obesidad, anorexia, pérdida de peso o ejercicio extremo (32). A pesar de lo anterior, no se recomienda de rutina realizar estudios hormonales en mujeres con HUA, solo se solicitarán pruebas adicionales como una TSH (hormona estimulante del tiroides) (CUPS 904902) o niveles séricos de prolactina (CUPS 904108) cuando existan otros signos o síntomas sugestivos de estas entidades (NE: C, NICE) (10).
- Trastornos endometriales primarios: se produce por una disfunción primaria en los mecanismos mediante los cuales se controla localmente el sangrado menstrual. Se debe tener en cuenta esta etiología cuando la HUA ocurre en el contexto de un sangrado menstrual regular sin cambios en la frecuencia, típico de los ciclos ovulatorios, pero abundante, sin lograr identificar otras causas en la anamnesis, el examen físico ni en las imágenes diagnósticas. Esta última incluye la no presencia de alteraciones estructurales o que sean probablemente asintomáticas, como un leiomioma que no está en contacto con el endometrio o una característica ecográfica aislada de adenomiosis. Por lo tanto, se considera un diagnóstico de exclusión. (recomendación de expertos) (6,33).
- Iatrogenia: se atribuye al uso de intervenciones o dispositivos médicos como sistemas intrauterinos medicados (liberadores de levonorgestrel) o inertes (T de cobre) que afectan directamente el endometrio, agentes que interfieren con los mecanismos de coagulación de la sangre como la warfarina, heparina y anticoagulantes orales directos o que influyan en el control sistémico de la ovulación por efectos sobre el hipotálamo, la hipófisis o el ovario mismo, como los anticonceptivos orales, parches transdérmicos y anillos vaginales, los antidepresivos (tricíclicos e inhibidores de la recaptación de la serotonina), los antipsicóticos (primera generación y risperidona), las fenotiazinas, entre otros (1,6).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

Cuando los agentes hormonales de estrógeno-progestágeno se administran cíclicamente, el sangrado uterino programado generalmente ocurre junto con la suspensión periódica de los agentes esteroideos; sin embargo, cuando ocurre de forma no esperada, se denomina sangrado no programado. En caso de administración continua, cualquier sangrado puede considerarse no programado y clasificarse dentro de esta categoría. Por lo tanto, se recomienda considerar esta causa si la paciente utiliza alguno de los fármacos o dispositivos descritos, luego de descartar otras etiologías (recomendación de expertos) (1,6).

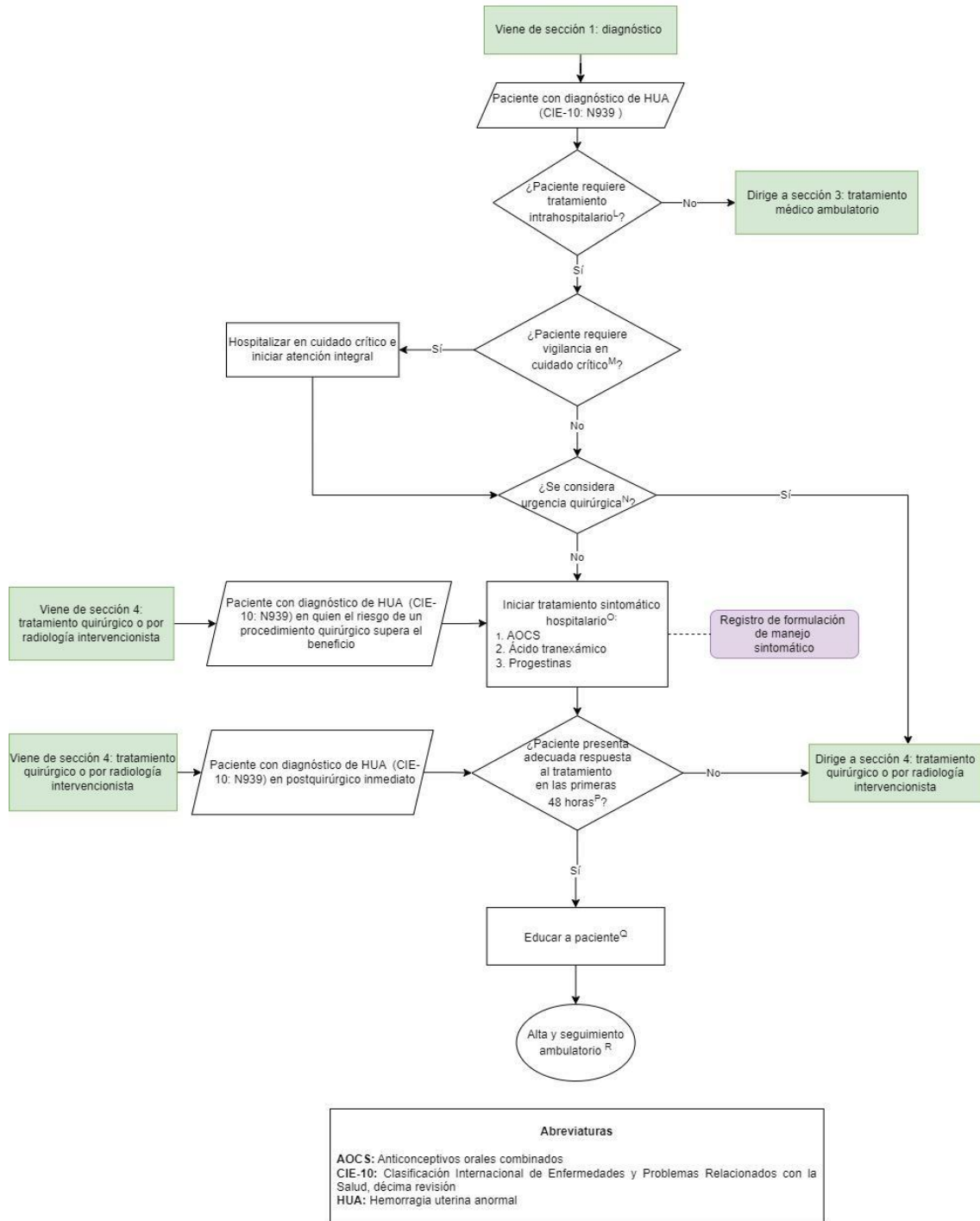
- No clasificadas en otra parte: corresponde a etiologías no clasificables en otros grupos, poco frecuentes, o aquellas en donde no se ha demostrado de manera concluyente una correlación fisiopatológica. Se incluirán en este grupo las malformaciones arteriovenosas, el trauma y el istmocele (recomendación de expertos) (1,6).

Adicionalmente, el sistema de clasificación etiológica PALM - COEIN permite entender que una paciente puede tener una o más entidades que podrían causar o contribuir con los síntomas, por lo cual se recomienda mantener un bajo umbral de sospecha de causas concomitantes de HUA (recomendación de expertos) (1).

**K. Anemia en la paciente con HUA:** la anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. Dichas necesidades fisiológicas específicas varían según características como la edad o la altitud sobre el nivel del mar. La OMS establece como punto de corte para diagnóstico de anemia en mujeres mayores de 15 años no embarazadas valores de Hb inferiores a 12 g/dL, dividiéndose en anemia leve valores hasta 11g/dL, moderada de 8 g/dL-10.9 g/dL y grave menor de 8 g/dL. Adicionalmente en pacientes con una altitud por encima del nivel del mar (>1.000msnm), hay un aumento en las concentraciones de hb, con un ajuste específico para Bogotá ( 2.600 msnm) de 1,3 g/dL sobre la hb media (34).



**Figura 4.** Sección 2 del diagrama de flujo: tratamiento médico intrahospitalario de la paciente con diagnóstico de hemorragia uterina anormal.

**Sección 2**



**Abreviaturas**  
 AOCs: Anticonceptivos orales combinados  
 CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión  
 HUA: Hemorragia uterina anormal

Fuente: elaboración propia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### Información adicional



**L. Paciente con criterios para tratamiento intrahospitalario:** se considerará tratamiento intrahospitalario en la paciente que cumpla con la definición de HUA aguda: episodio de sangrado en suficiente cantidad para requerir atención y tratamiento inmediato con el objetivo de evitar una mayor pérdida de sangre (recomendación de expertos) (1).

Al presentarse una paciente con un episodio agudo de HUA el enfoque inicial deberá incluir una pronta evaluación de signos de hipovolemia e inestabilidad hemodinámica y establecer como objetivos de tratamiento (recomendación de expertos) (35,36):

1. Controlar el sangrado actual, reduciendo la pérdida sanguínea tan pronto como sea posible
2. Estabilizar a la paciente utilizando hemoderivados u otras terapias farmacológicas según grado de anemia y las voluntades anticipadas de la paciente
3. Reducir la pérdida sanguínea en los próximos ciclos, identificando y tratando la etiología más probable

**M. Criterios de ingreso a cuidado crítico:** según el Consenso Colombiano de Criterios de Ingreso a Cuidados Intensivos, se recomienda que la paciente con alteraciones severas en los signos vitales o con resultados críticos en los parámetros objetivos de la función de órganos o sistemas que ponen en riesgo la vida, sea admitida para monitoreo o recibir intervenciones terapéuticas. Se proponen los siguientes criterios (recomendación de expertos) (37):

- Paciente con anemia severa y sintomática con compromiso cardiopulmonar inminente que requieren intervención urgente
- Paciente con coagulación intravascular diseminada y/o hemorragia potencialmente mortal
- Trombocitopenia severa con sangrado activo con inestabilidad hemodinámica
- Riesgo de falla respiratoria con frecuencia respiratoria mayor de 30 rpm con PaO<sub>2</sub> menor de 50 mmHg y/o acidosis respiratoria con pH menor 7,30
- Saturación de O<sub>2</sub> menor al 88% con FIO<sub>2</sub> mayor o igual al 50% a más de 1500 metros sobre el nivel del mar
- Falla de dos o más órganos
- Frecuencia cardíaca > 140 lpm con repercusión hemodinámica
- Hipotensión persistente que requiere vasopresores para mantener una PAM > 65 mmHg
- PA normal, pero con signos clínicos o paraclínicos de hipoperfusión tisular: tiempo de llenado capilar prolongado >3 segundos, frialdad o moteado cutáneo generalizado, lactato > 2 mmol/l.
- Deterioro del estado de conciencia (depresión o agitación sin causa aparente)

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



Para el contexto institucional, se tendrán en cuenta los criterios dispuestos en protocolo médico de criterios para la admisión, clasificación y salida de cuidado crítico, disponible en el repositorio institucional DARUMA bajo el código AC-PT-10 (recomendación de expertos).

**N. Paciente que requiere tratamiento quirúrgico o por radiología intervencionista urgente:** para lograr los objetivos de tratamiento en una paciente con HUA aguda, siempre se deben considerar las voluntades anticipadas de la paciente y su enfoque diferencial (recomendación de expertos). El tratamiento médico es considerado el de preferencia; sin embargo, en aquellos casos en los que el tratamiento médico inicial no sea satisfactorio, cuando exista contraindicación para tratamiento médico o la severidad de la hemorragia sea lo suficiente para comprometer la estabilidad de la paciente, se recomienda considerar el tratamiento quirúrgico o por radiología intervencionista de urgencia (recomendación de expertos) (38). El tratamiento quirúrgico de elección se discute en la sección 4: tratamiento quirúrgico o por radiología intervencionista.

**O. Tratamiento sintomático intrahospitalario:** se proponen las siguientes líneas de tratamiento farmacológico para pacientes con HUA aguda en el ámbito intrahospitalario:

1. Anticonceptivos orales combinados (AOC): Se recomienda el uso de 1 tableta de anticonceptivo monofásico que contengan etinilestradiol de 30 o 35 mcg cada 8 horas por 7 días, seguido de una tableta al día por 3 semanas o una tableta cada 6 horas por 24 horas (recomendación de expertos) (39). En la institución se cuenta con Levonorgestrel + etinilestradiol (150 mcg+ 30 mcg) en grageas, pero se podrán utilizar otros, según disponibilidad (recomendación institucional).
2. En la paciente que no puede recibir terapia hormonal o que no cuenta con adecuada respuesta a la misma, se recomienda el uso de ácido tranexámico a dosis de 10 mg/kg intravenoso (máximo 600 mg/dosis) o 500 a 1.000 mg por vía oral cada 8 horas por 5 días (recomendación de expertos) (39). En la institución se cuenta con ácido tranexámico 500 mg/5 ml en solución inyectable, pero se podrán utilizar otros, según disponibilidad (recomendación institucional).

El uso concomitante con anticonceptivos orales estará contraindicado solo en pacientes con alto riesgo tromboembólico, dado que la amplia experiencia clínica demuestra un buen perfil de seguridad a corto plazo del ácido tranexámico y los AOC para el manejo de la HUA en la población general, superando los riesgos potenciales de la combinación. Se recomienda que en caso de requerir esta combinación, solo se use en pacientes de bajo riesgo tromboembólico (recomendación de expertos) (40).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

3. Se recomienda como alternativa el uso de progestinas como el acetato de medroxiprogesterona a dosis de 10 a 20 mg vía oral tres veces al día por 7 días o acetato de noretisterona 5 a 10 mg cada 4 horas hasta que se detenga el sangrado (recomendación de expertos) (39). Sin embargo, este último se encuentra disponible en el mercado colombiano únicamente en su forma de presentación combinada con etinilestradiol, por lo cual se recomienda esta presentación para el tratamiento médico de forma ambulatoria. (recomendación de expertos).

**P. Respuesta al tratamiento médico:** los regímenes de tratamiento hormonal, especialmente en su presentación oral, no actúan de forma inmediata. Al utilizar AOC que contienen 35 microgramos de etinilestradiol, a dosis de 1 tableta cada 8 horas, la media de tiempo para que cese el sangrado es de 3 días, logrando la estabilización de la paciente en las primeras 24 a 48 horas. Por lo anterior, se recomienda evaluar la respuesta clínica al tratamiento médico durante las primeras 48 horas de inicio del mismo, basándose en la ausencia de parámetros de choque hemorrágico y la disminución tanto subjetiva como objetiva del sangrado (recomendación de expertos) (41).



En la paciente en quien el tratamiento sintomático no sea satisfactorio, se indicará el tratamiento quirúrgico o por radiología intervencionista de urgencia, teniendo en cuenta sus voluntades anticipadas y el enfoque diferencial (recomendación de expertos) (38).

**Q. Educación a la paciente:** se recomienda que, previo al egreso hospitalario, se realice educación a la paciente con respecto a los parámetros de normalidad del ciclo menstrual y la causa, tratamiento y pronóstico de su patología actual, se explique claramente beneficios y riesgos, reacciones adversas y efectos secundarios de la terapia farmacológica, quirúrgica o intervencionista radiológica recibida (recomendación de expertos) (42,43). Adicionalmente se debe explicar la necesidad de seguimiento periódico como se describe a continuación.

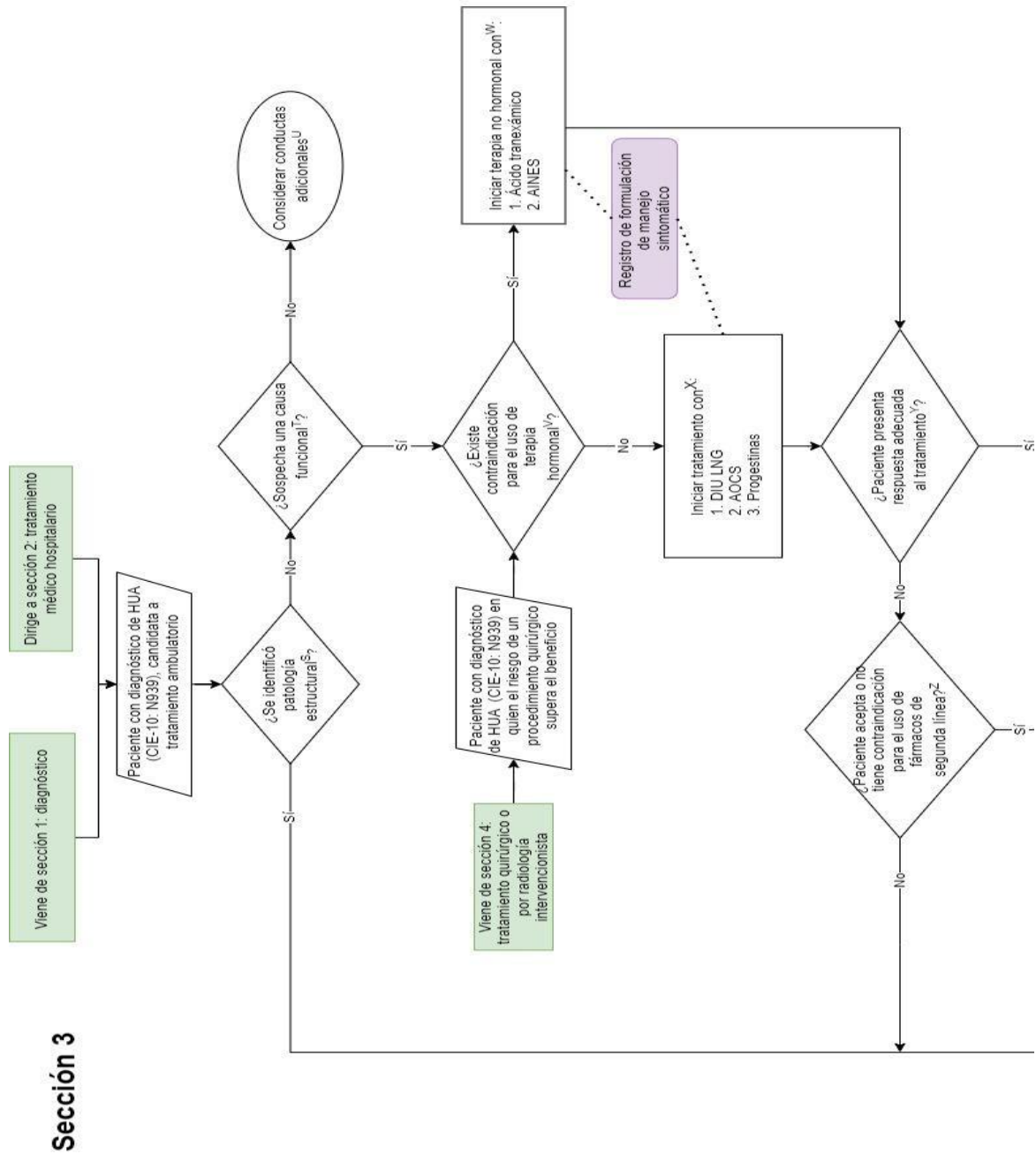
**R. Alta y seguimiento:** se recomienda que toda paciente que haya recibido un tratamiento intervencionista o quirúrgico tenga su primera cita de control dentro de las siguientes dos semanas para evaluar mejoría de síntomas y descartar complicaciones secundarias. La frecuencia de los controles posteriores se individualiza dependiendo de la evolución clínica de la paciente y el resultado de la patología (recomendación de expertos).

Si la paciente solo recibió tratamiento médico deberá tener el primer control dentro del mes siguiente al inicio del mismo y la frecuencia de los controles posteriores se individualizará dependiendo de la evolución clínica de la paciente (recomendación de expertos).



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

**Figura 5.** Sección 3 del diagrama de flujo: tratamiento médico ambulatorio de la paciente con diagnóstico de hemorragia uterina anormal.





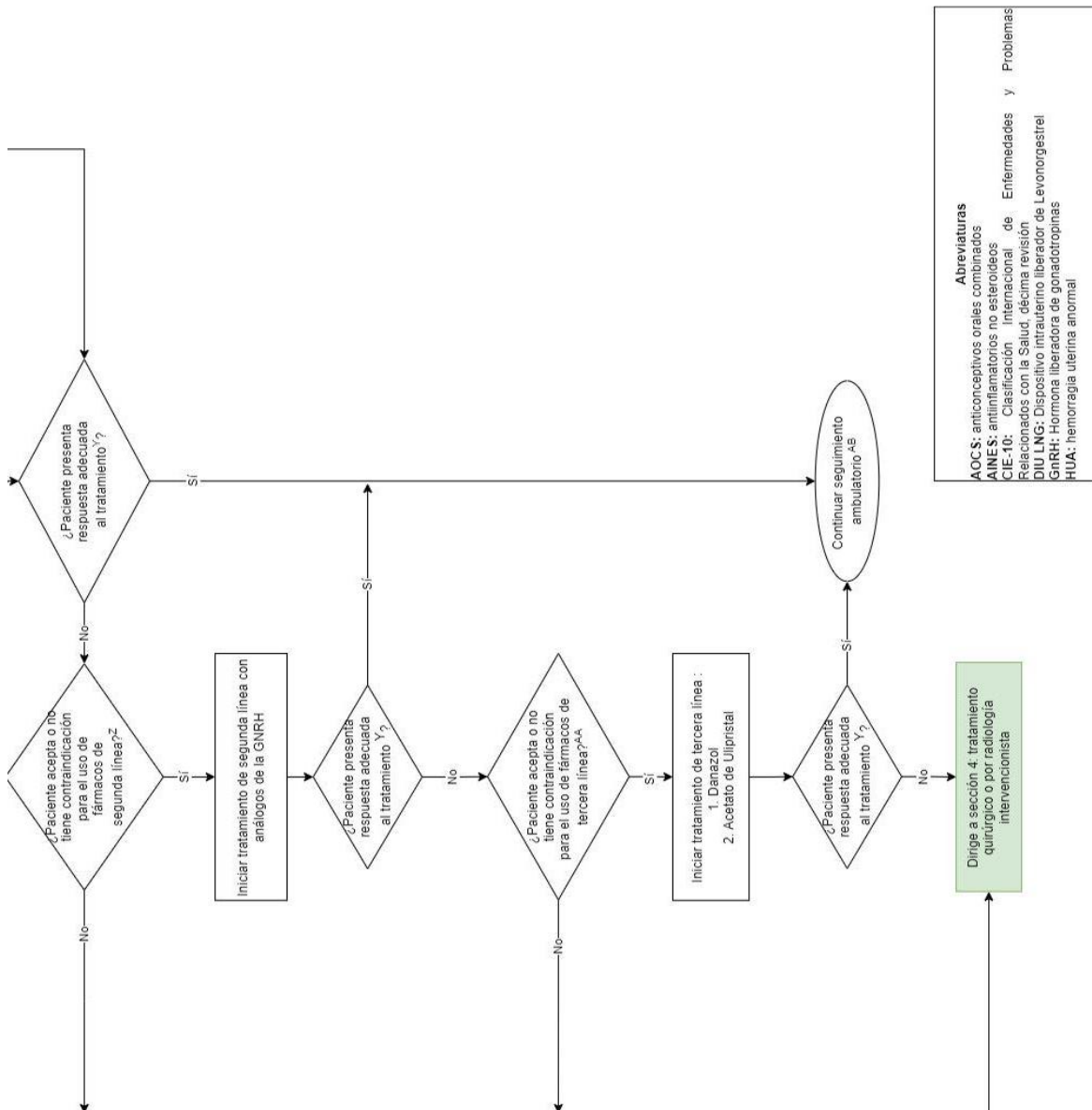
# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA

## ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA



Código: IN-EC-24

Vigente desde: 22-05-2024

Versión: 001



Fuente: elaboración propia.



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### Información adicional

**S. Paciente con patología estructural subyacente:** al establecer las opciones de tratamiento en la paciente con HUA secundaria a una o varias de estas etiologías, será necesario tomar en consideración las preferencias de la paciente, la presencia de comorbilidades, otros síntomas como dismenorrea o dispareunia así como las características propias de la patología identificada, por ejemplo, en el caso de una paciente con leiomiomatosis, el tamaño, número y localización de los leiomiomas (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10). De igual manera, se deberá considerar el enfoque diferencial (recomendación de expertos).

El tratamiento médico puede ser considerado como primera opción de tratamiento en los siguientes escenarios clínicos:

1. En la paciente con leiomiomatosis cuyos leiomiomas sean inferiores a 3 cm de diámetro y no distorsionen la cavidad uterina o exista la sospecha de adenomiosis asociada, se recomienda el uso de un dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU LNG) (NE: A, NICE) (10). Se recomienda mantener el tratamiento durante al menos 6 meses para evaluar sus beneficios (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10). Para ampliar la información sobre el abordaje de las pacientes con leiomiomatosis se recomienda dirigirse al ECE: leiomiomatosis.
2. Se recomienda brindar información a las pacientes candidatas a tratamiento con DIU LNG sobre posibles cambios en el patrón del sangrado menstrual durante los primeros 6 meses (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10).
3. En pacientes con leiomiomas superiores a 3 cm de diámetro en espera de un tratamiento quirúrgico o de radiología intervencionista se recomienda ofrecer manejo con ácido tranexámico o antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10). Además, se recomienda dejar registro en la historia clínica de la discusión de dicha conducta y decisión de aceptación o rechazo por parte de la paciente (recomendación de expertos).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

**T. Causas funcionales de HUA:** dentro de esta categoría se pueden agrupar las HUA de origen endometrial y ovulatorio, que se beneficiarán principalmente de tratamiento médico asociado a las siguientes recomendaciones (recomendación de expertos) (44):



- Si se encuentra una causa endocrina se debe iniciar el tratamiento correspondiente para controlar la patología base y solicitar las valoraciones correspondientes
- En una mujer con disfunción ovulatoria y sobrepeso, se debe fomentar la pérdida de peso y el ejercicio, ya que la pérdida de peso conduce a un retorno a la ovulación regular al restaurar los niveles normales de testosterona, en especial, en la mujer con síndrome de ovario poliquístico
- Para la mujer con disfunción hipotalámica debido a ejercicio excesivo o IMC bajo, se debe promover el mantenimiento de un peso saludable

Aquella paciente con etiología secundaria a coagulopatía o iatrogenia, también requiere de consideraciones adicionales al tratamiento farmacológico hormonal y no hormonal, que se explican a continuación.

**U. Conductas adicionales en HUA secundaria a coagulopatía o iatrogenia:** para la paciente con trastornos de la coagulación, se requiere de un abordaje conjunto con el servicio de hematología (recomendación de expertos) (45). Se recomienda el uso de AOC o DIU LNG como manejo de la HUA en pacientes con EVW sin deseo de paridad, en lugar de utilizar la desmopresina (NE: recomendación condicional, Calidad de la evidencia muy baja, GRADE) (46). En caso de deseo de paridad, se recomienda usar ácido tranexámico en lugar de desmopresina. (NE: Recomendación condicional, Calidad de la evidencia muy baja, GRADE) (46).

La desmopresina es un análogo sintético de la hormona antidiurética y se ha descrito que aumenta las concentraciones plasmáticas de FvW-FVIII y la adhesividad plaquetaria. Se usa comúnmente para la prevención y el tratamiento de episodios hemorrágicos en pacientes con EVW tipo 1 y que tienen un nivel inicial de FvW <0,30 UI/mL; sin embargo, está contraindicada en la EVW tipo 3 por falta de eficacia y en la EVW tipo 2B por el aumento de la unión plaquetaria con trombocitopenia subsiguiente. Dado lo anterior, si hay indicación de uso de desmopresina se recomienda realizar previamente prueba de desmopresina IV o nasal en lugar de no realizar una prueba y tratar con ácido tranexámico o concentrado de factor (NE: recomendación condicional, Calidad de la evidencia muy baja, GRADE) (46). La administración de la prueba y de la desmopresina se realizará a cargo del servicio de hematología (recomendación de expertos) (29).

En la paciente con HUA por coagulopatía o consumo de anticoagulantes, no se recomienda dentro del tratamiento médico uso de AINES por su efecto antiplaquetario (recomendación de expertos) (29,47).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

Si se sospecha etiología por iatrogenia es probable que estos episodios de sangrado no programado estén relacionados con niveles reducidos de esteroides gonadales circulantes secundario a problemas con la adherencia y uso incorrecto de anticonceptivos, también por interacciones farmacológicas con anticonvulsivantes y antibióticos o presencia de tabaquismo activo. Se recomienda evaluar cada uno de estos aspectos antes de agregar o cambiar la terapia hormonal (recomendación de expertos) (6).



Aquella paciente que esté utilizando alguna progestina por vía oral o transdérmica y presente HUA, se recomienda inicialmente dar un ciclo corto de AINES por 5 a 7 días durante los días de sangrado, en caso de no respuesta y no contraindicación de terapia hormonal, utilizar AOC o estrógeno solo durante 10 a 20 días para estabilizar el endometrio (recomendación de expertos) (48).

En el caso de dispositivos intrauterinos también se puede ofrecer un ciclo corto de AINES y se debe descartar su desplazamiento o expulsión. Específicamente para el DIU LNG, se podría considerar un ciclo corto de AOC durante 1 a 3 meses (recomendación de expertos) (48).

Pacientes que usan análogos de GnRH pueden presentar sangrado abundante durante las primeras semanas de tratamiento por lo que se recomienda, en especial para aquellas con anemia, un ciclo de tres semanas de progestina oral para disminuir o evitar el sangrado (recomendación de expertos) (44).

En el caso de los AOC el manejo dependerá del esquema que se esté utilizando. Si se trata de un esquema cíclico y el sangrado irregular persiste más allá de los primeros 3 meses de uso y la paciente desea tratamiento, se sugiere cambiar la formulación. En caso de que el sangrado no programado ocurra después de la hemorragia por privación, esto puede indicar la necesidad de una dosis más alta de estrógenos, en especial si se utilizan dosis bajas de 20 mcg. En este caso se recomienda aumentar la dosis a 30 - 35 mcg de estradiol. (recomendación de expertos) (48). En cuanto a los esquemas continuos de ACOS, se recomienda incrementar la dosis de estrógeno, sin superar el máximo de 35 mcg/día, o suspender las tabletas durante 3 a 4 días en casos de sangrado no programado con el fin de permitir un sangrado por privación. Esto siempre y cuando la interrupción ocurra después de los primeros 21 días de uso para conservar su efecto anticonceptivo (recomendación de expertos) (48).



Si a pesar de realizar estas intervenciones persiste el sangrado no programado o la paciente lo considera no tolerable, se deben evaluar otras alternativas de anticoncepción o tratamiento de HUA, según indicación (recomendación de expertos) (48).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

En el caso de que la paciente esté recibiendo terapia anticoagulante oral o parenteral, se encuentra contraindicado el uso de terapia hormonal combinada, así como el uso de ácido tranexámico. La evidencia sobre el uso de terapia con solo progestina es limitada, sin embargo, se considera que presenta un menor riesgo de trombosis respecto a las demás opciones. Por ende, se recomienda el uso de DIU de LNG como primera línea de tratamiento en este grupo de pacientes. Como segunda línea se recomiendan las progestinas orales y como tercera línea los agonistas de GnRH, tomando en consideración sus efectos secundarios (recomendación de expertos) (29). Adicionalmente, se ha descrito que pacientes que usan Rivaroxaban, tienen 1,4 veces más HUA con respecto a pacientes que utilizan otros anticoagulantes, por lo cual, se debe evaluar en conjunto con el servicio de hematología el riesgo/beneficio de cambiar a otro agente anticoagulante, si el impacto de la HUA es significativa para la paciente (recomendación de expertos) (49,50).

**V. Contraindicaciones para el uso de terapia hormonal:** el uso de terapia hormonal está contraindicado en pacientes que no lo desean, tienen deseo de embarazo a corto plazo y según comorbilidades o factores de riesgo descritos a continuación:

- DIU LNG: contraindicado en la paciente cuya morfología uterina se encuentre alterada, exista antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria en los últimos 3 meses o exista antecedente de cáncer de cérvix o de endometrio sin tratamiento (29,35).
- AOC: contraindicado en la paciente con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular y eventos tromboembólicos, cardiopatía isquémica, historia de cáncer de mama, falla hepática, neoplasias hepáticas, tabaquismo, mujeres mayores de 35 años, antecedente de hipertensión arterial, antecedente de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar, trastornos tromboembólicos conocidos, migraña con aura y cirugía mayor con inmovilización prolongada (29,35).
- Progestinas: contraindicado su uso en la paciente con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, tabaquismo pesado, historia de enfermedad cerebrovascular, historia de cáncer de mama, enfermedad hepática (38).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



**W. Tratamiento farmacológico no hormonal:** para la paciente con contraindicación de terapia hormonal se recomienda el uso de AINES o ácido tranexámico (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10). Se recomienda los siguientes esquemas:

- Ácido tranexámico: 500 - 1000 mg vía oral cada 8 horas durante 5 días (iniciando el primer día de la menstruación)
- Ibuprofeno: 400- 800 mg vía oral cada 8 horas los primeros 3 a 5 días del periodo menstrual
- Naproxeno 500 mg vía oral cada 12 horas los primeros 3 a 5 días del periodo menstrual
- Diclofenaco: 50 mg vía oral cada 12 horas los primeros 3 a 5 días del periodo menstrual

El uso de AINES está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes, asma, trastornos plaquetarios, hemorragia gastrointestinal previa relacionada con AINES o activa, enfermedad renal grave (TFG < 30 ml/min), insuficiencia hepática, enfermedad cardiovascular y falla cardíaca crónica (29). Adicionalmente, se preferirán los AINES en pacientes con dismenorrea significativa asociada (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10).

**X. Tratamiento hormonal ambulatorio:** en la paciente en quien no existe contraindicación para el uso de terapia hormonal y es aceptable la anticoncepción, se tienen las siguientes opciones como primera línea de manejo:

1. El DIU LNG de 52 mg libera 20 mcg de levonorgestrel cada día, demostrando una reducción en el sangrado menstrual del 86% posterior a 3 meses de uso y del 97% después de 12 meses. Se considera superior al uso de progestinas orales, AOC y AINES (29). Por ello, en pacientes sin patología estructural identificada que han iniciado relaciones sexuales y su uso es aceptable, se recomienda el DIU LNG como primera línea de manejo (NE: A, NICE) (10). Otras presentaciones de DIU LNG como de 19,5 mg o 13,5 mg no han sido evaluadas específicamente para manejo de la HUA, por lo cual no se recomienda su uso (recomendación de expertos) (44) . Se recomienda brindar información a las pacientes candidatas sobre posibles cambios en el patrón del sangrado descritas en el índice S.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

2. En la paciente que no desee el uso de DIU LNG o este se encuentra contraindicado, se recomienda el uso de AOC (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10). Evidencia de moderada calidad indica que el uso de AOC durante 6 meses reduce de manera significativa el sangrado menstrual, hasta en un 77%. Sin embargo, se considera menos efectivo que el DIU LNG (29). Sus contraindicaciones se describen en el índice V. Se recomiendan las siguientes alternativas:



- Etinilestradiol 30 mcg + Dienogest 2 mg
- Etinilestradiol 30 mcg + Desogestrel 150 mcg
- Etinilestradiol 30 mcg + Levonorgestrel 150 mcg

Su administración puede ser en un esquema cíclico (21 días de píldoras activas y 7 días de placebo), continuo (sin administración de placebo) o prolongado (ciclo de 12 semanas), estos dos últimos esquemas se asocian con una menor pérdida de sangre por ciclo y número de episodios de sangrado por año, además de reducción de dolor pélvico y dismenorrea asociada (29). Sin embargo, los esquemas continuos o prolongados se asocian con un mayor riesgo de sangrado no programado (48). Dado lo anterior se recomienda evaluar en conjunto con la paciente el balance riesgo/beneficio de cada esquema (recomendación de expertos) (29,48).

Adicionalmente, se recomienda que aquellas pacientes que serán llevadas a intervenciones quirúrgicas mayores con inmovilización prolongada, y se encuentran en tratamiento con AOC, se debe suspender terapia 4 a 6 semanas previo a intervención con el fin de disminuir el riesgo tromboembólico, sin olvidar administrar otro método anticonceptivo como solo progestina o no hormonal, si la paciente usa AOC también con este fin (recomendación de expertos) (51). Se recomienda reiniciar AOC hasta que el riesgo tromboembólico perioperatorio haya disminuido y la paciente haya recuperado un nivel de actividad física casi normal (recomendación de expertos) (51). Sin embargo, si se espera que las pacientes puedan deambular con facilidad en el postoperatorio, no hay razón para suspender los anticonceptivos hormonales combinados antes de la cirugía (recomendación de expertos) (51).

3. Se recomienda como tercera opción el uso de progestinas orales en esquema continuo. El uso de progestinas únicamente durante la fase lútea no ha demostrado efectividad en el tratamiento de la HUA, por lo que se recomienda un esquema continuo. Sin embargo, su efectividad es inferior al DIU liberador de Levonorgestrel y al uso de AOC (recomendación de expertos) (29). Se recomienda la prescripción de medroxiprogesterona acetato 5 a 10 mg vía oral cada día. En caso de intolerancia al medicamento, se encuentran en nuestro medio disponibles la drospirenona (4 mg vía oral cada día) y el dienogest (2 mg vía oral cada día).



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

**Y. Respuesta al tratamiento médico ambulatorio:** se recomienda realizar seguimiento de manera ambulatoria después de 3 meses desde el inicio del tratamiento, definiendo como una respuesta adecuada al tratamiento una disminución subjetiva del sangrado menstrual o una mejoría en la calidad de vida de la paciente (recomendación de expertos) (52,53).

En la paciente en quien el tratamiento no sea satisfactorio, se recomienda brindar como alternativas farmacológicas AOC de segunda y tercera línea o tratamiento quirúrgico, según las preferencias de la paciente y su enfoque diferencial (recomendación de expertos) (7).

**Z. Segunda línea de manejo hormonal:** se recomienda el uso de estas alternativas de tratamiento médico si la paciente no desea el tratamiento quirúrgico como segunda línea y está de acuerdo con posibles efectos secundarios de los medicamentos (recomendación de expertos). Dentro de estos, se describen los agonistas de GnRH. Se debe considerar su uso antes de llevar a procedimiento quirúrgico (histerectomía o miomectomía) en pacientes con leiomiomas uterinos de gran tamaño que distorsionan el útero (NE: B, NICE) (10). Lo anterior con el objetivo de disminuir la pérdida de sangre intraoperatoria, ya que el volumen uterino puede reducirse en un 30-60% haciendo uso previo de los agonistas. Se recomienda una terapia por 3 a 6 meses, debido a que su uso a largo plazo está limitado por los efectos adversos asociados entre los que se encuentran la aparición de síntomas vasomotores, atrofia genital, depresión y reducción reversible de la densidad mineral ósea (recomendación de expertos) (29,54). Adicionalmente, se debe informar sobre la posible exacerbación temporal de los síntomas inmediatamente después de la inyección de agonistas de la GnRH, en especial, un sangrado abundante en las primeras 2 a 3 semanas por el aumento inicial de la liberación de gonadotropinas (recomendación de expertos) (7,44).



Se recomienda adicionar terapia conjunta con bajas dosis de noretisterona ayuda a minimizar estos efectos adversos, y debe entrar en consideración cuando el uso de análogos se extenderá por más de 6 meses (29); sin embargo, las presentaciones de baja dosis no se encuentran disponibles en Colombia. Por lo anterior, se recomienda adicionar a la terapia con agonistas de la GNRH estrógenos a bajas dosis (recomendación de expertos).

El uso de agonistas de la GNRH está contraindicado en pacientes con HUA de etiología no clara y con factores de riesgo para baja densidad ósea como alcoholismo crónico o abuso de tabaco, antecedentes familiares de osteoporosis severa y uso crónico de medicamentos como los corticosteroides (29). Esquemas recomendados:

- a. Acetato de leuprolide: 3,75 mg cada mes o 11,25 mg cada 3 meses intramuscular.
- b. Goserelina: 3,6 mg cada mes o 10,8 mg cada 3 meses subcutánea.

Esquemas de estrógenos bajas dosis:

- a. Estrógenos equinos conjugados 0,3 - 0,625 mg vía oral cada día.
- b. Valerato de estradiol 2 mg vía oral cada día.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

**AA. Tercera línea de manejo hormonal:** como tercera línea del tratamiento hormonal se sugiere tener en cuenta:



- Danazol: su uso ha demostrado una reducción del 80 % en la pérdida de sangre menstrual. Sin embargo, se deja como última línea manejo por efectos adversos como ganancia de peso, acné, hirsutismo y otros efectos androgénicos (29). El esquema recomendado es de 100 - 400 mg/día vía oral cada 12 horas con una duración de la terapia máxima de 6 meses (recomendación de expertos) (29):

La ganancia de peso es uno de sus efectos adversos más frecuentes, por lo cual se recomienda vigilar la ganancia de peso en las visitas de seguimiento. (recomendación de expertos) (29).

Adicionalmente, el danazol se debe utilizar con precaución en pacientes con consumo de otros medicamentos que se metabolizan por la CYP3A4 como la carbamazepina y las estatinas dado alto riesgo de toxicidad (recomendación de expertos) (55). Las contraindicaciones para su uso incluyen HUA idiopática y función hepática, renal o cardiovascular alteradas (29).

- Acetato de ulipristal: se recomienda considerar su uso para el tratamiento intermitente de síntomas moderados o severos en pacientes con leiomiomas, debido a sus efectos proapoptóticos y antiproliferativos, en las siguientes condiciones (44):
  - i. Cuando el tratamiento quirúrgico no es aceptable para la paciente, al ser mayores los riesgos respecto a los beneficios (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10).
  - ii. Cuando el tratamiento quirúrgico o la embolización de arterias uterinas no han sido exitosos (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10).

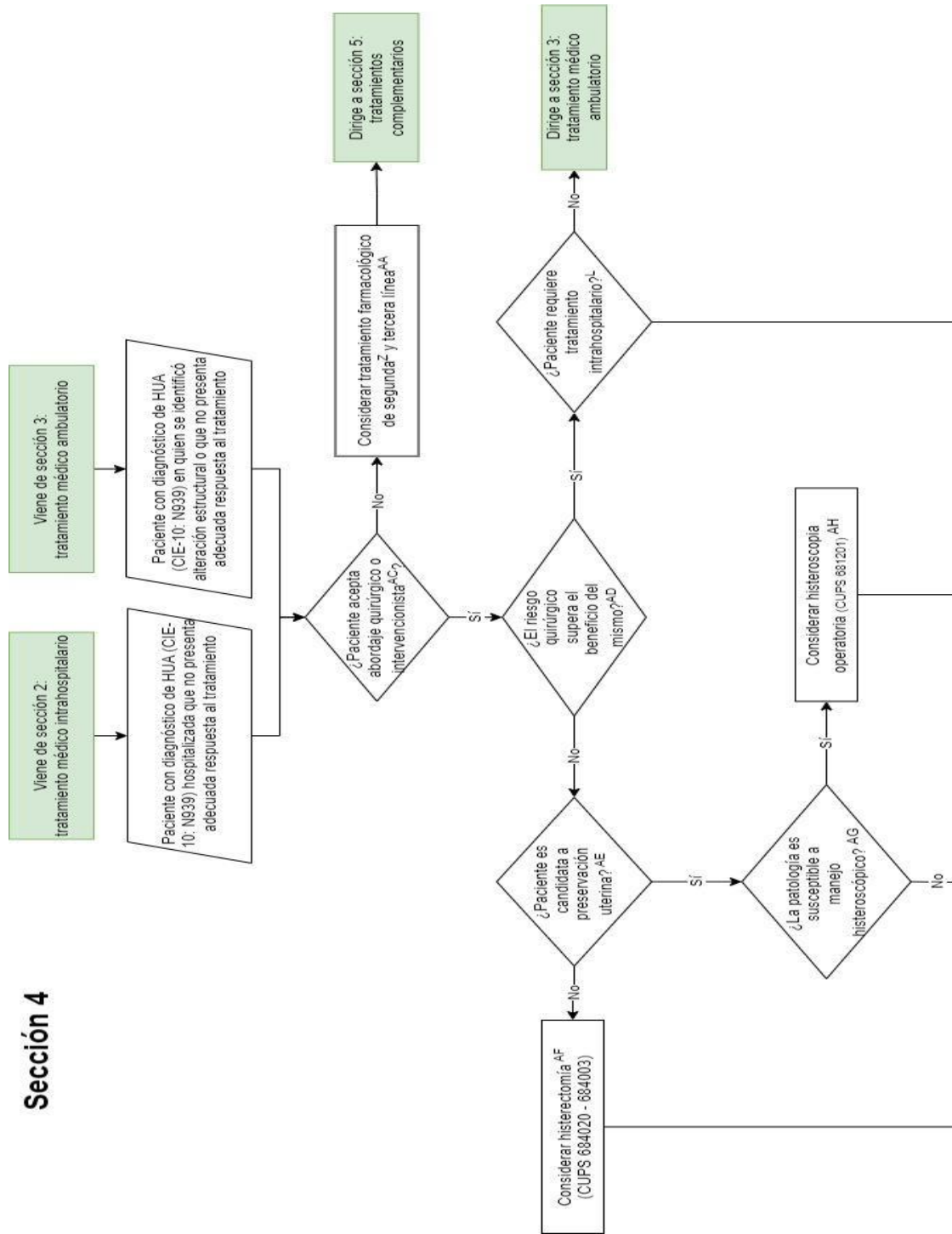
Se recomienda además brindar información sobre los posibles riesgos asociados al uso del acetato de ulipristal, informando sobre el riesgo de lesión hepática severa y falla hepática (NE: B, NICE) (10).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

Se debe evaluar la función hepática antes de iniciar el tratamiento con acetato de ulipristal y evaluarla de manera mensual durante los primeros 2 ciclos de tratamiento (NE: B, NICE) (10). Un ciclo de tratamiento se define como el consumo de una tableta diaria por un periodo de 3 meses, este debe iniciarse en la primera semana del ciclo menstrual. Para pacientes con ciclos intermitentes, se debe iniciar durante la primera semana de la segunda menstruación después del final del ciclo de tratamiento anterior (lo que resulta en un intervalo sin tratamiento). Está contraindicado en pacientes con HUA de etiología desconocida o diferente a leiomiomas y pacientes con cáncer de ovario, mama o cérvix (56). Se recomienda suspender el tratamiento en pacientes que presentan signos o síntomas de lesión hepática y evaluar la función hepática de manera urgente (NE: B, NICE) (10). El esquema recomendado es de acetato de ulipristal 5 mg cada día, por un máximo de 4 ciclos para mujeres pre menopáusicas con HUA y leiomiomas uterinos de 3 cm de diámetro o más (NE: B, NICE) (10). No se recomienda como tercera línea de manejo el uso de otros fármacos como el Etamsilato (NE: A, NICE) (10)

**AB. Seguimiento ambulatorio en la paciente que presenta adecuada respuesta al tratamiento:** se recomienda realizar seguimiento de manera ambulatoria después de 3 meses desde el inicio del tratamiento, definiendo como tratamiento adecuado una disminución subjetiva del sangrado menstrual o una mejoría en la calidad de vida de la paciente (recomendación de expertos). La paciente en tratamiento con medicamentos de tercera línea requerirá un seguimiento más frecuente por sus riesgos asociados como se explica en el índice AA.

**Figura 6.** Sección 4 del diagrama de flujo: tratamiento quirúrgico o por radiología intervencionista de la paciente con diagnóstico de hemorragia uterina anormal.





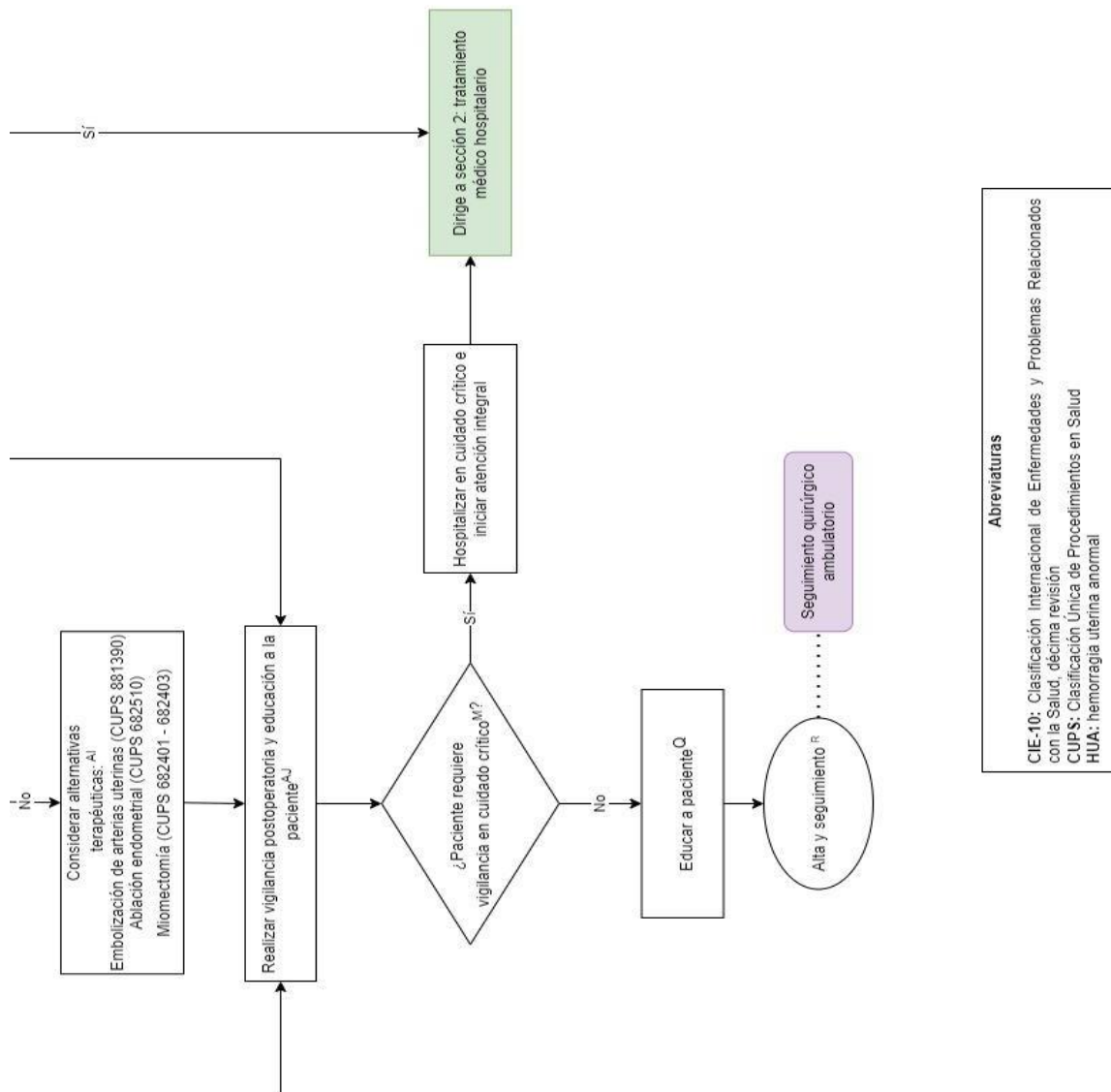
# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA

## ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA



Código: IN-EC-24

Vigente desde: 22-05-2024

Versión: 001



Fuente: elaboración propia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### Información adicional

**AC. Voluntades de la paciente ante procedimiento quirúrgico:** en la paciente con HUA que no presente una adecuada respuesta al tratamiento médico o en quien se identifique patología estructural subyacente, se recomienda discutir el tratamiento quirúrgico como opción terapéutica, al considerarse la opción más efectiva para estas entidades. También deberá discutirse la aceptación del mismo, después de explicar las posibles complicaciones (recomendación de expertos) (57).

En la paciente que no acepte el tratamiento quirúrgico definitivo, se recomienda discutir otras opciones terapéuticas existentes, como el tratamiento médico conservador o el tratamiento intervencionista conservador, así como su efectividad (recomendación de expertos) (57).



Adicionalmente, todas las pacientes deben contar con el formato de consentimiento informado de la institución para intervenciones quirúrgicas (disponible en el repositorio institucional Daruma bajo el código AQ-FR-44), en donde aceptan o rechazan dicha intervención (recomendación de expertos).

**AD. Consideraciones sobre el riesgo contra el beneficio del procedimiento quirúrgico:** el sistema de clasificación del estado físico de la Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos (ASA) surgió con el fin de ofrecer una categorización simple del estado fisiológico de un paciente para ayudar a predecir el riesgo operatorio (58). El valor pronóstico de la clasificación ASA en la práctica clínica diaria ha sido documentado por una serie de investigaciones, demostrando una fuerte asociación con la incidencia de complicaciones postoperatorias y mortalidad (58). Su clasificación se describe en la tabla 8.

**Tabla 8.** Sistema de clasificación del estado fisiológico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA PS), 2023.

Clasificación ASA PS	Definición
ASA I	Paciente normal, saludable
ASA II	Paciente con enfermedad sistémica leve
ASA III	Paciente con enfermedad sistémica severa
ASA IV	Paciente con enfermedad sistémica severa que representa una amenaza constante para la vida
ASA V	Paciente agonizante, quien no se espera que sobreviva sin el procedimiento quirúrgico
ASA VI	Paciente con muerte cerebral, cuyos órganos serán removidos con fines de donación
ASA E	Procedimiento quirúrgico de emergencia

**Fuente:** tomado de (58).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

Se recomienda que en la paciente que se establezca el tratamiento quirúrgico como opción terapéutica, se realice una evaluación individualizada en la cual se considere el beneficio comparado con el riesgo de la intervención. Además, se recomienda solicitar una valoración previa por el servicio de anestesiología con el fin de lograr una optimización pre quirúrgica de las condiciones de la paciente, incluyendo el manejo de la anemia, puesto que dichas intervenciones han demostrado una asociación con mejores desenlaces, como el alta temprana (recomendación de expertos) (59).

En caso de considerarse que el riesgo de la intervención es mayor que el beneficio, se sugiere reevaluar en conjunto con la paciente la posibilidad de continuar con el manejo hormonal o no hormonal descritos en las secciones 2 y 3.



**AE. Pacientes candidatas a preservación uterina:** actualmente, no se recomienda que la histerectomía se utilice como el tratamiento de primera línea en mujeres con HUA sin otra patología (NE: D, NICE) (10). Adicionalmente, debido al aumento en la edad materna, es frecuente encontrar a mujeres que cursan con HUA y a su vez, desean preservar su útero. Otras razones para desear preservar el útero incluyen el mantener la identidad personal, motivos culturales o motivos religiosos (60), por tal motivo, se recomienda que el tratamiento en la paciente con HUA se adapte a sus necesidades y sea lo menos invasivo posible de acuerdo con la condición clínica de la paciente (recomendación de expertos) (57).

Se recomienda considerar como paciente candidata a preservación uterina a aquella que cumpla alguna de las siguientes características (recomendación de expertos) (57):

- Deseo de conservar la fertilidad
- Tiene estabilidad hemodinámica
- Alto riesgo tromboembólico
- Deseo de conservar el útero
- Relativa: si la paciente no acepta transfusión (enfoque diferencial)

**AF. Histerectomía en la paciente no candidata a preservación uterina:** se recomienda la histerectomía (CUPS 683101, 684003) en pacientes con patología estructural como leiomiomas, adenomiosis o patología no estructural con falla o rechazo del tratamiento farmacológico y cuando los síntomas son graves (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10).

Se recomienda informar a las pacientes que la histerectomía implica pérdida de la fertilidad (NE: D, NICE) (10), al igual que discutir otros aspectos como impacto psicológico, o complicaciones graves (como hemorragia intraoperatoria o daño a otros órganos abdominales) principalmente cuando hay leiomiomas presentes (NE: C, NICE) (10).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

Las rutas para la realización de la histerectomía son la vía abdominal, vaginal y laparoscópica. La decisión con respecto a la vía de preferencia depende de factores como el tamaño del útero, la presencia o no de leiomiomas y su tamaño, la movilidad del útero o el tamaño de la vagina (10). Se describe que el tiempo quirúrgico para la vía abdominal es significativamente menor en comparación con la vía vaginal y la vía laparoscópica, encontrando además que está última se asocia con una mayor tasa de lesiones del tracto urinario (61), por lo que podría favorecerse la vía abdominal en el escenario de un abordaje quirúrgico urgente.

En cuanto al tipo de histerectomía, la tasa de complicaciones y eventos adversos son similares con la histerectomía total o subtotal, por lo que se recomienda que al discutir el tipo de histerectomía, se realice una valoración individual y se tengan en cuenta las preferencias de la paciente (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10).

**AG. Patologías susceptibles a manejo histeroscópico:** se recomienda abordaje histeroscópico en la paciente con leiomiomas submucosos FIGO 0, 1 y 2, pólipos endometriales y patología endometrial que presenta síntomas como sangrado intermenstrual persistente o factores de riesgo para hiperplasia o neoplasia endometrial (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10). Las recomendaciones para el mejor abordaje quirúrgico de los miomas submucosos se encuentran en el ECBE específico para esta condición.



**AH. Histeroscopia operatoria:** la histeroscopia es un procedimiento que implica la inserción de un histeroscopio rígido o flexible a través del canal cervical hasta el útero, haciendo uso de medios de distensión (solución salina, glicina 1,5 %, agua destilada) para permitir la visualización completa de la cavidad endometrial, brindando un método diagnóstico y terapéutico confiable para las anormalidades intrauterinas descritas previamente (62).

Se recomienda explicar a la paciente en qué consiste el procedimiento, riesgos y posibles complicaciones, así como alternativas, además de aconsejar a las mujeres que tomen analgesia oral antes del procedimiento (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10).



**AI. Alternativas terapéuticas en pacientes no candidatas a histeroscopia:** se proponen como alternativas terapéuticas al tratamiento quirúrgico por histeroscopia las siguientes opciones:

1. La embolización de arterias uterinas representa una opción terapéutica para el manejo sintomático en pacientes con leiomiomatosis uterina, logrando un adecuado control del sangrado y mejorando la calidad de vida. Se ha demostrado que alrededor del 73 al 90% de pacientes reportan mejoría en cuanto al volumen del sangrado hasta 10 años posterior al tratamiento. De igual forma, se reporta una mejoría hasta del 80% en cuanto a síntomas como dismenorrea y dolor pélvico (63). Para su realización se tienen en cuenta las siguientes consideraciones:



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

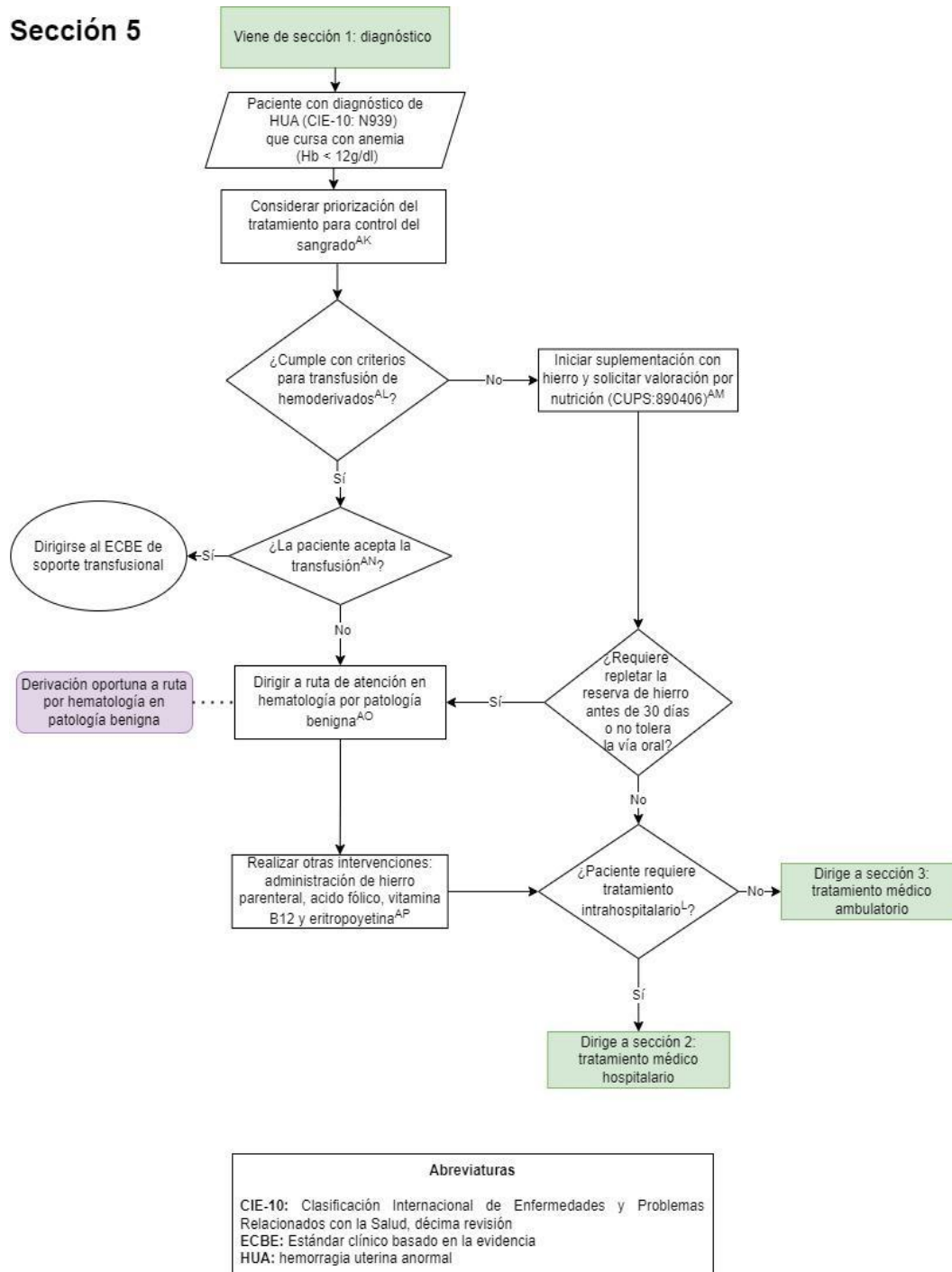
- La embolización de arterias uterinas es una alternativa bien establecida para el tratamiento de la HUA en mujeres que no desean cirugía, por tanto, en pacientes sintomáticas con leiomiomatosis uterina, adenomiosis, patología maligna, o pacientes sin patología estructural identificada que no han tenido una adecuada respuesta al tratamiento médico y desean preservación uterina, se recomienda ofrecer la embolización de arterias uterinas como opción terapéutica (recomendación de expertos) (10,64). Se recomienda que dicho procedimiento sea llevado a cabo por radiología intervencionista (recomendación de expertos) (64).
  - Se recomienda informar a las pacientes que la embolización de arterias uterinas podría potencialmente preservar su fertilidad (NE: C, NICE) (10).
  - Se recomienda la embolización de arterias uterinas como opción terapéutica en mujeres con leiomiomas uterinos mayores a 3 cm de diámetro que no desean tratamiento quirúrgico (NE: B, NICE) (10).
  - En pacientes con leiomiomatosis, con el fin de obtener información adicional sobre la vascularización, posición y tamaño de los leiomiomas, se recomienda considerar la solicitud de una resonancia magnética (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10).
  - En pacientes clínicamente estables se recomienda solicitar un angio TAC de pelvis previo a la intervención, con el fin de obtener una caracterización de la vasculatura óptima. Sin embargo, si existe inestabilidad hemodinámica secundaria al sangrado, se recomienda omitir el estudio imagenológico previo al procedimiento (recomendación de expertos).
2. La ablación endometrial se recomienda en pacientes sin etiología estructural, leiomiomas menores de 3 cm de diámetro y adenomiosis, que no tienen éxito o rechazan el tratamiento farmacológico y cuando los síntomas son graves (NE: punto de buena práctica clínica, NICE) (10). Adicionalmente, puede considerarse como una opción terapéutica en pacientes con coagulopatía (recomendación de expertos) (65). Se recomienda informar a las pacientes que la ablación podría implicar pérdida de fertilidad, así como intensificar síntomas como el dolor pélvico y la dismenorrea (NE: D, NICE) (10).
  3. En cuanto a la miomectomía, se describen diferentes vías: abdominal, vaginal, histeroscópica y laparoscópica. El procedimiento de elección dependerá de factores como el tamaño y localización de los leiomiomas, así como la experiencia y preferencias del cirujano (2). Las recomendaciones correspondientes a este procedimiento se encuentran en el ECBE: miomatosis uterina.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

**AJ. Vigilancia postoperatoria y educación a la paciente:** la morbilidad asociada a cirugía ginecológica varía entre un 10 a un 20 %, siendo la mortalidad bastante infrecuente. Se describe que 2,3 por cada 1.000 mujeres llevadas a cirugía ginecológica requerirán ser ingresadas a la UCI especialmente cuando se trata de pacientes oncológicas (66). Por lo anterior, se recomienda que toda paciente llevada a intervención quirúrgica, sea trasladada a una unidad de recuperación inmediata, identificando tempranamente a aquellas pacientes con riesgo de deterioro hemodinámico que requieran continuar vigilancia intrahospitalaria o ingreso a cuidado crítico (recomendación de expertos) (66). Adicionalmente se debe brindar a cada paciente, educación en cuidados postoperatorios y signos de alarma (recomendación de expertos).



**Figura 7.** Sección 5 del diagrama de flujo: tratamientos complementarios en la paciente con diagnóstico de hemorragia uterina anormal

**Sección 5**



**Abreviaturas**  
 CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión  
 ECBE: Estándar clínico basado en la evidencia  
 HUA: hemorragia uterina anormal

**Fuente:** elaboración propia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### Información adicional

**AK. Tratamiento dirigido a la patología para el control del sangrado:** durante un episodio de HUA aguda, en caso de no realizar una pronta intervención, es posible la rápida instauración de anemia la cual según su severidad conlleva a choque hipovolémico e incluso la muerte. En el caso de la HUA crónica, esta se acompaña frecuentemente de anemia ferropénica (8). El principal tratamiento para la anemia en estas condiciones, además de la reposición de hierro, es el tratamiento de la HUA. Por tanto, se recomienda que en pacientes cursando con anemia se priorice el tratamiento de la HUA, sea médico o quirúrgico, con el fin de prevenir el empeoramiento de la anemia a corto y largo plazo, según el tiempo de evolución del sangrado (recomendación de expertos) (8).



**AL. Criterios para transfusión de hemoderivados:** al utilizar un umbral restrictivo para indicar la transfusión de glóbulos rojos, es decir, cuando la paciente presenta valores de Hb inferiores a 7 u 8 g/dl, se reduce sustancialmente la cantidad de transfusiones innecesarias, recordando que se trata de un procedimiento con riesgos. Por tanto, se recomienda la transfusión de glóbulos rojos empaquetados como terapia inicial en pacientes con valores de Hb inferiores a 7 g/dL (recomendación de expertos) (67).

También se consideran indicación de transfusión los escenarios propuestos por el protocolo institucional de transfusiones sanguíneas (68):

- Evidencia de choque hemorrágico o pérdida superior al 40 % de la volemia
- Hemorragia aguda e inestabilidad hemodinámica o DO2 reducido
- Hb inferior a 8 g/dl en paciente con síndrome coronario agudo

En algunos estudios, los síntomas de anemia se describen como una indicación para transfusión de hemoderivados, independientemente del nivel de hemoglobina, por lo cual, al considerar que los síntomas pueden ser severos y están directamente relacionados con el grado de anemia, se recomienda considerar la transfusión de glóbulos rojos empaquetados en pacientes con anemia sintomática aunque el valor de Hb sea superior a 7-8 g/dL (recomendación de expertos) (69).

La lesión pulmonar aguda secundaria a transfusión (TRALI), a pesar de ser una entidad infradiagnosticada, continúa siendo una de las principales causas de mortalidad asociada a transfusión, con incidencias reportadas de 1 por cada 2000 a 1120 transfusiones (70). En cuanto a la sobrecarga circulatoria asociada a transfusión (TACO), se estima que se presentan en un 1% de individuos transfundidos, con mayores incidencias asociadas a la transfusión de plasma en pacientes críticamente enfermos. Dada su alta morbilidad y potenciales riesgos, se recomienda realizar una vigilancia activa de estas complicaciones asociadas a la transfusión de hemoderivados (recomendación de expertos) (71).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

Las recomendaciones institucionales específicas con respecto a la transfusión de hemoderivados se encuentran en el ECBE de soporte transfusional. Para todos los casos, se debe tener en cuenta el enfoque diferencial (recomendación de expertos).

**AM. Suplementación con hierro y nutrición:** independientemente de la presencia de síntomas, toda paciente con deficiencia de hierro y anemia deben recibir tratamiento. Esto considerando que existe un mayor riesgo de lesión orgánica, así como progresión de la anemia. Se describe que la HUA produce anemia por deficiencia de hierro hasta en dos tercios de las mujeres afectadas. Las pacientes con anemia pueden manifestar síntomas como debilidad, cefalea recurrente, intolerancia al ejercicio, fatiga, irritabilidad o depresión, sin embargo, algunas pueden ser asintomáticas (8).

La elección entre reposición de hierro oral y endovenosa depende de ciertos factores como la agudeza de la anemia, costos y disponibilidad de los productos, así como la capacidad de la paciente de tolerar preparaciones orales de hierro y el intervalo de tiempo en el que se desea lograr la reposición. La mayoría de pacientes reciben tratamiento con hierro oral ya que se trata de una terapia efectiva, disponible, de bajo costo y segura. Sin embargo, hasta un 70% de pacientes presentan efectos adversos gastrointestinales que limitan la continuidad del tratamiento (72), adicionalmente, la velocidad a la que ocurre la reposición podría no ser suficiente en pacientes con HUA aguda o crónica.



Se recomienda la reposición de hierro por vía oral en pacientes con anemia que se encuentren estables hemodinámicamente, sin sangrado activo, que toleren su administración por esta vía, y presenten valores de Hb superiores a 9 g/dl (recomendación de expertos) (73).

Las presentaciones a utilizar incluyen:

- Fumarato ferroso: Tabletas de 330 mg que contienen 109 mg de hierro elemental
- Sulfato ferroso: Tabletas de 200 o 300 mg o suspensión oral 5 mg/120 ml que contienen 60 a 65 mg de hierro elemental.
- Ferrimanitol ovoalbúmina: Sobre de 300 mg equivalentes a 40 mg de hierro elemental
- Hierro férrico polimaltosado: Suspensión oral 50 mg/5 ml, tabletas 100 mg que contiene 100mg de hierro elemental

Se recomienda la administración de una tableta diaria; sin embargo, puede administrarse de manera interdiaria en pacientes con efectos adversos gastrointestinales (recomendación de expertos) (74).

Se debe brindar información respecto a múltiples variables que pueden mejorar o inhibir la absorción de la terapia con hierro oral. Para optimizar su absorción, se aconseja el consumo de vitamina C (500 UI con la tableta de hierro una vez al día) o frutas cítricas. Se debe evitar su consumo con agentes que aumenten el pH gástrico como los antiácidos, té, leche, bebidas carbonatadas o quinolonas (recomendación de expertos) (75,76).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

La reposición con hierro endovenoso se prefiere en situaciones como pacientes con pobre adherencia al hierro oral por efectos adversos, requerimiento de repletar las reservas de hierro en un menor tiempo, por ejemplo, en el caso de pacientes que serán llevadas a un procedimiento quirúrgico en un tiempo inferior a 30 días, o pacientes con hemorragia que excede la capacidad de reposición del hierro oral (77). Se tienen las siguientes consideraciones al respecto:



- Se recomienda la reposición con hierro endovenoso en pacientes sin criterios de transfusión pero con niveles de Hb inferiores a 9 g/dl debido al riesgo de episodios de HUA a corto plazo que puedan generar inestabilidad en la paciente y en pacientes con anemia que serán sometidas a cirugía en un periodo de tiempo inferior a 30 días (recomendación de expertos) (78), (77).
- Se recomienda considerar la administración de hierro endovenoso en pacientes con pobre adherencia al hierro oral por efectos adversos (recomendación de expertos) (77).

Las presentaciones disponibles incluyen:

- Carboximaltosa de hierro 500 mg de hierro / 10 ml o 100 mg / 2 ml
- Hierro sacarosa 100 mg/ 5 ml
- Polimaltosa de hierro 100 mg /2 ml

La dosis administrada depende del objetivo, ya sea tratar la anemia o reemplazar por completo las reservas de hierro. Esta se calcula según el peso corporal, el nivel actual de Hb y la cantidad de hierro elemental por ml del producto a administrar. Una de las posibles estrategias para tratar la anemia ferropénica es la modificación de la dieta mediante el aumento del consumo de alimentos que contengan hierro y alimentos que faciliten su absorción. Por tanto, se recomienda que estas pacientes sean valoradas por el servicio de nutrición para individualizar regímenes alimentarios con altas concentraciones de hierro (recomendación de expertos) (79).

**AN. Voluntades anticipadas de la paciente:** en Colombia, toda persona tiene el derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la autonomía de sus decisiones, incluso en situaciones donde le sea imposible manifestar su voluntad, por lo cual existe el documento de voluntades anticipadas. Este se define como aquel documento en el que toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales y como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, declara, de forma libre, consciente e informada su voluntad sobre las preferencias al final de la vida que sean relevantes para su marco de valores personales, su entorno cultural, las creencias e ideología que lo definen, como el de rechazar transfusiones de sangre. Es ideal contar con dicho documento formalizado a través de su registro en la notaría, con médico tratante o dos testigos (80).



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

Adicionalmente todas las pacientes deben contar con el formato de consentimiento informado de la institución para transfusiones (TC-FR-28) en donde aceptan o rechazan dicha intervención. Se recomienda discutir con la paciente sobre la aceptación del uso de hemoderivados y ofrecer alternativas terapéuticas en caso de rechazar el uso de los mismos (recomendación de expertos). En todos los casos, se debe considerar el enfoque diferencial (recomendación de expertos).

**AO. Dirección a la ruta de atención por hematología en patología benigna:** en el HUN se ha implementado una ruta de atención por el servicio de hematología a pacientes con patología benigna. Se recomienda que el grupo de pacientes candidatas a terapia con hierro endovenoso, es decir, aquellas que no aceptan la transfusión de hemoderivados, presentan intolerancia a la terapia con hierro oral o requieren que las reservas de hierro sean repletadas de manera rápida como es el caso de pacientes que serán llevadas a cirugía en menos de 30 días, sean direccionadas a esta ruta de manera prioritaria (recomendación de expertos).



**AP. Terapia en pacientes que no aceptan el uso de hemoderivados:** la anemia potencialmente mortal demanda un enfoque en dos etapas: primero, estabilizar a la paciente reponiendo el volumen de sangre perdido, y segundo, controlar el sangrado para prevenir una mayor pérdida de sangre (38). No obstante, esta situación se vuelve compleja cuando la paciente en cuestión rechaza los hemoderivados, por lo que se tienen las siguientes consideraciones:

- En pacientes que presentan inestabilidad hemodinámica y no aceptan el uso de hemoderivados se recomienda considerar alternativas farmacológicas de respuesta rápida, es decir, antifibrinolíticos como el ácido tranexámico, puesto que se ha demostrado que su uso reduce la pérdida de sangre intraoperatoria así como el requerimiento de transfusión en el postoperatorio (recomendación de expertos) (81).
- La administración de hierro endovenoso en pacientes con anemia que están hemodinámicamente estables se considera una alternativa válida a la transfusión de hemoderivados, por lo que se recomienda su uso (recomendación de expertos) (82). La síntesis de la hemoglobina y la eritropoyesis se encuentran íntimamente relacionadas, por lo que se recomienda la administración de sustratos clave para la eritropoyesis como el ácido fólico y la vitamina B 12 en el tratamiento de la anemia, en los siguientes esquemas (83):

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

- Cianocobalamina: 1 mg por vía intramuscular o vía oral cada día durante 1 semana, continuar 1 mg cada semana por 1 mes, posteriormente continuar administración mensual. Se ha demostrado que en pacientes sin trastornos de la absorción intestinal, la vía oral y la vía intramuscular tienen una efectividad similar para elevar los niveles de vitamina B12 (recomendación de expertos) (84).
- Ácido fólico: 1 a 5 mg vía oral cada día. Esta dosis usualmente es suficiente, incluso en casos de malabsorción intestinal (recomendación de expertos) (85).
- Otras alternativas farmacológicas como la Eritropoyetina no son de utilidad ante una hemorragia mayor puesto que tarda entre 10 a 14 días en incrementar los valores de Hb. Su uso es una alternativa en el tratamiento de la anemia en la paciente estable al estimular la eritropoyesis (83). Se recomienda considerar el uso de Eritropoyetina en pacientes con anemia sin repercusión hemodinámica a dosis de 300 UI/kg o dosis múltiples de 600 UI/kg por semana durante 3 a 4 semanas (recomendación de expertos) (83).





 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### Definición de los puntos de control



Los puntos de control para el ECBE se definieron teniendo en cuenta momentos clave dentro del proceso integral de atención de la paciente con HUA en el HUN. Estos puntos de control fueron elegidos de forma conjunta por los miembros del equipo desarrollador, teniendo en cuenta las sugerencias realizadas en la reunión de consenso interdisciplinar, y se presentan a continuación:

1. *En la consulta de primera vez se deberá realizar un examen ginecológico y solicitar un hemograma, una prueba de embarazo y una ecografía pélvica ginecológica en toda paciente con HUA (sección 1 del diagrama de flujo: diagnóstico de la paciente con sospecha de HUA):* este punto de control se considera de gran relevancia dado que permite enfocar inicialmente la paciente con HUA, excluyendo otras causas de sangrado no ginecológico, evaluar etiologías estructurales y la severidad de la anemia, que influye en el tratamiento. En la tabla 9 se presenta el indicador planteado para la medición de este punto de control.
2. *Toda ecografía pélvica ginecológica realizada en el HUN debe contener la terminología estandarizada por los criterios MUSA e IETA (sección 1 del diagrama de flujo: diagnóstico de la paciente con sospecha de HUA):* Se incluyó este punto de control debido a que se requiere estandarizar la terminología en ecografía, con el fin de evitar interpretaciones erróneas y mejorar el rendimiento de la ayuda diagnóstica. En la tabla 9 se presenta el indicador planteado para la medición de este punto de control.
3. *Se debe dejar registrado en la historia clínica el impacto de la HUA en la calidad de vida de la paciente mediante la evaluación del cuestionario CVM-22 (sección 1 del diagrama de flujo: diagnóstico de la paciente con sospecha de HUA):* Este punto de control se considera de suma importancia, ya que dentro de los criterios diagnósticos de la HUA por aumento de volumen, se hace referencia a una pérdida excesiva de sangre menstrual que interfiere con la calidad de vida a nivel físico, social, emocional o material de la mujer. En la tabla 9 se presenta el indicador planteado para la medición de este punto de control.
4. *En toda paciente con HUA debe quedar registrado en la historia clínica el resultado del tamizaje para coagulopatías a través de la escala Bleeding Assessment Tool (BAT) (sección 1 del diagrama de flujo: diagnóstico de la paciente con sospecha de HUA):* Con este punto de control se busca detectar oportunamente a pacientes con HUA secundaria a coagulopatía que requieren de un abordaje especial y de una valoración conjunta por hematología y ginecología, dado el alto riesgo de descompensación aguda. En la tabla 9 se presenta el indicador planteado para la medición de este punto de control.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

5. *En toda paciente con HUA que haya recibido tratamiento quirúrgico debe asegurarse un seguimiento post quirúrgico ambulatorio en las siguientes dos semanas al evento quirúrgico (sección 2 del diagrama de flujo: tratamiento médico intrahospitalario de la paciente con diagnóstico de HUA):* Se establece este punto de control con el fin de evaluar tempranamente la respuesta a la intervención realizada y detectar precozmente complicaciones. En la tabla 9 se presenta el indicador planteado para la medición de este punto de control.
  
6. *Debe quedar en la historia clínica el registro de formulación de manejo sintomático en toda paciente con HUA (sección 2 y 3 de los diagramas de flujo: tratamiento médico intrahospitalario y ambulatorio de la paciente con diagnóstico de hemorragia uterina anormal):* Se establece este punto de control para garantizar que toda paciente con HUA reciba manejo sintomático con el fin de disminuir el sangrado, la anemia secundaria, y de optimizar los niveles de Hb en el preoperatorio con el objetivo de mejorar el desenlace quirúrgico. El tratamiento sintomático deberá ser proporcionado a todas las pacientes, independientemente de si existe indicación de tratamiento quirúrgico. En la tabla 9 se presenta el indicador planteado para la medición de este punto de control.
  
7. *Toda paciente con HUA que presente anemia y requiera de hierro o suplementos parenterales debe derivarse a la ruta de atención por hematología en patología benigna (sección 5 del diagrama de flujo: tratamientos complementarios en la paciente con diagnóstico de hemorragia uterina anormal):* Este punto de control se considera de gran importancia para garantizar la administración oportuna de hierro o suplementos parenterales, así como un abordaje integral con el servicio de hematología en casos de pacientes con consideraciones especiales, por ejemplo, pacientes que no aceptan el uso de hemoderivados. En la tabla 9 se presenta el indicador planteado para la medición de este punto de control.



En la tabla 9 se presentan los indicadores propuestos para desarrollar los procesos de implementación y vigilancia de los puntos de control definidos en la sección

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001

**Tabla 9.** Indicadores para la medición de puntos de control

Nombre	Definición	Fórmula
1.Examen ginecológico y solicitud de paraclínicos	Proporción de pacientes con HUA en las que se realizó en la primera valoración un examen ginecológico y se les solicitó al menos un hemograma y ecografía transvaginal	$\frac{\text{Número de pacientes con solicitud de hemograma y ecografía transvaginal y en quienes se realizó un examen ginecológico}}{\text{Número de pacientes con sospecha de hemorragia uterina anormal}}$
2.Aplicación de la terminología MUSA e IETA	Proporción de pacientes con HUA en quienes se realizó una ecografía pélvica ginecológica con reporte con terminología MUSA e IETA	$\frac{\text{Número de ecografías pélvicas con reporte con terminología MUSA e IETA}}{\text{Número de pacientes con HUA a las que se les realizó ecografía pélvica}}$
3. Evaluación de la calidad de vida aplicando el cuestionario CVM-22	Proporción de pacientes con HUA en quienes se evaluó la calidad de vida con el cuestionario CVM-22	$\frac{\text{Número de pacientes con registro en historia clínica del cuestionario CVM – 22}}{\text{Número de pacientes con HUA}}$
4. Tamizaje de coagulopatía	Proporción de pacientes con HUA con registro en historia clínica del resultado del tamizaje para coagulopatías a través de la escala Bleeding Assessment Tool (BAT)	$\frac{\text{Número de pacientes con registro en historia clínica de la escala Bleeding Assessment tool (BAT)}}{\text{Número de pacientes con HUA}}$
5. Seguimiento quirúrgico ambulatorio	Proporción de pacientes con HUA con seguimiento post quirúrgico ambulatorio luego de dos semanas de un evento quirúrgico	$\frac{\text{Número de pacientes con seguimiento postquirúrgico luego de dos semanas de un evento quirúrgico}}{\text{Número de pacientes con HUA que fueron llevadas a procedimiento quirúrgico}}$
6. Registro de formulación de manejo sintomático	Proporción de pacientes con HUA con registro en historia clínica de formulación de manejo sintomático	$\frac{\text{Número de pacientes con registro en la historia clínica de la formulación de manejo sintomático}}{\text{Número de pacientes con HUA}}$
7.Derivación oportuna a la ruta de atención por hematología en patología benigna	Proporción de pacientes con HUA con anemia que requieren hierro o suplementos parenterales que son derivadas a la ruta de atención por hematología en patología benigna	$\frac{\text{Número de pacientes que son derivadas a ruta de atención por hematología en patología benigna}}{\text{Número de pacientes con HUA, anemia y requerimiento de hierro o suplementos parenterales}}$

Fuente: elaboración propia

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001



## **Implementación del estándar clínico basado en la evidencia y evaluación de la adherencia**

Para el proceso de implementación del ECBE y evaluación de la adherencia se desarrollarán diferentes actividades que se describen de forma general en este apartado. La primera actividad será la creación de un equipo interdisciplinario, conformado por los miembros del grupo desarrollador y representantes de las áreas administrativas y clínicas del HUN, que puedan apoyar el proceso de implementación. Es importante mencionar que se dará prioridad al personal del área de tecnologías de la información del HUN en la constitución del equipo encargado de la implementación. Una vez conformado el equipo de implementación del estándar, se realizarán reuniones que permitan identificar las barreras y facilitadores del proceso de implementación en la institución.

Posteriormente, se utilizarán dos enfoques para abordar las posibles acciones de implementación del ECBE. El primero tendrá como objetivo la difusión del diagrama de flujo del ECBE y sus puntos de control. Algunas de las actividades contempladas para poner en práctica este enfoque incluyen charlas educativas presenciales y pregrabadas por los líderes clínicos del ECBE y la difusión de información sobre este mismo, mediante las redes sociales del HUN y las carteleras ubicadas en sus diferentes servicios. El objetivo del segundo enfoque será desarrollar estrategias administrativas utilizando tecnologías de la información y el software de historia clínica, para generar avisos interactivos o mensajes de recordatorio que refuercen las actividades educativas arriba planteadas.

Finalmente, el proceso de evaluación de la adherencia al estándar tendrá tres componentes: *i) evaluación de conocimiento sobre el ECBE*: donde se contempla el uso de encuestas válidas y transparentes que serán desarrolladas en diferentes ámbitos clínicos para medir el grado de conocimiento del personal acerca del ECBE; *ii) evaluaciones de impacto*: en el cual se contemplará, según la disponibilidad de recursos destinados a este componente, realizar actividades relacionadas con evaluación del impacto del ECBE sobre desenlaces clínicos, desenlaces reportados por pacientes y desenlaces en términos de costos asociados a su implementación; *iii) evaluaciones de adherencia*: para este componente se utilizarán principalmente fuentes de información administrativa; no obstante, en algunos casos, de prioridad para el hospital, se utilizarán estudios adicionales que permitan evaluar la adherencia de manera focalizada.



Se aclara que el proceso de implementación será desarrollado en etapas adicionales a las del proceso de desarrollo que permitan identificar las mejores alternativas de implementación para este ECBE.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### **Impacto esperado del ECBE**

Este ECBE tiene múltiples propósitos a mediano y largo plazo, los cuales se lograrán a medida que se completen las fases de implementación y actualización:

- Disminuir la variabilidad en el diagnóstico y tratamiento sintomático de la paciente adulta con HUA en el HUN.
- Mejorar los desenlaces en salud de pacientes con HUA atendidas en el HUN.
- Optimizar el uso de recursos en el proceso de atención de pacientes adultas con HUA en el HUN.
- Mejorar los desenlaces reportados por las pacientes adultas con HUA atendidas en el HUN.
- Brindar una herramienta pedagógica basada en la mejor evidencia disponible a los profesores y estudiantes de las facultades de salud de la Universidad Nacional de Colombia en lo que respecta al diagnóstico y tratamiento sintomático de la paciente adulta con HUA.
- Posicionar al HUN como una institución de salud referente en la región en lo que respecta al tratamiento integral de pacientes con HUA.



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001

## Actualización del ECBE

La actualización del ECBE se realizará según las recomendaciones establecidas en el manual de desarrollo de ECBE del HUN (IN-MN-04. Desarrollo de estándares clínicos basados en la evidencia en el Hospital Universitario Nacional de Colombia). De esta manera, el grupo desarrollador estableció el tiempo máximo de actualización teniendo en cuenta los siguientes aspectos: i) el volumen de la evidencia disponible en la actualidad; ii) la disponibilidad de nueva evidencia relacionada con el tema que pueda influenciar la toma de decisiones en el proceso de atención integral de pacientes con esta enfermedad; iii) la calidad de la evidencia disponible al momento del desarrollo del ECBE, y iv) la disponibilidad de recursos institucionales para la implementación y actualización del ECBE.

Considerando estos aspectos, el grupo de trabajo decidió que, para el caso de la HUA, se espera que en un tiempo aproximado de tres a cinco años se publique nueva evidencia que afecte la manera de llevar a cabo el proceso de diagnóstico y tratamiento sintomático y que, por lo tanto, este será el periodo máximo de actualización de este documento.

De esta forma, el grupo desarrollador determinó que el ECBE para el diagnóstico y tratamiento sintomático de la paciente adulta con HUA debe actualizarse máximo entre 3 y 5 años, ya que se espera que en este período se publique nueva evidencia sobre el diagnóstico y tratamiento de estas condiciones y, por tanto, se requiera hacer cambios en el proceso de atención de estos pacientes.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

## Glosario

**Adaptación de recomendaciones:** grado en el que una intervención basada en evidencia es modificada por un usuario durante su adopción e implementación para ajustarla a las necesidades de la práctica clínica o para mejorar su desempeño según las condiciones locales. (86)

**Adenomiosis:** presencia de glándulas endometriales y estroma dentro del miometrio, con hiperplasia endometrial circundante (26).

**Algoritmo:** procedimiento expresado como una serie de pasos que permite solucionar un problema específico en un tiempo y espacio determinados. Debe cumplir los siguientes atributos: tener una entrada y una salida, no presentar ambigüedad en los pasos planteados, el procedimiento debe terminar después de un determinado número de pasos y cada instrucción debe estar debidamente explicada de forma que pueda ser ejecutada sin problema (87).

**Coagulopatía:** desorden sistémico de la hemostasia que se manifiesta como HUA o contribuye a esta entidad en presencia de otras alteraciones (88)

**Diagrama de flujo:** representación gráfica de un algoritmo. Usualmente es utilizado en el área de la salud para describir el proceso de atención integral de pacientes con determinada condición o enfermedad. Esta herramienta ha sido reconocida como la más útil en el área de la salud; además, es utilizada por instituciones gubernamentales para mejorar los procesos de atención en salud. (89)



**Diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses):** diagrama que permite describir el flujo de información durante las fases de búsqueda y revisión de la evidencia. Este diagrama facilita identificar el número de registros identificados, aquellos excluidos y los finalmente incluidos, así como las razones para las exclusiones.(90)

**Hemorragia uterina anormal:** es una patología que se define como cualquier anomalía ya sea en la duración, volumen, frecuencia o regularidad en el sangrado menstrual (38).

**Hemorragia uterina anormal aguda:** episodio de sangrado abundante que, en opinión del médico, es de cantidad suficiente como para requerir una intervención inmediata para evitar una mayor pérdida de sangre (6).

**Hemorragia uterina anormal crónica:** sangrado del cuerpo uterino anormal en frecuencia, volumen, regularidad o duración, y que ha estado presente durante la mayor parte de los últimos 6 meses y en opinión del médico, no requeriría una intervención inmediata (6).

**latrogenia:** intervenciones médicas, incluyendo terapias hormonales o dispositivos intrauterinos, como causa de HUA. (88)

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



**Leiomiomas:** tumores benignos derivados de las células del músculo liso del miometrio que se desarrollan durante los años reproductivos. Son los tumores pélvicos más frecuentes, con una prevalencia a lo largo de la vida del 70% en mujeres blancas y superior al 80% en mujeres afro. (91)

**Ovulación:** proceso fisiológico definido por la ruptura del folículo dominante del ovario y la liberación del oocito hacia la trompa uterina en donde tiene el potencial de ser fertilizado. Es un proceso regulado por el influjo de gonadotropinas (FSH/LH). (92)

**Pólipos:** crecimientos endometriales focales que pueden ocurrir en cualquier lugar dentro de la cavidad endometrial y que están compuestos de una cantidad variable de glándulas, estroma y vasos sanguíneos (16).



**Puntos de control del estándar clínico basado en la evidencia (ECBE):** aspectos trazadores de cada uno de los procesos de atención en salud que se abordan en el ECBE, los cuales son de vital importancia para el seguimiento de la adherencia al proceso y permiten diseñar estrategias específicas de implementación





 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

## Referencias



- Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, Committee the FMD. 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.
- Jain V, Chodankar RR, Maybin JA, Critchley HOD. Uterine bleeding: how understanding endometrial physiology underpins menstrual health. *Nat Rev Endocrinol.* 2022;18(5):290-308.
- Warring SK, Borah B, Moriarty J, Gullerud R, Lemens MA, Destephano C, et al. The cost of diagnosing endometrial cancer: Quantifying the healthcare cost of an abnormal uterine bleeding workup. *Gynecol Oncol.* 1 de enero de 2022;164(1):93-7.
- Lebduska E, Beshear D, Spataro BM. Abnormal Uterine Bleeding. *Med Clin North Am.* 1 de marzo de 2023;107(2):235-46.
- Munro MG, Mast AE, Powers JM, Kouides PA, O'Brien SH, Richards T, et al. The relationship between heavy menstrual bleeding, iron deficiency, and iron deficiency anemia. *Am J Obstet Gynecol.* 1 de julio de 2023;229(1):1-9.
- Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS, Disorders for the FIGO on M. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynecol Obstet.* 2011;113(1):3-13.
- Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL. No. 292-Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC.* mayo de 2018;40(5):e391-415.
- Barros VVD, Hase EA, Salazar CC, Igai AMK, Orsi FA, Margarido PFR. Abnormal uterine bleeding and chronic iron deficiency: Number 11 – December 2022. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet.* diciembre de 2022;44(12):1161-8.
- Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, Consortium ANS. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ.* 8 de marzo de 2016;352:i1152.
- Heavy menstrual bleeding: assessment and management [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 [citado 23 de marzo de 2023]. (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493300/>
- Duffy A, Ní Bhuinneain M, Burke N, Murphy C. Duffy A, Ní Bhuinneain M, Burke N, National Clinical Practice Guideline: Assessment and Management of Postmenopausal Bleeding. *Natl Women Infants Health Programme Inst Obstet Gynaecol.* 2022;
- Torres-Pascual C, Torrell-Vallespín S, Mateos-Pedreño E, García-Serra J. Desarrollo y validación del cuestionario específico de calidad de vida relacionada con la menstruación CVM-22. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2019;45(1):48-59.
- Uterine fibroids | Nature Reviews Disease Primers [Internet]. [citado 29 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrdp201643>
- Van den Bosch T, Dueholm M, Leone FPG, Valentin L, Rasmussen CK, Votino A, et al. Terms, definitions and measurements to describe sonographic features of myometrium and uterine masses: a consensus opinion from the Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2015;46(3):284-98.
- Leone FPG, Timmerman D, Bourne T, Valentin L, Epstein E, Goldstein SR, et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of the endometrium and intrauterine lesions: a consensus opinion from the International Endometrial Tumor Analysis (IETA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010;35(1):103-12.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



16. Clark TJ, Stevenson H. Endometrial Polyps and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-P): What is the relationship, how are they diagnosed and how are they treated? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 de abril de 2017;40:89-104.
17. Sheng KK, Lyons SD. To treat or not to treat? An evidence-based practice guide for the management of endometrial polyps. *Climacteric.* 3 de julio de 2020;23(4):336-42.
18. Nees LK, Heublein S, Steinmacher S, Juhasz-Böss I, Brucker S, Tempfer CB, et al. Endometrial hyperplasia as a risk factor of endometrial cancer. *Arch Gynecol Obstet.* 1 de agosto de 2022;306(2):407-21.
19. ACOG Committee Opinion No. 734: The Role of Transvaginal Ultrasonography in Evaluating the Endometrium of Women With Postmenopausal Bleeding. *Obstet Gynecol.* mayo de 2018;131(5):e124.
20. Auclair MH, Yong PJ, Salvador S, Thurston J, Colgan T (Terry) J, Sebastianelli A. Guideline No. 390-Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. *J Obstet Gynaecol Can.* 1 de diciembre de 2019;41(12):1789-800.
21. Tanko NM, Linkov F, Bapayeva G, Ukybassova T, Kaiyrykyzy A, Aimagambetova G, et al. Pipelle Endometrial Biopsy for Abnormal Uterine Bleeding in Daily Clinical Practice: Why the Approach to Patients Should Be Personalized? *J Pers Med.* 28 de septiembre de 2021;11(10):970.
22. Dueholm M, Hjorth IMD, Secher P, Jørgensen A, Ørtoft G. Structured Hysteroscopic Evaluation of Endometrium in Women With Postmenopausal Bleeding. *J Minim Invasive Gynecol.* 1 de noviembre de 2015;22(7):1215-24.
23. Telner DE, Jakubovicz D. Approach to diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. *Can Fam Physician.* enero de 2007;53(1):58-64.
24. Giri SK, Nayak BL, Mohapatra J. Thickened Endometrium: When to Intervene? A Clinical Conundrum. *J Obstet Gynaecol India.* 1 de junio de 2021;71(3):216-25.
25. Van Den Bosch T, Verbakel JY, Valentin L, Wynants L, De Cock B, Pascual MA, et al. Typical ultrasound features of various endometrial pathologies described using International Endometrial Tumor Analysis (IETA) terminology in women with abnormal uterine bleeding. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2021;57(1):164-72.
26. Dason ES, Maxim M, Sanders A, Papillon-Smith J, Ng D, Chan C, et al. Guideline No. 437: Diagnosis and Management of Adenomyosis. *J Obstet Gynaecol Can.* 1 de junio de 2023;45(6):417-429.e1.
27. Van den Bosch T, de Bruijn AM, de Leeuw RA, Dueholm M, Exacoustos C, Valentin L, et al. Sonographic classification and reporting system for diagnosing adenomyosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019;53(5):576-82.
28. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N, Vilos AG, Murji A, et al. The Management of Uterine Leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can.* 1 de febrero de 2015;37(2):157-78.
29. Bradley LD, Gueye NA. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Am J Obstet Gynecol.* enero de 2016;214(1):31-44.
30. Rodeghiero F, Tosetto A, Abshire T, Arnold DM, Coller B, James P, et al. ISTH/SSC bleeding assessment tool: a standardized questionnaire and a proposal for a new bleeding score for inherited bleeding disorders. *J Thromb Haemost.* 1 de septiembre de 2010;8(9):2063-5.
31. Elbatarny M, Mollah S, Grabell J, Bae S, Deforest M, Tuttle A, et al. Normal range of bleeding scores for the ISTH-BAT: adult and pediatric data from the merging project. *Haemoph Off J World Fed Hemoph.* noviembre de 2014;20(6):831-5.
32. Practice Bulletin No. 136: Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated With Ovulatory Dysfunction. *Obstet Gynecol.* julio de 2013;122(1):176.
33. Jain V, Munro MG, Critchley HOD. Contemporary evaluation of women and girls with

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001



- abnormal uterine bleeding: FIGO Systems 1 and 2. *Int J Gynecol Obstet.* 2023;162(S2):29-42.
34. OMS. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad [Internet]. [citado 11 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-MNM-11.1>
  35. Committee Opinion No. 557: Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women. *Obstet Gynecol.* abril de 2013;121(4):891-6.
  36. Zeybek B, Childress AM, Kilic GS, Phelps JY, Pacheco LD, Carter MA, et al. Management of the Jehovah's Witness in Obstetrics and Gynecology: A Comprehensive Medical, Ethical, and Legal Approach. *Obstet Gynecol Surv.* agosto de 2016;71(8):488-500.
  37. Consenso colombiano de criterios de ingreso a cuidados intensivos: Task force de la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos (AMCI®) | Acta Colombiana de Cuidado Intensivo [Internet]. [citado 29 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-colombiana-cuidado-intensivo-101-avance-resumen-consenso-colombiano-criterios-ingreso-cuidados-S0122726223000277>
  38. ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. *Obstet Gynecol.* abril de 2013;121(4):891-6.
  39. James AH, Kouides PA, Abdul-Kadir R, Dietrich JE, Edlund M, Federici AB, et al. Evaluation and management of acute menorrhagia in women with and without underlying bleeding disorders: consensus from an international expert panel. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* octubre de 2011;158(2):124-34.
  40. Thorne JG, James PD, Reid RL. Heavy menstrual bleeding: is tranexamic acid a safe adjunct to combined hormonal contraception? *Contraception.* 1 de julio de 2018;98(1):1-3.
  41. James AH. Heavy menstrual bleeding: work-up and management. *Hematol Am Soc Hematol Educ Program.* 2 de diciembre de 2016;2016(1):236-42.
  42. Critchley HOD, Babayev E, Bulun SE, Clark S, Garcia-Grau I, Gregersen PK, et al. Menstruation: science and society. *Am J Obstet Gynecol.* noviembre de 2020;223(5):624-64.
  43. Kanagasabai PS, Filoche S, Grainger R, Henry C, Hay-Smith J. Interventions to improve access to care for abnormal uterine bleeding: A systematic scoping review. *Int J Gynaecol Obstet.* enero de 2023;160(1):38-48.
  44. MacGregor B, Munro MG, Lumsden MA. Therapeutic options for the management of abnormal uterine bleeding. *Int J Gynecol Obstet.* 2023;162(S2):43-57.
  45. Dyne PL, Miller TA. The Patient with Non-Pregnancy-Associated Vaginal Bleeding. *Emerg Med Clin North Am.* 1 de mayo de 2019;37(2):153-64.
  46. Connell NT, Flood VH, Brignardello-Petersen R, Abdul-Kadir R, Arapshian A, Couper S, et al. ASH ISTH NHF WFH 2021 guidelines on the management of von Willebrand disease. *Blood Adv.* 12 de enero de 2021;5(1):301-25.
  47. Azenkot T, Schwarz EB. Special Considerations for Women of Reproductive Age on Anticoagulation. *J Gen Intern Med.* agosto de 2022;37(11):2803-10.
  48. Villavicencio J, Allen RH. Unscheduled bleeding and contraceptive choice: increasing satisfaction and continuation rates. *Open Access J Contracept.* 31 de marzo de 2016;7:43-52.
  49. Samuelson Bannow BT, Chi V, Sochacki P, McCarty OJT, Baldwin MK, Edelman AB. Heavy Menstrual Bleeding in Women on Oral Anticoagulants. *Thromb Res.* 13 de noviembre de 2020;197:114-9.
  50. Eworuke E, Hou L, Zhang R, Wong HL, Waldron P, Anderson A, et al. Risk of Severe

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



- Abnormal Uterine Bleeding Associated with Rivaroxaban Compared with Apixaban, Dabigatran and Warfarin. *Drug Saf.* julio de 2021;44(7):753-63.
51. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Prevention of Venous Thromboembolism in Gynecologic Surgery: ACOG Practice Bulletin, Number 232. *Obstet Gynecol.* 1 de julio de 2021;138(1):e1-15.
  52. Bofill Rodriguez M, Lethaby A, Farquhar C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 19 de septiembre de 2019;2019(9):CD000400.
  53. Bryant-Smith AC, Lethaby A, Farquhar C, Hickey M. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 15 de abril de 2018;2018(4):CD000249.
  54. Sauerbrun-Cutler MT, Alvero R. Short- and long-term impact of gonadotropin-releasing hormone analogue treatment on bone loss and fracture. *Fertil Steril.* 1 de noviembre de 2019;112(5):799-803.
  55. Ashfaq S, Can AS. Danazol. En: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 29 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564344/>*
  56. Garnock-Jones KP, Duggan ST. Ulipristal Acetate: A Review in Symptomatic Uterine Fibroids. *Drugs.* octubre de 2017;77(15):1665-75.
  57. Finco A, Centini G, Lazzeri L, Zupi E. Surgical management of abnormal uterine bleeding in fertile age women. *Womens Health Lond Engl.* julio de 2015;11(4):513-25.
  58. Doyle DJ, Hendrix JM, Garmon EH. American Society of Anesthesiologists Classification. En: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940/>*
  59. Björkström LM, Wodlin NB, Nilsson L, Kjølhed P. The Impact of Preoperative Assessment and Planning on the Outcome of Benign Hysterectomy – a Systematic Review. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* febrero de 2021;81(2):200-13.
  60. Fink K, Shachar IB, Braun NM. Uterine preservation for advanced pelvic organ prolapse repair: Anatomical results and patient satisfaction. *Int Braz J Urol Off J Braz Soc Urol.* 2016;42(4):773-8.
  61. Pickett CM, Seeratan DD, Mol BWJ, Nieboer TE, Johnson N, Bonestroo T, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 29 de agosto de 2023;8(8):CD003677.
  62. Sinha P, Yadav N, Gupta U. Use of Hysteroscopy in Abnormal Uterine Bleeding: An Edge Over Histopathological Examination. *J Obstet Gynaecol India.* febrero de 2018;68(1):45-50.
  63. De Bruijn AM, Ankum WM, Reekers JA, Birnie E, Van Der Kooij SM, Volkers NA, et al. Uterine artery embolization vs hysterectomy in the treatment of symptomatic uterine fibroids: 10-year outcomes from the randomized EMMY trial. *Am J Obstet Gynecol.* diciembre de 2016;215(6):745.e1-745.e12.
  64. Moss J, Christie A. Uterine Artery Embolization for Heavy Menstrual Bleeding. *Womens Health.* enero de 2016;12(1):71-7.
  65. El-Nashar SA, Hopkins MR, Feitoza SS, Pruthi RK, Barnes SA, Gebhart JB, et al. Global endometrial ablation for menorrhagia in women with bleeding disorders. *Obstet Gynecol.* junio de 2007;109(6):1381-7.
  66. Heinonen S, Tyrväinen E, Penttinen J, Saarikoski S, Ruokonen E. Need for critical care in gynaecology: a population-based analysis. *Crit Care.* 2002;6(4):371.
  67. Carson JL, Stanworth SJ, Dennis JA, Trivella M, Roubinian N, Fergusson DA, et al.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001

- Transfusion thresholds for guiding red blood cell transfusion. *Cochrane Database Syst Rev*. 21 de diciembre de 2021;2021(12):CD002042.
68. Hospital Universitario Nacional. Protocolo para prevención, identificación, manejo y notificación de reacciones adversas transfusionales. 2023.
  69. Carson JL, Brooks MM, Abbott JD, Chaitman B, Kelsey SF, Triulzi DJ, et al. Liberal versus restrictive transfusion thresholds for patients with symptomatic coronary artery disease. *Am Heart J*. junio de 2013;165(6):964-971.e1.
  70. Transfusion-related acute lung injury: epidemiology and a prospective analysis of etiologic factors - PubMed [Internet]. [citado 29 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12393667/>
  71. Roubinian N. TACO and TRALI: biology, risk factors, and prevention strategies. *Hematol Am Soc Hematol Educ Program*. 30 de noviembre de 2018;2018(1):585-94.
  72. Tolkien Z, Stecher L, Mander AP, Pereira DIA, Powell JJ. Ferrous sulfate supplementation causes significant gastrointestinal side-effects in adults: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2015;10(2):e0117383.
  73. DiStefano M. Acute Abnormal Uterine Bleeding (AUB), Clinical Pathway. 2 de septiembre de 2021;1:1-9.
  74. Stoffel NU, Cercamondi CI, Brittenham G, Zeder C, Geurts-Moespot AJ, Swinkels DW, et al. Iron absorption from oral iron supplements given on consecutive versus alternate days and as single morning doses versus twice-daily split dosing in iron-depleted women: two open-label, randomised controlled trials. *Lancet Haematol*. noviembre de 2017;4(11):e524-33.
  75. Alleyne M, Horne MK, Miller JL. Individualized treatment for iron deficiency anemia in adults. *Am J Med*. noviembre de 2008;121(11):943-8.
  76. Microcytic Anemia | *New England Journal of Medicine* [Internet]. [citado 29 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1215361?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1215361?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)
  77. Lopez A, Cacoub P, Macdougall IC, Peyrin-Biroulet L. Iron deficiency anaemia. *Lancet Lond Engl*. 27 de febrero de 2016;387(10021):907-16.
  78. Goddard AF, James MW, McIntyre AS, Scott BB, on behalf of the British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. *Gut*. 1 de octubre de 2011;60(10):1309-16.
  79. Skolmowska D, Głabska D, Kołota A, Guzek D. Effectiveness of Dietary Interventions to Treat Iron-Deficiency Anemia in Women: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Nutrients*. 30 de junio de 2022;14(13):2724.
  80. Documento de voluntad anticipada [Internet]. [citado 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/documento-de-voluntad-anticipada.aspx>
  81. Abu-Zaid A, Baradwan S, Badghish E, AlSghan R, Ghazi A, Albouq B, et al. Prophylactic tranexamic acid to reduce blood loss and related morbidities during hysterectomy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obstet Gynecol Sci*. septiembre de 2022;65(5):406.
  82. Beverina I, Razionale G, Ranzini M, Aloni A, Finazzi S, Brando B. Early intravenous iron administration in the Emergency Department reduces red blood cell unit transfusion, hospitalisation, re-transfusion, length of stay and costs. *Blood Transfus*. marzo de 2020;18(2):106-16.
  83. Lawson T, Ralph C. Perioperative Jehovah's Witnesses: a review. *Br J Anaesth*. noviembre de 2015;115(5):676-87.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

84. Wang H, Li L, Qin LL, Song Y, Vidal-Alaball J, Liu TH. Oral vitamin B12 versus intramuscular vitamin B12 for vitamin B12 deficiency. *Cochrane Database Syst Rev.* 15 de marzo de 2018;3(3):CD004655.
85. Devalia V, Hamilton MS, Molloy AM, British Committee for Standards in Haematology. Guidelines for the diagnosis and treatment of cobalamin and folate disorders. *Br J Haematol.* agosto de 2014;166(4):496-513.
86. Ilott I, Rick J, Patterson M, Turgoose C, Lacey A. What is protocol-based care? A concept analysis. *J Nurs Manag.* 2006;14(7):544-52.
87. Gulwani S. Programming by Examples: Applications, Algorithms, and Ambiguity Resolution. En 2016 [citado 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.microsoft.com/en-us/research/publication/programming-examples-applications-algorithms-ambiguity-resolution/>
88. Bacon JL. Abnormal Uterine Bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am.* junio de 2017;44(2):179-93.
89. Jun GT, Ward J, Morris Z, Clarkson J. Health care process modelling: which method when? *Int J Qual Health Care.* 1 de junio de 2009;21(3):214-24.
90. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 29 de marzo de 2021;372:n71.
91. Marnach ML, Laughlin-Tommaso SK. Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding. *Mayo Clin Proc.* febrero de 2019;94(2):326-35.
92. Holesh JE, Bass AN, Lord M. Physiology, Ovulation. En: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 5 de septiembre de 2023].* Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441996/>

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

## Anexos

### Anexo 1. Versión completa de la metodología del ECBE

#### Metodología

El ECBE se desarrolló mediante un proceso secuencial de siete fases: i) conformación del grupo desarrollador; ii) definición del alcance y los objetivos del ECBE; iii) revisión sistemática de GPC; iv) elaboración del algoritmo preliminar; v) desarrollo de un acuerdo interdisciplinario; vi) elaboración del algoritmo final, y vii) revisión y edición del ECBE. Cada una de estas etapas se describe a continuación:



#### i) Conformación del grupo elaborador

El grupo desarrollador estuvo conformado por expertos en ginecología y en epidemiología clínica, quienes se reunieron de forma virtual para determinar las directrices metodológicas, técnicas y temáticas respecto al desarrollo de las recomendaciones del ECBE. Todos los miembros del grupo desarrollador aceptaron participar en el proceso de desarrollo del estándar, diligenciaron y firmaron el formato de divulgación de conflictos de interés, de acuerdo con la normatividad vigente para el desarrollo de ECBE.

#### ii) Definición de alcance y objetivos

Esta actividad representa el componente principal del ECBE y suele ser objeto de las evaluaciones de calidad de este tipo de documentos (1,2). En esta etapa, se plantearon tanto el alcance, como los objetivos para el desarrollo del ECBE a partir de preguntas trazadoras como: i) ¿por qué se hace?, ii) ¿para qué se hace?, iii) ¿quiénes la usarán?, iv) ¿a quiénes se dirige?, v) ¿qué problema o condición se quiere delimitar? y vi) ¿qué pregunta de salud específica se quiere abordar? (1).

En lo que respecta al alcance, el equipo desarrollador estuvo a cargo de su formulación teniendo en cuenta los siguientes componentes: i) *población objetivo*: población en la que se aplicarán específicamente las recomendaciones del ECBE; ii) *poblaciones especiales a las que pueda aplicarse el ECBE (equidad en*

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

*salud*): poblaciones indígenas, comunidad afrodescendiente, poblaciones rurales, etcétera; iii) *aspecto de la enfermedad o condición que se piensa abordar*: tratamiento, diagnóstico, prevención, seguimiento, etcétera; iv) *aspectos de la enfermedad que no serán incluidas*: tratamiento, diagnóstico, prevención, seguimiento, etcétera; v) *contexto de atención en salud*: consulta externa, hospitalización, cirugía, unidad de cuidados intensivos, etcétera; vi) *especialidades, áreas o servicios de salud involucrados en la implementación del ECBE*: quiénes deberán utilizar las recomendaciones emitidas por el ECBE.



Los objetivos se establecieron teniendo en cuenta que estos deben describir de forma clara y concreta la finalidad del ECBE. De esta forma, los objetivos se formularon considerando las actividades de revisión de la literatura, las áreas asistenciales involucradas y el consenso interdisciplinario al que se ha de llegar como producto final del ECBE. En la formulación de los objetivos, también se incluyeron la identificación de puntos de control y los lineamientos para la difusión e implementación del ECBE.

### iii) Revisión sistemática de GPC

Se realizaron búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos para identificar las GPC que respondieran al objetivo y alcance del ECBE. En la revisión de la literatura, solo se consideraron documentos publicados en los últimos 10 años en revistas científicas o documentos técnicos encontrados como literatura gris calificados como GPC basadas en la evidencia que reportaran indicaciones o recomendaciones relativas al diagnóstico y tratamiento sintomático de pacientes con hemorragia uterina anormal

Teniendo en cuenta lo anterior, se diseñaron estrategias de búsqueda electrónica altamente sensibles con el fin de identificar documentos que cumplieran con los criterios antes descritos. Las búsquedas se realizaron el 23 de marzo del 2023, en las siguientes bases de datos:



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

1. *Desarrolladores:*

- a. Ministerio de Salud y Protección Social ([MSPS](#)) - Colombia
- b. National Institute for Health and Clinical Excellence ([NICE](#)) - Reino Unido
- c. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud ([IETS](#)) - Colombia
- d. Instituto Mexicano del Seguro Social ([IMSS](#)) - México
- e. Scottish Intercollegiate Guidelines Network ([SIGN](#)) - Escocia
- f. Organización Panamericana de la Salud ([OPS](#))
- g. Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS ([WHOLIS](#))
- h. Australian Clinical Practice Guidelines - [GPC](#) Australia
- i. Organización Mundial de la Salud ([OMS](#))
- j. Biblioteca Guía Salud - España
- k. Agency for Healthcare Research and Quality ([AHRQ](#))
- l. British Association of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgeons ([BAPRAS](#))

2. *Compiladores:*

- a. Guidelines International Network ([G-I-N](#))
- b. [CPG](#) Infobase: Clinical Practice Guidelines ([CMA](#) infodatabase)



3. *Bases de datos de revistas científicas:*

- a. Medline
- b. Embase
- c. [LILACS](#)

4. *Otras fuentes de información:*

- a. Literatura gris

En lo que respecta a la realización de las búsquedas, primero se identificaron los términos clave (lenguaje natural), correspondientes a la condición de salud o área de interés a abordarse en el [ECBE](#). Luego, se construyó una estrategia de búsqueda de base compuesta por vocabulario controlado (términos MeSH, Emtree y DeCS) y lenguaje libre (variaciones ortográficas, plurales, sinónimos, acrónimos y abreviaturas).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



A partir de la estrategia de búsqueda de base, se crearon estrategias de búsqueda para las diferentes bases de datos consultadas, utilizando, cuando fue posible, expansión de términos, identificadores de campo (título y resumen), truncadores y operadores booleanos y de proximidad. Para cada búsqueda, se generó un reporte que garantizara su reproducibilidad y transparencia. Se descargaron todos los archivos con extensión [RIS](#) o los documentos en formato [PDF](#) para consolidar todos los resultados en una sola base de datos y, de esta forma, realizar los procesos de tamización y selección de los estudios y de evaluación de la calidad de la evidencia. Las tablas de reporte de las estrategias de búsqueda de la evidencia se pueden consultar en el anexo 3.

### **Definición de los criterios de elegibilidad**

Antes de iniciar el proceso de tamización y selección de la evidencia, el grupo desarrollador estableció criterios de elegibilidad. Este proceso estuvo a cargo de los líderes clínicos y del líder metodológico del grupo, con la colaboración del resto de integrantes. La sección de alcance y objetivos fue el insumo principal para definir estos criterios, los cuales se presentan a continuación:

### **Criterios de inclusión**

- GPC sobre el diagnóstico y tratamiento sintomático de mujeres en edad adulta con HUA
- GPC publicadas en inglés o español y con acceso a texto completo.
- GPC publicadas en los últimos 10 años (2013 - 2023).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### Criterios de exclusión

- GPC con evaluación de la calidad global menor a seis según el instrumento AGREE II o con un puntaje menor a 60 % en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial.
- GPC relacionadas con diagnóstico y tratamiento de HUA en pacientes gestantes o en puerperio.
- GPC relacionadas con manejo quirúrgico en mujeres adultas con hemorragia uterina anormal.



### Tamización de las GPC identificadas en la búsqueda de la literatura

La tamización de la evidencia se realizó mediante la revisión del título, resumen y texto completo de los documentos identificados en las búsquedas sistemáticas. Este proceso fue realizado de manera doble e independiente por los colaboradores del ECBE. En el caso de discrepancias, la decisión se tomó por un tercer integrante, líder clínico del ECBE. El proceso de tamización y selección de la evidencia, así como el número de referencias evaluadas en cada parte del proceso, se presenta en el diagrama prisma (Anexo 2).

### Evaluación de la calidad

La calidad de las GPC seleccionadas fue evaluada con el instrumento AGREE II, una herramienta diseñada para calificar la calidad metodológica de las GPC que consta de 6 dominios, cada uno con diferentes ítems, en los que se puede obtener una puntuación entre 1 y 7, donde 1 es el nivel más bajo (calificación «muy en desacuerdo») y 7, el más alto (calificación «muy de acuerdo»). Después de evaluar todos los ítems de cada dominio, se calcula el porcentaje obtenido sobre una base de 100 % (3).



La calidad de la evidencia se evaluó de forma doble e independiente por un representante del equipo desarrollador y el líder metodológico del ECBE.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### **Decisión sobre la inclusión de GPC para el desarrollo del ECBE**

En las búsquedas iniciales, se recuperaron 635 registros. Luego de remover duplicados (n= 103), se identificaron 532 estudios en total, de los cuales 476 fueron excluidos en la etapa de revisión de títulos y resúmenes. Después, de los 56 documentos en los que se realizó lectura de texto completo, 9 GPC fueron seleccionadas para evaluar su calidad con el instrumento AGREE II (4). Por último, en la etapa de evaluación de la calidad metodológica, 6 GPC fueron excluidas; las 3 GPC que cumplieron los criterios de elegibilidad y fueron finalmente incluidas para la revisión de la evidencia se presentan en la tabla 1.

El proceso de búsqueda, tamización y selección de la evidencia se resume en la figura [PRISMA](#) disponible en el anexo 2. Las referencias excluidas en la etapa de evaluación de la calidad, así como los resultados de la evaluación de la calidad metodológica de las 9 [GPC](#), se pueden consultar en el anexo 5.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001

**Tabla 1.** Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia



Id	Nombre de la GPC*	Grupo desarrollador	País o continente	Idioma	Año
GPC 1	ASH ISTH NHF WFH 2021 guidelines on the management of von Willebrand disease	American Society of Hematology (ASH), the International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH), the National Hemophilia Foundation (NHF), and the World Federation of Hemophilia (WFH)	Estados Unidos	Inglés	2021
GPC 2	Overview   Heavy menstrual bleeding: assessment and management   Guidance   NICE	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	Reino Unido	Inglés	2018
GPC 3	Guideline: Assessment and Management of Postmenopausal Bleeding.	Royal College of Physicians of Ireland	Irlanda	Inglés	2022

\*GPC: guía de práctica clínica.

**Fuente:** elaboración propia.

### Elaboración de las tablas comparativas de la evidencia

Para esta actividad, los expertos clínicos se reunieron y determinaron de forma conjunta los dominios de la condición de interés para el ECBE y sobre los que se debía obtener información, a partir de las GPC seleccionadas, luego de los procesos de búsqueda, tamización y selección de la evidencia. El término *dominio* se definió como los aspectos puntuales de la enfermedad que debían ser incluidos en el ECBE, a saber: i) cómo realizar el diagnóstico de HUA; ii) los laboratorios e imágenes que deben solicitarse para el enfoque inicial iii) los medicamentos que deben utilizarse en el

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

tratamiento sintomático de la enfermedad intrahospitalaria y ambulatoriamente iv) las indicaciones de manejo quirúrgico y/o intervencionista v) el manejo de la anemia y vi) los servicios asistenciales involucrados en la atención de estos pacientes

Una vez establecidos los dominios para la elaboración del diagrama de flujo, se creó una tabla comparativa de la evidencia en la cual se definió la información a incluir para cada dominio, a saber: i) puntos de control de posible utilidad; ii) recomendaciones respecto al diagnóstico y tratamiento sintomático de la condición, y iii) áreas/servicios asistenciales involucrados en el proceso de atención integral de la condición. Esta actividad fue realizada por el equipo desarrollador, con el apoyo del líder metodológico, previa capacitación.



La evaluación de los diferentes grados de evidencia de las recomendaciones reportadas en cada GPC se realizó con la herramienta específica establecida en cada documento. En el anexo 4, se describen los sistemas de calificación de la evidencia utilizados en la evaluación de las GPC incluidas en este ECBE.

#### **iv) Elaboración del algoritmo preliminar**

Para la elaboración del algoritmo preliminar del ECBE, el equipo desarrollador revisó conjuntamente las recomendaciones extraídas de las GPC para cada uno de los dominios de la condición planteados. Además, se realizó una reunión en la que se socializó la calidad de la evidencia y el grado de recomendación para cada una de las recomendaciones descritas por las GPC seleccionadas.

Posteriormente, se llegó a un acuerdo sobre los especialistas requeridos para complementar el grupo colaborador con el fin de elaborar el algoritmo clínico para el diagnóstico y tratamiento sintomático de la paciente con hemorragia uterina anormal. En este punto se solicitó apoyo de expertos clínicos de las siguientes especialidades: ginecología, anestesiología, cuidado crítico, endocrinología, medicina interna, radiología e imágenes diagnósticas, laboratorio clínico y patología hematología y enfermería

Finalmente, para la construcción del algoritmo clínico se realizaron reuniones virtuales, con una duración aproximada de 1 hora cada una, en las que se discutió el

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024


curso de atención de los pacientes con la condición a estandarizar. En estas reuniones, participaron los expertos clínicos de las especialidades mencionadas y un experto metodológico con formación en la elaboración de diagramas de flujo.

#### v) **Desarrollo de un acuerdo interdisciplinario**

Para lograr el acuerdo interdisciplinario se realizaron varias actividades. Primero, se identificaron las áreas asistenciales o servicios clínicos involucrados en el proceso de atención integral de los pacientes con hemorragia uterina anormal en el HUN. Luego, la lista de áreas o servicios asistenciales identificados se presentó ante los miembros del Comité de Generación de Estándares Clínicos Basados en la Evidencia (la unidad de gobernanza del proceso), quienes se encargaron de avalar la lista y de complementarla en caso de considerarlo pertinente.

Posteriormente, se envió una comunicación escrita a los coordinadores o jefes de estas áreas/servicios asistenciales, solicitándoles la designación oficial de un representante encargado de asistir a la reunión de consenso. Una vez designados los representantes, se les envió, mediante correo electrónico, la versión preliminar del ECBE y un formato de sugerencia de cambios, el cual se les solicitó diligenciar y enviarlo en un plazo no mayor a 5 días hábiles. Una vez transcurrido este plazo, se analizaron las sugerencias enviadas y se hicieron los cambios pertinentes.

En la reunión de consenso, realizada el 07 de abril de 2024, participaron representantes de los siguientes servicios o áreas asistenciales: ginecología, anestesiología, cuidado crítico, endocrinología, hematología, medicina interna, psiquiatría, radiología e imágenes diagnósticas, enfermería, farmacia, laboratorio clínico y patología, psicología, calidad y gestión del riesgo clínico en salud y dirección comercial. La información contenida en los diagramas de flujo del ECBE y los puntos de control fueron presentadas en seis secciones (cinco secciones del ECBE y una sobre los puntos de control) y se utilizó una escala tipo *Likert* de 1 a 9 para evaluar el grado de acuerdo con cada sección, donde 1 correspondió a «Muy en desacuerdo» con la sección y 9 a «Completamente de acuerdo». Para determinar si había

	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

consenso en las respuestas a cada una de las 8 preguntas, la escala se dividió en tres zonas de puntuación: i) de 1 a 3, ii) de 4 a 6 y iii) de 7 a 9.

Utilizando como referencia el rango de la votación entre 1 y 9, se consideró que hubo «consenso total», cuando la puntuación mayor y la menor se encontraron en una sola zona de la escala, y «consenso parcial», cuando la puntuación mayor y la menor se ubicaron en dos zonas consecutivas de la escala. Por el contrario, se consideró que no hubo consenso («no consenso») cuando el rango de la puntuación obtenida en la ronda de votación se encontró en las tres zonas de la escala (ver figura 1) (16). Para cada una de las preguntas se aceptó un máximo de 3 rondas de votación; sin embargo, es importante mencionar que, como se muestra en la tabla 3, en la primera ronda de votaciones se obtuvo una puntuación unánime de 7-9 («de acuerdo» a «completamente de acuerdo» con la sección presentada) para las 8 secciones, es decir, un consenso total a favor de las recomendaciones planteadas para el diagnóstico y tratamiento sintomático de las pacientes con hemorragia uterina anormal en el [HUN](#).





**Figura 1.** Escala tipo Likert utilizada en la reunión de consenso

*Fuente:* tomada y adaptada de (4).

A continuación, se presentan las preguntas realizadas por sección y los resultados obtenidos en la votación realizada en la reunión de consenso (ver tablas 3 y 4).





 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

**Tabla 3.** Secciones presentadas en la reunión de consenso y preguntas realizadas para cada sección en la ronda de votación

<b>Sección</b>	<b>Pregunta</b>
Sección 1: Diagnóstico de la paciente con HUA	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 1: diagnóstico de la paciente con HUA?
Sección 2: Tratamiento médico intrahospitalario de la paciente con HUA	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 2: Tratamiento médico intrahospitalario de la paciente con HUA?
Sección 3: Tratamiento médico ambulatorio de la paciente con HUA	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 3: Tratamiento médico ambulatorio de la paciente con HUA?
Sección 4: Tratamiento quirúrgico y/o intervencionista de la paciente con HUA	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 3: Tratamiento quirúrgico y/o intervencionista de la paciente con HUA?
Sección 5: Tratamientos complementarios de la paciente con HUA	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 3: Tratamientos complementarios de la paciente con HUA?
Sección 6: puntos de control	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 6: puntos de la sección?

Para cada una de las preguntas se recibieron las respuestas correspondientes a los representantes de los servicios de ginecología, anestesiología, cuidado crítico, endocrinología, hematología, medicina interna, psiquiatría, radiología e imágenes diagnósticas, enfermería, farmacia, laboratorio clínico y patología, psicología, calidad y gestión del riesgo clínico en salud y dirección comercial. En la tabla 4, se presentan los resultados obtenidos en la votación.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

**Tabla 4.** Resultados de las votaciones realizadas en la reunión de consenso

	# Votantes	1 a 3	4 a 6	7 a 9	Mediana	Rango
1. Pregunta sección 1	12	0%	0%	100%	9	7;9
2. Pregunta sección 2	13	0%	0%	100%	8	7;9
3. Pregunta sección 3	12	0%	0%	100%	8	7;9
4. Pregunta sección 4	11	0%	0%	100%	8	8;9
5. Pregunta sección 5	12	0%	0%	100%	8	7;9
6. Pregunta puntos de control	11	0%	0%	100%	8	7;9


Fuente: elaboración propia

#### **vi) Elaboración del algoritmo final**

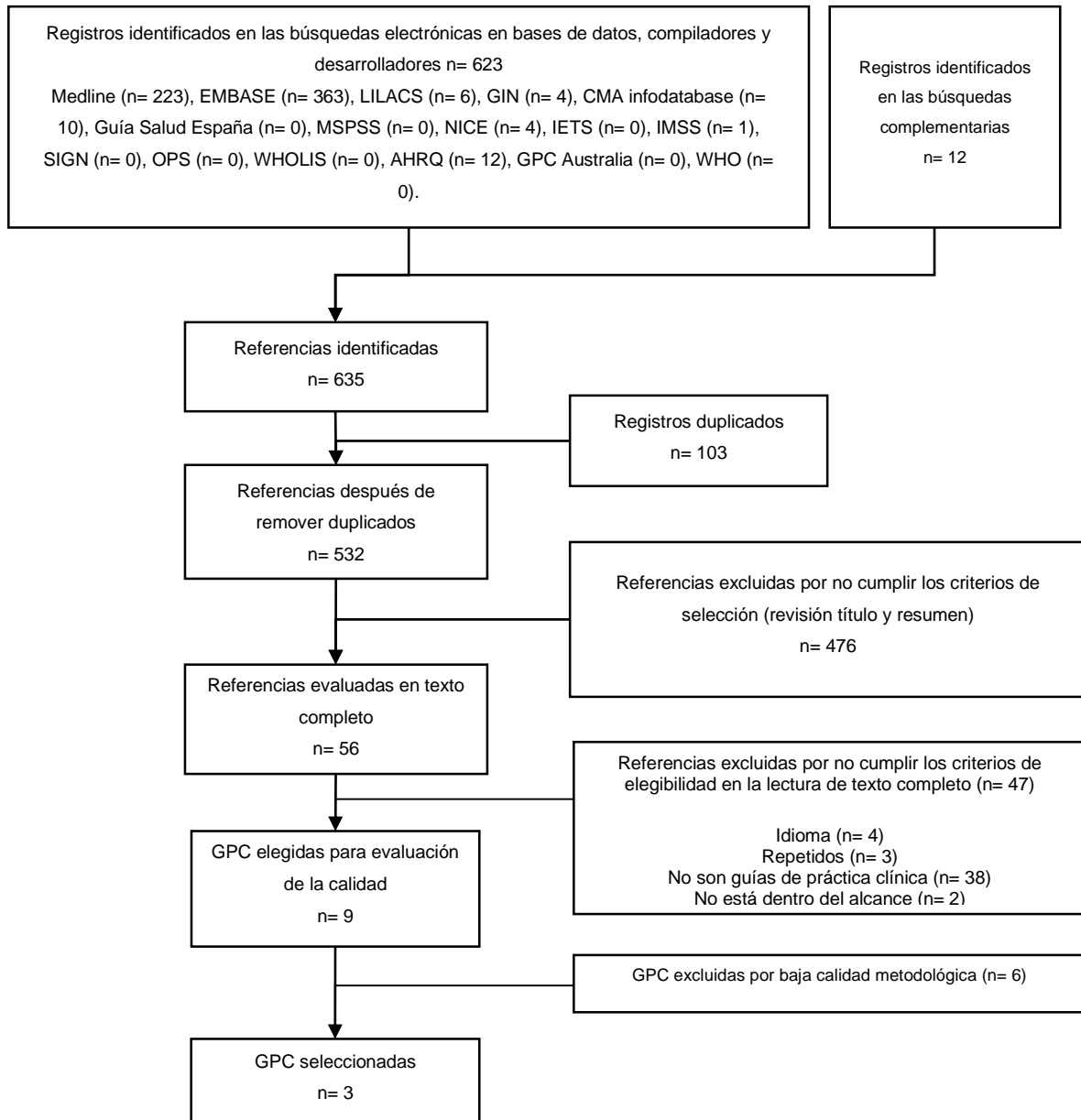
Para la elaboración de la versión final del [ECBE](#), el equipo desarrollador se reunió y unificó las sugerencias emitidas en la reunión de consenso, y, con base en estas, modificó el algoritmo preliminar del documento, además de la información adicional referida para cada aspecto del algoritmo por ampliar. El equipo metodológico se encargó de resumir los resultados de las votaciones realizadas en la reunión de consenso y de ajustar la sección de metodología del [ECBE](#).

#### **vii) Revisión y edición**



Como actividad final del proceso, se envió el documento a los participantes del consenso interdisciplinario para una última revisión y una vez aprobado, se realizó la revisión estilo y diagramación del documento; de esta forma, se obtuvo la versión final del [ECBE](#).

	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

## Anexo 2. Diagrama PRISMA



*Fuente:* tomado y adaptado de (5)



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

### Anexo 3. Documentos adicionales

Este anexo se encuentra disponible en un archivo adicional y contiene la siguiente información:

- Lista de términos utilizados en la búsqueda
- Bitácora de búsqueda de GPC
- Evaluaciones de la calidad de las [GPC](#) seleccionadas según el instrumento [AGREE II](#).
- Tabla comparativa de extracción de la información de las [GPC](#) seleccionadas.
- Formatos de revelación de conflictos de intereses.

Consulta el anexo aquí  
[<https://drive.google.com/drive/folders/124E19CPtSbIrVeTjPCK1SThumt9EjDgN>]



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001

#### Anexo 4. Sistemas de calificación de la evidencia utilizados en el ECBE

Escala de clasificación de la evidencia del Sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)\*



<b>Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE</b>			
<b>Calidad de la evidencia científica</b>	<b>Diseño del estudio</b>	<b>Disminuir la calidad si</b>	<b>Aumentar la calidad si</b>
Alta	ECA	<b>Limitación en el diseño:</b> Importante <b>(-1)</b> Muy importante <b>(-2)</b> <b>Inconsistencia (-1)</b> <b>Evidencia directa:</b> Alguna <b>(-1)</b> incertidumbre Gran <b>(-2)</b> incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa <b>Datos imprecisos (-1)</b> <b>Sesgo de notificación:</b> Alta probabilidad de <b>(-1)</b>	<b>Asociación:</b> • Evidencia científica de una asociación fuerte ( $RR > 2$ o $< 0.5$ basado en estudios observacionales sin factores de confusión) <b>(+1)</b> . Evidencia científica de una asociación muy fuerte ( $RR > 5$ o $< 0.2$ basado en estudios sin posibilidad de sesgos) <b>(+2)</b> Gradiente dosis respuesta <b>(+1)</b> Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado <b>(+1)</b>
Moderada			
Baja	Estudios observacionales		
Muy baja	Otros tipos de estudio		

ECA: ensayo clínico aleatorizado; RR: riesgo relativo.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

<b>Implicaciones de los grados de recomendación del sistema GRADE</b>		
<b>Implicaciones de una recomendación fuerte</b>		
<b>Pacientes</b>	<b>Clínicos</b>	<b>Gestores/planificadores</b>
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían.	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.
<b>Implicaciones de una recomendación débil</b>		
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada, pero un número importante de ellas no.	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el profesional sanitario tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.



✓	Recomendación basada en la experiencia clínica y el consenso del grupo elaborador
<p>En ocasiones, el grupo desarrollador se percata de que existe un aspecto práctico importante que es necesario destacar y para el cual, probablemente, no hay ningún tipo de evidencia científica que lo soporte. En general, estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado como buena práctica clínica y que nadie cuestionaría normalmente y, por tanto, son valorados como puntos de “buena práctica clínica”. Estos puntos no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse solo cuando no haya otra forma de destacar dicho aspecto.</p>	

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

<b>Grado de recomendación</b>	<b>Interpretación</b>
1A	Recomendación fuerte, evidencia de alta calidad
1B	Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada
1C	Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad
2A	Recomendación débil, evidencia de alta calidad
2B	Recomendación débil, evidencia de calidad moderada
2C	Recomendación débil, evidencia de baja calidad
Mejor práctica	Una recomendación suficientemente obvia de que los efectos deseable superan los indeseables, pese a la ausencia de evidencia directa.

*Fuente:* tomado y adaptado de (6).

\*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de la GPC (7).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



Clasificación de las recomendaciones empleada por el The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)\*\*

Clase	Evidencia
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Al menos un meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado (ECA) que es calificada 1++, y aplica directamente a la población objetivo, o</li> <li>● una revisión sistemática de ECAs o un conjunto de evidencia que consista principalmente en estudios calificados 1+, aplica directamente a la población objetivo y demuestra consistencia de los resultados en general, o</li> <li>● evidencia obtenida de una evaluación de tecnología NICE.</li> </ul>
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conjunto de evidencia que incluye estudios con calificación 2++, aplica directamente a la población objetivo y demuestra consistencia de los resultados en general, o</li> <li>● evidencia extrapolada de estudios calificados 1++ o 1+.</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conjunto de evidencia que incluye estudios calificados 2+, aplica directamente a la población objetivo y demuestra consistencia de los resultados en general, o</li> <li>● evidencia extrapolada de estudios calificados 2++</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evidencia nivel 3 o 4, o</li> <li>● evidencia extrapolada de estudios calificados 2+, o</li> <li>● consenso formal.</li> </ul>
D(GPP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Un punto de buena práctica (GPP, por sus siglas en inglés) es una recomendación de la mejor práctica basada en la experiencia del grupo desarrollador de la guía.</li> </ul>

*Fuente:* tomado y adaptado de (8).



\*\*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de la GPC 2 (9).



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

Interpretación de las recomendaciones de American Society of Hematology (ASH), the International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH), the National Hemophilia Foundation (NHF), and the World Federation of Hemophilia (WFH)\*\*\*



Fuerza de recomendación	Interpretación
Recomendación fuerte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Para pacientes:</b> La mayoría de individuos en esta situación querrían la manera de proceder recomendada y sólo una pequeña proporción no.</li> <li>• <b>Para clínicos:</b> La mayoría de las personas deberían seguir el curso de acción recomendado. No es probable que se necesiten ayudas formales para facilitar que los pacientes tomen decisiones coherentes con sus valores y preferencias.</li> <li>• <b>Para responsables de políticas:</b> La recomendación puede ser adoptada como política en la mayoría de situaciones. La adherencia a esta recomendación según guías podría ser usada como criterio de calidad o indicador de desempeño.</li> <li>• <b>Para investigadores:</b> La recomendación está fundamentada en investigación confiable u otros juicios convincentes que implican que es poco probable que la investigación adicional altere la recomendación. En ocasiones, las recomendaciones fuertes están basadas en evidencia de baja o muy baja certeza, en esos casos, la investigación futura podría proveer información importante que altere la recomendación.</li> </ul>
Recomendación condicional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Para pacientes:</b> La mayoría de los individuos en esta situación querrían la manera de proceder recomendada, pero varios no. Las ayudas para la toma de decisión podrían ser útiles para que los pacientes tomen decisiones consistentes con sus riesgos individuales, valores y preferencias.</li> <li>• <b>Para clínicos:</b> Diferentes elecciones podrían ser apropiadas para pacientes individuales y los clínicos deben ayudar a cada paciente a tomar una decisión de intervención clínica consistente con sus valores y preferencias. Las ayudas para la toma de decisiones podrían ser útiles teniendo en cuenta los riesgos individuales, valores y preferencias de cada paciente.</li> <li>• <b>Para responsables de políticas:</b> La realización de políticas requerirá un debate sustancial que incluya múltiples partes interesadas. Las medidas de desempeño de la manera de proceder sugerida debería enfocarse en la documentación debida del proceso de toma de decisiones.</li> <li>• <b>Para investigadores:</b> Esta recomendación probablemente se fortalecería por investigación adicional para futuras actualizaciones o adaptaciones. Se podrían identificar posibles vacíos en el conocimiento al evaluar las condiciones, criterios, juicios, evidencia de soporte y consideraciones adicionales que soportaron la recomendación.</li> </ul>

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024	Versión: 001

Declaración de buenas prácticas	Soportan intervenciones o prácticas que el panel desarrollador de la guía considera que tienen un beneficio neto inequívoco pero que pueden no ser ampliamente reconocidas o utilizadas. No se basan en una revisión sistemática de la evidencia disponible, sin embargo, pueden interpretarse como recomendaciones fuertes.
---------------------------------	--

*Fuente:* tomado y adaptado de (10).

\*\*\*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de la GPC 3 (10).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024



## Anexo 5. Guía de clasificación y reporte de las características ecográficas de la adenomiosis

Localización	Pared anterior
	Pared posterior
	Lado lateral derecho
	Lado lateral izquierdo
	Fondo uterino
Diferenciación*	Focal**
	Difusa
	Mixta
Adenomiosis quística o no quística	Describir característica
Compromiso de la capa uterina	A nivel de la zona de unión
	Mitad del miometrio
	Serosa
Extensión de la adenomiosis	Leve (<25%) del miometrio
	Moderada (25-50%) del miometrio
	Severa (>50%) del miometrio
Tamaño de la lesión de adenomiosis	Medida en mm

\*En caso de duda, definir como difuso

\*\*Incluye adenomioma

*Fuente:* tomado y adaptado de (11).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA PACIENTE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-24	Vigente desde: 22-05-2024

## Referencias

1. Vallejo-Ortega M, Sánchez-Pedraza R, Feliciano-Alfonso J, García-Pérez M, Gutiérrez-Sepúlveda M, Merchán-Chaverra R. Manual Metodológico para la elaboración de protocolos clínicos en el Instituto Nacional de Cancerología. 2018.
2. Harrison MB, Graham ID, van den Hoek J, Dogherty EJ, Carley ME, Angus V. Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implement Sci.* 8 de mayo de 2013;8(1):49.
3. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *The BMJ.* 8 de marzo de 2016;352:i1152.
4. Pedraza RS, González LEJ. Metodología de calificación y resumen de las opiniones dentro de consensos formales. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009;38(4):777-85.
5. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 29 de marzo de 2021;372:n71.
6. Aguayo Albasini JL, Flores Pastor B, Soria Aledo V. Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. *Cir Esp Organo Of Asoc Esp Cir.* 2014;92(2):82-8.
7. Duffy A, Ní Bhuinneain M, Burke N, Murphy C. Duffy A, Ní Bhuinneain M, Burke N, National Clinical Practice Guideline: Assessment and Management of Postmenopausal Bleeding. *Natl Women Infants Health Programme Inst Obstet Gynaecol.* 2022;
8. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Heavy Menstrual Bleeding [Internet]. London: RCOG Press; 2007 [citado 21 de mayo de 2024]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56536/>
9. Heavy menstrual bleeding: assessment and management [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 [citado 23 de marzo de 2023]. (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493300/>
10. Connell NT, Flood VH, Brignardello-Petersen R, Abdul-Kadir R, Arapshian A, Couper S, et al. ASH ISTH NHF WFH 2021 guidelines on the management of von Willebrand disease. *Blood Adv.* 12 de enero de 2021;5(1):301-25.
11. Van den Bosch T, de Bruijn AM, de Leeuw RA, Dueholm M, Exacoustos C, Valentin L, et al. Sonographic classification and reporting system for diagnosing adenomyosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019;53(5):576-82.