



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LASALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICA

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRA**

TEMA:

**“CONDUCTA OBSTÈTRICA EN EL MANEJO DEL SANGRADO UTERINO
ANORMAL EN ADOLESCENTE DE 11 AÑOS.”.**

AUTOR:

ELIAS DANIEL SEGURA ZATIZABAL

TUTOR:

DR. CARLOS HIGALGO COELLO

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

2023

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
I MARCO TEÓRICO	3
1.1 Justificación.....	18
1.2 Objetivo general.....	18
1.3 Objetivos específicos	19
1.4 Datos generales	20
II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	21
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	21
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	21
2.3 Examen físico (exploración clínica)	22
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	23
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	26
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	26
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	27
2.8 Seguimiento	28
2.9 Observaciones	29
CONCLUSIONES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

“CONDUCTA OBSTÈTRICA EN EL MANEJO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL EN ADOLESCENTE DE 11 AÑOS”.

INTRODUCCIÓN

El Hospital General Guasmo Sur ubicado en la ciudad de Guayaquil es un establecimiento de segundo nivel de atención en salud caracterizado por recibir gran afluencia de pacientes gineco- obstétricas, permitiendo así el desarrollo del caso clínico. Para el estudio se selecciona a paciente de 11 años, quien acude al área de emergencias con cuadro clínico caracterizado por dolor pélvico y menorragia de considerable cantidad con antecedentes familiares de quiste de ovario.

El manejo inicia con la estabilización de la paciente y el control del sangrado. Se amerita el ingreso hospitalario para determinar el origen del trastorno y se selecciona como plan terapéutico inicial la terapia hormonal con anticonceptivos orales combinados en altas dosis y de forma escalonada durante 3 meses, puesto que su uso continuo puede utilizarse para reducir el sangrado.

Durante su estancia hospitalaria, la paciente presentó una evolución favorable, por lo que se concede el alta médica posterior a un mes y se prescribe seguimiento por consulta externa de ginecología de dicha entidad hospitalaria de forma periódica. Actualmente la paciente ha demostrado gran aceptación por el esquema de tratamiento seleccionado, comprobándose también así la eficacia de este a largo plazo en el manejo del sangrado uterino anormal en la adolescencia.

I MARCO TEÓRICO

Fisiología de la pubertad

El término pubertad proviene del latín “pubere” que significa pubis con vello. La pubertad es un período de cambios físicos, hormonales y psicológicos significativos que incluye la maduración de los caracteres sexuales secundarios, la adquisición de la capacidad de reproducción y el crecimiento hasta alcanzar la talla adulta. (Soriano Guillén & Argente, 2017).

La pubertad es un proceso natural y necesario en el desarrollo humano. La edad en la que ocurre la pubertad puede variar según el individuo y está influenciada por factores genéticos, ambientales y de salud. Es importante que los adolescentes reciban apoyo y educación sobre estos cambios para comprender y manejar de manera saludable esta etapa de la vida.

Desarrollo puberal normal

La definición de la pubertad normal se basa en criterios estadísticos y en comparación con poblaciones de referencia. Los SDS (Standard Deviation Scores) o Z-scores se utilizan para evaluar si el inicio de la pubertad en un individuo se encuentra dentro de un rango típico en comparación con una población de referencia. Estos valores estadísticos ayudan a los médicos a determinar si el desarrollo sexual de un niño o niña es temprano, tardío o está dentro de los límites normales. (Soriano Guillén & Argente, 2017).

En el caso de las niñas, generalmente se considera que la pubertad normal comienza entre los 8 y 13 años con la aparición de telarquia. (aproximadamente entre los 10,5 y 11 años de media). Esto significa que, si una niña experimenta el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, como el crecimiento de senos o la aparición de vello púbico, dentro de este rango de edad, se considera que está dentro de los límites normales. Sin embargo, es importante tener en cuenta que puede haber variabilidad individual y factores genéticos que influyan en el momento de inicio de la pubertad. (Laufer, Davrieux, & García, 2023)

El sistema de Tanner, también conocido como la escala Tanner o la escala de desarrollo sexual de Tanner, es un sistema de clasificación útil para evaluar y

registrar de manera estandarizada el desarrollo sexual en niños y adolescentes, lo que ayuda a los médicos a determinar si el desarrollo está dentro de los límites normales y a hacer un seguimiento del progreso durante la pubertad. Es importante destacar que la velocidad y el momento del desarrollo pueden variar ampliamente de un individuo a otro.

ESTADIO	CARACTERÍSTICAS
I	Vello púbico: no hay crecimiento de vello púbico. Desarrollo mamario en niñas: no hay desarrollo mamario; las mamas son prepuberales.
II	Vello púbico: se inicia el crecimiento de vello fino y ligeramente pigmentado en la base del monte de Venus. Desarrollo mamario en niñas: se produce una ligera elevación y aumento en el tamaño de las mamas; se forman pequeñas protuberancias mamarias.
III	Vello púbico: el vello se torna más oscuro y rizado, y se extiende hacia arriba y hacia abajo desde la base del monte de Venus. Desarrollo mamario en niñas: las mamas continúan creciendo y adquieren una forma más redondeada; los pezones y la areola se vuelven más prominentes.
IV	Vello púbico: el vello es más denso y oscuro, pero aún no se extiende completamente hacia la región de los muslos. Desarrollo mamario en niñas: las mamas siguen creciendo y se desarrollan aún más; los pezones y la areola forman una protuberancia adicional sobre el nivel de las mamas
V	Vello púbico: el vello púbico se ha extendido completamente hacia los muslos y puede ser similar al vello en adultos. Desarrollo mamario en niñas: las mamas alcanzan su tamaño y forma adulta; los pezones y la areola no están elevados.

Tabla 1 Estadios puberales de Tanner

- Patología puberal

Teniendo en cuenta que la definición de pubertad normal sigue unos criterios estadísticos, todo aquello que se encuentre en los extremos de la normalidad se considerará patológico. Se trata de pubertad precoz cuando la aparición de

caracteres sexuales secundarios ocurre antes de los 8 años en las niñas y pubertad retrasada cuando existe la ausencia de caracteres sexuales secundarios a los 13 años en las niñas. (Soriano Guillén & Argente, 2017).

Fisiología del ciclo menstrual

- Eje hipotálamo – hipófisis – ovario

El ciclo menstrual normal es el resultado de una compleja interacción entre varios sistemas hormonales y órganos, como el eje hipotalámico-hipofisario-ovárico y las hormonas esteroides ováricas, principalmente los estrógenos y la progesterona. (Hernández & Villegas, 2020). A continuación, se detalla esta interacción:

1. Eje Hipotalámico-Hipofisario-Ovárico. El ciclo menstrual comienza con la liberación de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) por parte del hipotálamo. La GnRH estimula la glándula pituitaria (hipófisis) para que libere dos hormonas clave: la hormona folículoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH).
2. Fase Folicular. En la primera mitad del ciclo menstrual, conocida como la fase folicular, la FSH estimula el crecimiento de los folículos ováricos. Estos folículos producen estrógenos, principalmente estradiol. A medida que los niveles de estrógeno aumentan, generan una retroalimentación negativa que regula la liberación de FSH para evitar la estimulación excesiva de los folículos.
3. Ovulación. Cuando los niveles de estrógeno alcanzan un punto crítico, desencadenan una retroalimentación positiva en la glándula pituitaria, lo que lleva a un aumento en la liberación de LH. Este aumento de LH desencadena la ovulación, que es la liberación del óvulo maduro desde el folículo ovárico.
4. Fase Lútea. Después de la ovulación, el folículo vacío se transforma en el cuerpo lúteo, que produce progesterona. La progesterona es esencial para preparar el endometrio (revestimiento uterino) para la posible implantación de un óvulo fertilizado y mantener el embarazo temprano.
5. Fase Secretora: Durante esta fase, el endometrio se vuelve más glandular y vascularizado, creando un ambiente adecuado para la implantación si ocurre la fertilización.

Si no hay fertilización: Si el óvulo no es fertilizado, los niveles de estrógeno y progesterona disminuyen gradualmente. Esta disminución hormonal provoca el

desprendimiento del estrato funcional del endometrio, lo que da lugar a la menstruación.

Este ciclo hormonal y los cambios en el endometrio son esenciales para la función reproductiva normal en las mujeres y se repiten en ausencia de embarazo hasta que ocurra la menopausia. Cualquier alteración en esta interacción hormonal puede afectar la regularidad del ciclo menstrual y la fertilidad.

- **Características del ciclo menstrual normal**

El ciclo menstrual se define como el período de tiempo que transcurre desde el primer día de la menstruación hasta el primer día de la menstruación siguiente. La duración de un ciclo menstrual normal puede variar entre las mujeres, pero generalmente se considera que tiene una duración promedio de 28 días. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la variabilidad en la duración y regularidad de los ciclos menstruales es común. Esta variabilidad se debe, en gran medida, a la anovulación, que es la falta de ovulación en un ciclo menstrual particular. (Curell , 2013)

Con el tiempo, a medida que el sistema reproductivo de una adolescente se madura y se establece un patrón hormonal más regular, es probable que los ciclos menstruales se vuelvan más predecibles y regulares. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la variabilidad en los ciclos menstruales puede persistir en algunas mujeres a lo largo de sus vidas, y esto aún puede ser normal, siempre y cuando no esté asociado con otros síntomas o problemas de salud significativos.

La menarquia, que es la primera menstruación en la vida de una mujer, generalmente se produce entre los 11 y los 14 años. Sin embargo, es importante destacar que esta edad de inicio puede variar de una persona a otra debido a una serie de factores, incluyendo la raza, la etnia, el índice de masa corporal (IMC) y las características individuales. (Serret & Hernández , 2017)

La estabilización de la duración normal del ciclo menstrual alrededor del sexto año ginecológico, que generalmente se correlaciona con una edad cronológica de 19-20 años, es precisa. En general, muchas mujeres experimentan una mayor regularidad en la duración y las características de su ciclo menstrual a medida que avanzan hacia la edad adulta joven. (Curell , 2013).

El proceso de menstruación involucra una serie de eventos biológicos importantes que conducen al desprendimiento del estrato funcional del endometrio y su posterior restauración. (Hernández & Villegas, 2020). Entre sus principales eventos se encuentran:

1. *Desprendimiento del Estrato Funcional del Endometrio.* La menstruación comienza con el desprendimiento de la capa funcional del endometrio. Esto es desencadenado por la disminución de los niveles de estrógeno y progesterona, lo que lleva a la contracción de los vasos sanguíneos en el endometrio y a la liberación de enzimas lisosómicas que degradan y desprenden esta capa.
2. *Sangrado Menstrual.* El desprendimiento del estrato funcional se manifiesta como sangrado menstrual. La sangre menstrual contiene células sanguíneas y fragmentos de tejido endometrial.
3. *Vasoconstricción de las Arteriolas Espirales y Arterias Radiales.* Una vez que el estrato funcional se ha desprendido, se produce una vasoconstricción de las arteriolas espirales y las arterias radiales que irrigan el endometrio. Esto ayuda a detener el sangrado menstrual.
4. *Reestructuración del Endometrio.* Después de la menstruación, el endometrio comienza a regenerarse. Los niveles de estrógeno aumentan gradualmente, lo que estimula la proliferación y el crecimiento de las células del endometrio. Este proceso de reestructuración prepara el endometrio para el próximo ciclo menstrual y, en caso de fertilización, para la posible implantación de un embrión.

Es importante tener en cuenta que estos eventos son parte de un ciclo menstrual normal y saludable en mujeres en edad reproductiva. Sin embargo, la duración y la intensidad del sangrado menstrual pueden variar de una persona a otra, y cualquier cambio significativo o anormal en el ciclo menstrual debe ser discutido con un profesional de la salud.

Alteraciones del ciclo menstrual

Los ciclos menstruales normales se evalúan en función de tres aspectos principales: la duración del ciclo, el intervalo entre cada ciclo y la cantidad de sangrado durante la menstruación. (Rubinstein & Ocampo , 2017)

El sangrado menstrual anormal se define como aquel que cumple con las siguientes características: duración mayor de 7 días o menor de 2 días, flujo mayor de 80 ml/ciclo o menor de 5 ml/ciclo, ocurre antes de los 21 días o tarda más de 45 días y hay sangrado irregular –spotting– intermenstrual o sangrado postcoital. (Escobar & Pipman, 2010)

- **Alteraciones del ritmo**

Las alteraciones del ritmo menstrual están relacionadas con componentes del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y pueden manifestarse de varias maneras:

- Polimenorrea. Se refiere a la reducción del intervalo menstrual a menos de 21 días, lo que significa que los ciclos son más cortos de lo normal.
- Oligomenorrea. En este caso, la duración del ciclo es mayor de lo habitual, lo que resulta en intervalos de menstruación prolongados, generalmente entre 35 y 90 días.
- Amenorrea secundaria. Se define como la ausencia de menstruación durante más de 3 meses en una mujer que previamente había tenido ciclos menstruales regulares.

- **Alteraciones de la cantidad**

Las alteraciones en la cantidad de sangrado menstrual están relacionadas con el útero y pueden manifestarse de diferentes maneras:

- Hipermenorrea. Se refiere a un sangrado menstrual excesivo, en el cual la cantidad de sangre perdida supera los 120 ml por ciclo.
- Hipomenorrea. Se caracteriza por una cantidad de sangrado menstrual reducida, que puede manifestarse como una duración normal con pérdida escasa (menos de 50 ml), una duración disminuida (menos de 2 días), o una combinación de ambas.

Estas categorías ayudan a los profesionales de la salud a evaluar y diagnosticar posibles problemas en el ciclo menstrual y pueden ser útiles en la identificación de trastornos ginecológicos o endocrinos subyacentes. Si una mujer experimenta alteraciones significativas en su ciclo menstrual en términos de ritmo o cantidad, es aconsejable que hable con un profesional de la salud para una evaluación y tratamiento adecuados.

En 2011, la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) publicó recomendaciones para estandarizar la terminología y definiciones relacionadas con el sangrado uterino normal y anormal. Estas recomendaciones fueron un esfuerzo para mejorar la comprensión y la comunicación en el campo de la ginecología y la obstetricia al utilizar términos descriptivos y precisos para caracterizar el sangrado menstrual. (Sepúlveda & Sepúlveda, 2020)

ALTERACIÓN	DEFINICIÓN
<i>Alteración de la regularidad</i>	En este caso, se considera que los ciclos son irregulares si tienen intervalos entre menstruaciones que son mayores de 20 días y menores de 90 días en el período de un año. Esto significa que el tiempo entre dos menstruaciones consecutivas varía significativamente y no sigue un patrón regular.
<i>Alteración de la frecuencia</i>	Sangrado menstrual infrecuente: se refiere a una situación en la que una mujer experimenta solamente 1 o 2 episodios de sangrado menstrual en un período de 90 días. Sangrado menstrual frecuente: se define como la presencia de más de 4 episodios de sangrado menstrual en un período de 90 días.
<i>Alteración de la intensidad del flujo</i>	Sangrado menstrual intenso: se refiere a una pérdida menstrual excesiva que interfiere significativamente con la calidad de vida física y/o emocional de la mujer. En general, implica un volumen de pérdida menstrual de más de 80 ml. Sangrado menstrual escaso: se caracteriza por una pérdida menstrual que es inferior a 30 ml.
<i>Alteración de la duración del sangrado</i>	Sangrado menstrual prolongado: se refiere a un período menstrual que dura más de 8 días. Sangrado menstrual acortado: se caracteriza por un período menstrual que dura 2 días o menos

Tabla 2 Recomendaciones de la FIGO para terminología de sangrado menstrual anormal

Fisiopatología del sangrado uterino disfuncional

El sangrado uterino disfuncional se puede clasificar según su mecanismo fisiopatológico en dos categorías principales: sangrado anovulatorio y sangrado ovulatorio. Estas clasificaciones se basan en si se produce o no la ovulación durante el ciclo menstrual. (Hernández & Villegas, 2020)

- *Sangrado Anovulatorio.* En el sangrado anovulatorio, no se produce la ovulación. En lugar de la ovulación, el endometrio (revestimiento del útero) se desarrolla de manera anormal y se vuelve más grueso de lo normal. Cuando este endometrio anormal se desprende, puede dar lugar a un sangrado menstrual irregular, impredecible y, a menudo, abundante. El sangrado anovulatorio es común en las adolescentes y en las mujeres perimenopáusicas, así como en mujeres con trastornos hormonales
- *Sangrado Ovulatorio.* En el sangrado ovulatorio, ocurre la ovulación normalmente, pero el ciclo menstrual puede estar acompañado de alteraciones en la cantidad o la duración del sangrado. Aunque la ovulación se produce, pueden presentarse desequilibrios hormonales u otras afecciones que afecten la regularidad o la cantidad del sangrado menstrual. El sangrado ovulatorio a menudo se considera un patrón menstrual más regular en comparación con el sangrado anovulatorio.

La identificación del tipo de sangrado uterino disfuncional y su causa subyacente es importante para el diagnóstico y el tratamiento adecuados. Las mujeres que experimentan sangrado menstrual anormal o irregular deben consultar a un profesional de la salud para una evaluación completa y, en algunos casos, pueden necesitar pruebas adicionales para determinar la causa exacta y recibir un tratamiento específico según sus necesidades.

Etiología del sangrado uterino disfuncional en la adolescencia

Las etiologías más frecuentes de los trastornos del ciclo menstrual a menudo están relacionadas con factores hormonales y de desarrollo. Se describen algunas de las causas más comunes de estos trastornos durante la adolescencia: inmadurez del Eje Hipotálamo-Hipófiso-Gonadal, situaciones de estrés, trastornos de la conducta alimentaria, pérdida de peso y sobreentrenamiento físico, síndrome de ovario

poliquístico, insuficiencia ovárica precoz y trastornos tiroideos. (Rubinstein & Ocampo , 2017)

<p>Sangrado uterino disfuncional anovulatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disfunción hipotalámica y pituitaria - Hipotiroidismo e hipertiroidismo - Hiperprolactinemia - Disfunción de las glándulas suprarrenales - Estados hiperandrogénicos - Diabetes mellitus
<p>Sangrado uterino disfuncional ovulatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coagulopatías: trombocitopenias, enfermedad de Von Willebrand y leucemia - Insuficiencia renal crónica - Enfermedades hepáticas crónicas - Causas iatrogénicas: hormonas exógenas, anticoagulantes, corticosteroides y antipsicóticos.

Tabla 3. Etiología del sangrado uterino disfuncional

Diagnóstico de los trastornos menstruales

La complejidad del comienzo de la menstruación resalta la importancia de diferenciar entre causas orgánicas y desórdenes funcionales cuando se investigan trastornos menstruales en adolescentes y mujeres jóvenes. Un enfoque integral que combine la historia clínica, el examen físico y las pruebas diagnósticas ayudará a determinar la causa subyacente y proporcionar el tratamiento necesario cuando sea apropiado.

La anamnesis es una parte fundamental de la evaluación médica de una adolescente con trastornos menstruales y puede realizarse de manera más efectiva cuando se obtiene información completa y precisa. (Rodríguez Jiménez, 2020) Aquí se destacan algunos aspectos importantes a considerar al llevar a cabo la anamnesis:

- Entrevista con la adolescente. En general, es preferible realizar la entrevista con la adolescente de manera individual, ya que esto puede ayudar a crear un entorno más cómodo y propicio para que ella se sienta libre para compartir información sobre sus síntomas y experiencias personales.

- Recopilación de antecedentes familiares. Es esencial obtener información sobre los antecedentes familiares de enfermedades graves o afecciones médicas relevantes. Esto incluye enfermedades hemorrágicas y trastornos de la hemostasia, así como antecedentes de enfermedad tromboembólica.
- Talla y Tipo Constitucional de los Padres. La información sobre la estatura y el tipo constitucional de los padres puede ayudar a evaluar la posibilidad de trastornos del crecimiento o desequilibrios hormonales.
- Edad de Desarrollo de los Padres y Hermanos. Obtener información sobre la edad en la que los padres y hermanos experimentaron la menarquia (primer período menstrual) puede proporcionar una perspectiva adicional sobre el desarrollo puberal de la adolescente y ayudar a identificar cualquier desviación significativa.

Los antecedentes personales son fundamentales para evaluar los trastornos menstruales en adolescentes y proporcionan información valiosa para el diagnóstico y la planificación del tratamiento. (Hanyia & Restrepo, 2020) Aquí se detallan algunos de los aspectos clave que es importante explorar durante la anamnesis en adolescentes con trastornos menstruales:

- Consumo de Medicamentos o Drogas. Obtener información sobre cualquier medicamento o sustancia que la adolescente pueda estar tomando, incluidos los anticonceptivos, es esencial, ya que algunos medicamentos pueden influir en los ciclos menstruales.

Cambios en el Peso. Investigar si ha habido pérdida o ganancia de peso significativa, ya que los cambios en el peso corporal pueden tener un impacto en el ciclo menstrual.

Nivel de Actividad Física. Preguntar sobre la participación en deportes y la intensidad de la actividad física, ya que el ejercicio excesivo o el sobreentrenamiento pueden afectar los ciclos menstruales.

Problemas Asociados. Identificar la presencia de síntomas adicionales, como acné, hirsutismo (crecimiento excesivo de vello), alopecia (pérdida de cabello) o secreción mamaria, ya que estos síntomas pueden proporcionar pistas sobre posibles trastornos hormonales o afecciones médicas subyacentes.

Características de los Ciclos Menstruales. Recopilar información detallada sobre los ciclos menstruales de la adolescente, incluyendo la edad de la menarquia, la cantidad de flujo menstrual, la duración de los ciclos, el número de productos menstruales utilizados (tampones o toallas sanitarias), la presencia de dismenorrea (dolor menstrual), la fecha de la última menstruación y el tiempo de evolución de las alteraciones menstruales.

En la exploración física general se valorará el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el estado nutricional y la palidez. Debe hacerse una evaluación física general, valorar el estado hemodinámico de la paciente, se debe registrar: signos vitales, índice de masa corporal, alteraciones en la piel, estadios de Tanner, distribución del vello corporal, signos androgénicos, palpación glándula tiroides, semiología abdominal, examen mamario, derrame por pezón y evaluación de genitales externos. (Rubinstein & Ocampo , 2017).

La exploración ginecológica es una parte importante de la evaluación médica en adolescentes con trastornos menstruales, especialmente si han tenido relaciones sexuales. Sin embargo, en niñas más jóvenes o en aquellas que no han iniciado su vida sexual, la evaluación puede adaptarse para ser menos invasiva y más adecuada a su edad y desarrollo. (Rodríguez Jiménez, 2020) Aquí se describen las consideraciones para la exploración ginecológica en diferentes situaciones:

- Adolescentes Sexualmente Activas. En adolescentes sexualmente activas o en aquellas que han tenido relaciones sexuales, la exploración ginecológica mediante el tacto vaginal es importante para evaluar la salud reproductiva y detectar posibles problemas como infecciones, trastornos del cuello uterino o problemas en el útero y los ovarios. También se puede realizar una citología cervical para detectar células anormales en el cuello uterino.
- Niñas Pre-Púberes o Sin Actividad Sexual. En niñas más jóvenes que aún no han alcanzado la pubertad o en aquellas que no han tenido relaciones sexuales, la evaluación puede ser menos invasiva. En lugar del tacto vaginal, se puede realizar una inspección de la vulva y la vagina para comprobar la normalidad de los genitales externos y la permeabilidad del himen y la vagina. Esto puede incluir la evaluación de posibles anomalías o signos de infección.

Los estudios por solicitar dependerán del trastorno del ciclo que presente la paciente y de la impresión diagnóstica inicial. Se valorará la solicitud de: hemograma, hepatograma, glucemia y función renal, ecografía ginecológica, prueba de embarazo, hormonales: T4, anticuerpos antitiroideos, LH, FSH, prolactina, andrógenos, insulina. En los casos de sangrado excesivo, es aconsejable realizar una analítica completa que informe de la repercusión hemodinámica del sangrado y del estado de la coagulación. (Rubinstein & Ocampo , 2017)

La ecografía ginecológica es una prueba diagnóstica de gran ayuda porque puede aportar información relevante. En las jóvenes no sexualmente activas se puede realizar vía transabdominal, con repleción vesical, o vía transrectal. En los casos de sangrado excesivo la ecografía ginecológica sirve para descartar patología orgánica causante del sangrado, como pólipos, miomas o tumoraciones anexiales. En las amenorreas, se podrá valorar la existencia de útero y anexos y el aspecto de los ovarios. (Rodríguez Jiménez, 2020)

Tratamiento en el sangrado uterino disfuncional

El tratamiento de los trastornos del sangrado uterino disfuncional en adolescentes tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de las pacientes y, en la mayoría de los casos, reducir la cantidad de episodios de sangrado y flujo menstrual anormal. Es importante tener en cuenta que muchos de estos trastornos están relacionados con la inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que es común en los primeros años de la actividad menstrual en las adolescentes. (Rubinstein & Ocampo , 2017)

Es fundamental evaluar el impacto de los trastornos menstruales en la calidad de vida de la adolescente y vigilar de cerca la evolución del cuadro. En casos de metrorragias que no tienen repercusión hemodinámica grave, se pueden seguir estrategias de manejo conservador como tranquilizar a la paciente, aconsejar medidas higiénico dietéticas, reposo los días de mayor sangrado o alimentos ricos en hierro, y controlar cada 3 meses la evolución de la menstruación. Suplementar con hierro en caso de déficit. (Rodríguez Jiménez, 2020)

Tratamiento no hormonal en el sangrado uterino disfuncional

El tratamiento médico no hormonal puede ser una opción efectiva para el manejo de sangrados menstruales abundantes en adolescentes cuando no se encuentra una patología orgánica subyacente y el patrón de sangrado es más o menos regular. Dos de las principales opciones de tratamiento no hormonal incluyen los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los antifibrinolíticos. (Rodríguez Jiménez, 2020)

- Ácido tranexámico. Es un agente antifibrinolítico que disminuye la pérdida menstrual en un 40-50%, pero sin reducir la duración ni regularizar el ciclo. Puede ser combinado con otras medicaciones. Sus principales ventajas son la formulación oral, el uso únicamente durante el ciclo menstrual y el rápido comienzo de su efecto. Ha demostrado ser muy útil en el manejo de pacientes con trastornos hemorrágicos. (Rubinstein & Ocampo , 2017)
- Antifibrinolíticos. Los antifibrinolíticos, como el ácido tranexámico, son medicamentos que ayudan a prevenir la disolución excesiva de coágulos sanguíneos y, por lo tanto, pueden reducir el sangrado menstrual abundante. Funcionan al estabilizar los coágulos de sangre y reducir la fragilidad de los vasos sanguíneos en el útero.

Ambos tipos de medicamentos pueden ser eficaces y pueden reducir la cantidad de flujo menstrual en un porcentaje significativo, en algunos casos hasta un 40-50%. Sin embargo, es importante que estos medicamentos sean recetados y supervisados por un profesional de la salud, ya que requieren dosificación adecuada y pueden tener efectos secundarios o contraindicaciones en ciertos casos.

Uso de anticonceptivos en el tratamiento del sangrado uterino disfuncional

La salud sexual y salud reproductiva de adolescentes constituye una prioridad de los países a nivel mundial y latinoamericano, así como un derecho cuyo ejercicio está respaldado por diversos instrumentos internacionales y nacionales. En el Ecuador, la Constitución de la República en su Art. 32, referente al derecho a la salud, establece que: (ECUADOR, 2008)

“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin

exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional". (ECUADOR, 2008)

La indicación de anticonceptivos en el tratamiento del sangrado uterino disfuncional se basa en sus efectos sobre la regulación hormonal y el endometrio, así como en su capacidad para controlar la hemorragia. Los anticonceptivos hormonales pueden ayudar a estabilizar el ciclo menstrual y reducir los síntomas en adolescentes con sangrado uterino anormal. (Hernández & Villegas, 2020) A continuación, se describen algunas de las opciones terapéuticas disponibles:

- **Anticonceptivos orales combinados (ACO)**

Contienen una combinación de estrógeno y progestina. Estos anticonceptivos pueden ayudar a regular el ciclo menstrual al suprimir la ovulación y estabilizar las hormonas. También reducen la cantidad de flujo menstrual y pueden disminuir los síntomas como el dolor menstrual. (Rubinstein & Ocampo , 2017)

Estos actúan inhibiendo la secreción de FSH, estabilizando el endometrio, inhibiendo el pico de LH, con el revestimiento endometrial atrófico y el control del ciclo. La composición más común de los ACO incluye etinilestradiol (estrógeno) y levonorgestrel (progestágeno), en forma de píldoras diarias. Estos anticonceptivos han demostrado ser efectivos en el tratamiento de trastornos menstruales, así como en la prevención del embarazo. (Hernández & Villegas, 2020)

- **Progestágenos**

Los anticonceptivos que solo contienen progestina son una alternativa a los hormonales combinados para la reducción del flujo sanguíneo menstrual. Los progestágenos son la base del tratamiento de la hemorragia anovulatoria, pero pueden ser útiles en pacientes con sangrado uterino disfuncional ovulatorio.

- Progestágeno oral cíclicos o continuos. Los progestágenos orales, como la medroxiprogesterona, se pueden utilizar en ciclos regulares o continuos para controlar el sangrado uterino anormal. Los progestágenos actúan sobre el endometrio y pueden reducir la cantidad y la duración del sangrado menstrual. (Rodríguez Jiménez, 2020)

- Progestágenos inyectables. Algunos progestágenos se administran en forma de inyecciones, como el acetato de medroxiprogesterona. Estas inyecciones pueden ayudar a regular el ciclo menstrual y reducir el sangrado menstrual abundante. La inyección se administra cada tres meses. (Hernández & Villegas, 2020)
- Dispositivo intrauterino con Levonorgestrel. Es un dispositivo intrauterino que libera lentamente levonorgestrel. Este dispositivo es altamente efectivo para controlar el sangrado uterino anormal y puede mantenerse en su lugar durante varios años. (Rubinstein & Ocampo , 2017)

Tratamiento del sangrado uterino anormal agudo

El manejo del sangrado uterino disfuncional con anticonceptivos orales combinados (AOC) generalmente implica un enfoque que combina el control agudo del sangrado y el tratamiento de mantenimiento para prevenir la recurrencia del sangrado abundante. Una revisión que comparó la administración cíclica y continua de anticonceptivos orales combinados ha demostrado que ambas estrategias son efectivas para el tratamiento de trastornos menstruales. La administración cíclica implica tomar los AOC de acuerdo con un ciclo preestablecido, mientras que la administración continua implica tomarlos sin un período de descanso.

Después de controlar el sangrado y del periodo libre de tratamiento (1 semana), se continua la administración de anticonceptivos orales combinados de manera regular, con tres semanas y una semana de descanso, mínimo durante tres meses. En los ciclos anovulatorios, para prevenir la recurrencia de sangrado abundante, deben indicarse como terapia de mantenimiento. En mujeres con contraindicación de anticonceptivos orales se prescribe progestágenos cíclicos. (Hernández & Villegas, 2020)

1.1 Justificación

La presencia de sangrado uterino anormal en la adolescencia temprana es un motivo de preocupación médica y social. Identificar y tratar adecuadamente las causas subyacentes de este trastorno es fundamental para su salud y bienestar, la disfunción ovulatoria y el sangrado uterino anormal en adolescentes son problemas de salud pública que afectan a un número significativo de jóvenes. Comprender las causas y encontrar tratamientos eficaces puede tener un impacto positivo en la calidad de vida de estas adolescentes y en la reducción de la carga de enfermedad en la sociedad.

La inmadurez del eje Hipotálamo Hipófisis Ovárico es una de las principales causas de sangrado uterino anormal en la adolescencia. Comprender cómo funciona este eje y cómo afecta el ciclo menstrual es crucial para desarrollar tratamientos efectivos. La terapia hormonal, como el uso de anticonceptivos orales combinados, puede ser una herramienta efectiva para el manejo de la disfunción ovulatoria y el sangrado uterino anormal en adolescentes. Estos tratamientos pueden ayudar a regularizar los ciclos menstruales y reducir el sangrado, mejorando así la calidad de vida de las pacientes.

El enfoque de este estudio de caso clínico es contribuir al conocimiento médico y ayudar a establecer pautas de tratamiento basadas en evidencia, esto es esencial para garantizar que las adolescentes reciban una atención médica adecuada y efectiva. El presente estudio es valioso porque aborda un problema de salud importante en adolescentes y niñas, proporciona información sobre las características clínicas y el tratamiento efectivo de la disfunción ovulatoria y el sangrado uterino anormal, y contribuye al avance del conocimiento médico en este campo. También destaca la necesidad de una atención médica oportuna y especializada para abordar estos problemas de manera efectiva para una mejor calidad de vida de las adolescentes y niñas afectadas.

1.2 Objetivo general

Interpretar la conducta obstetrica a seguir en el manejo del sangrado uterino anormal en adolescente de 11 años, para valorar la eficacia del tratamiento.

1.3 Objetivos especificos

- Detallar las características clínicas, diagnósticas y evolutivas de la paciente de 11 años que fue diagnosticada con sangrado uterino anormal.
- Identificar el plan terapéutico correspondiente para el sangrado uterino anormal en adolescente.
- Comprobar la eficacia del tratamiento de elección en el manejo del sangrado uterino anormal en adolescente.

1.4 Datos generales

Edad	11
Sexo	Femenino
Estado civil	Soltera
Hijos	No refiere
Profesión / ocupación	Estudiante
Nivel de estudios	8vo grado de educación básica
Nivel sociocultural económico	Bajo
Procedencia geográfica	Guayaquil
Dirección domiciliaria	Ximena
Hábitos	No refiere
Antecedentes patológicos personales	No refiere
Antecedentes patológicos familiares	Madre con problemas cardiacos, quiste de ovarios.
Antecedentes ginecoobstétricos	Menarquia 11 años, G 0 – P 0 – C 0 – A 0
Fecha de ingreso	21-06-04
Establecimiento de salud	Hospital General Guasmo Sur

Tabla 4 Datos generales de la paciente en estudio

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

1.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente

Motivo de consulta

Paciente de 11 años que acude al área de emergencia del centro hospitalario en compañía de su madre por presentar, menorragia y dolor pélvico.

Antecedentes ginecológicos

Menarquia	10 años
Menacnia	28+-3
Antecedentes patológicos personales	No refiere
Antecedentes patológicos familiares	Madre con problemas cardiacos, quiste de ovarios
Antecedentes quirúrgicos	No

Tabla 5. Antecedentes ginecológicos

Antecedentes perinatales

Madre	35 años
A G O	G:15 A:9 C:4
Controles prenatales	8
IVU	Tratadas y curadas
Anemia gestacional	Sí
Producto unico vivo obtenido parto por cesárea en posicion podálica sin complicación a las 40 semanas de gestación; alimentación exclusiva pecho materno, desarrollo psicomotor normal, esquema de vacunación completo.	

Tabla 6. Antecedentes perinatales

1.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente refiere cuadro clínico de 5 días de evolución, caracterizado por dolor pélvico con menorragia de considerable cantidad, utilizaba paños grades los cuales

se manchaban casi en toda su extensión, sangre roja rutilante, paños en número de 8 diarios, luego hace 3 días presentó misma sintomatología pero con presencia de coágulo sanguíneo del tamaño de una moneda de 50 centavos en número de considerable cantidad, fue llevada a Hospital Francisco Icaza Bustamante donde le indicaron ser valorado por ginecología, pero no recibió atención médica. Luego de esto acudió al Hospital General Guasmo Sur. Se decide su ingreso por antecedentes clínicos.

1.3 Examen físico (exploración clínica)

Signos vitales	<ul style="list-style-type: none"> - Presión arterial 108/63. - Frecuencia cardiaca 112x. - Saturación 99 % al ambiente. - Temperatura 35.3 grados. - Talla 1,16cm. - Peso 27kg.
Neurológico	Cabeza normocéfalo, Glasgow 15/15, pupilas isocóricas normoreactivas a la luz 2 mm.
Respiratorio	A la auscultación campos pulmonares ventilados, no datos de dificultad respiratoria por el momento saturando 99 % al ambiente
Cardiovascular	Ruidos cardiacos audibles. llenado capilar 3 segundos
Digestivo	Boca, labios secos, mucosa oral seca, lengua saburral, abdomen blando depresible doloroso en hipogastrio ruidos hidroaéreos presentes.
Genitourinario	Genitales externos femeninos, uresis presente, paños manchados en toda su extensión con coágulos de más de 3 centímetros.
Extremidades	Simétricas, no edema, móviles.
Piel y faneras	Piel pálida.
Inmunológico	Afebril por el momento.

1.4 Información de exámenes complementarios realizados

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
Hematología			
Biometría Hemática			
GLÓBULOS BLANCOS	14.78	x10 ³ /ul	5.00 - 10.00
HEMATOCRITO	33.70	%	36.5 - 45.0
HEMOGLOBINA	11.40	g/dl	12.5 - 15.7
PLAQUETAS	200	x10 ³ /ul	130 - 450
NEUTRÓFILOS%	49,80	%	34.0 - 71.1
LINFOCITOS %	29.40	%	19.3 - 51.7
TP	12.3	seg	9.6-13.6
TPT	31.0	seg	25.0- 43.0
Electrolitos			
SODIO	136.0	mmol/L	135.0 - 155.0
CLORO	104.0	mmol/L	98.0 - 106.0
POTASIO	3.70	mmol/L	3.5 - 5.1

Tabla 7. Exámenes realizados al ingreso hospitalario

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
Hematología			
LEUCOCITOS.	6.80	/mm ³	4 - 10
NEUTROFILOS.	3.49	/mm ³	2 - 7.5
LINFOCITOS.	2.23	/mm ³	1 - 4
MONOCITOS.	0.49	/mm ³	0.5 - 1.5
EOSINOFILOS.	0.62	/mm ³	0 - 0.5
BASOFILOS.	0.01	/mm ³	0 - 0.2
NEUTROFILOS%.	51.00	%	55 - 70
LINFOCITOS%.	32.60	%	17 - 45
MONOCITOS%.	7.20	%	2 - 8
EOSINOFILOS%.	9.00	%	1 - 4
BASOFILOS%.	0.20	%	0.2 - 1.2
ERITROCITOS.	3.43	/mm ³	3.8 - 5.8

Tabla 8. Exámenes realizados al egreso hospitalario

Pruebas hormonales

EXAMENES	RESULTADO	UNIDAD	RANGOS
INMUNOLOGIA			
FSH (HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE)	0.12	mUI/ml	0.7 - 11.1 mlu/ml Hombres 2.8 - 14.4 mlu/ml Fase Folicular mujeres 1.2 - 9.0 mlu/ml Fase Lútea 21.7- 153 mlu/ml Pos menopausia 0.0 - 4.9 mlu/ml Anticonceptivos orales
PROGESTERONA (PRG)	0.050	ng/ml	Hombres: 0.2 - 0.90 ng/ml Mujeres: Fase Folicular: 0.33 - 1.2 ng/ml Fase Lútea: 0.72 - 18.8 ng/ml Post- Menopausia: 0.1 - 1.1 ng/ml Embarazo 1er trimestre: 9.3 - 33.2 ng/ml Embarazo 2do trimestre: 29.5- 50.0 ng/ml Embarazo 3er trimestre: 83.1- 160.0 ng/ml

Tabla 9 Perfil hormonal

MUESTRA ADECUADA

EXAMENES	RESULTADO	UNIDAD	RANGOS
INMUNOLOGIA			
TSH (HORMONA TIROESTIMULANTE)	1.68	uUI/mL	[1 - 23 Meses: 0.87-6,15] [2 - 12 Años : 0.67-4.16] [13- 20 Años : 0.48-4.16] [21-100 Años : 0.55-4.78]
T3 TOTAL + T3 LIBRE			
T3 LIBRE (TRIYODOTIRONINA) <i>4-30 días : 2,0 - 5,2 pg/ml 2-12 meses: 1,5 - 6,4 pg/ml 2- 6 años : 2,0 - 6,2 pg/ml 7-11 años : 2,7 - 5,2 pg/ml 12-18 años : 2,3 - 5,0 pg/ml</i>	4.04	pg/ml	2.4 - 3.9
T3 TOTAL (TRIYODOTIRONINA)	2.26	ng/ml	0.1 - 8
T4 TOTAL + T4 LIBRE			
T4 LIBRE (TETRAYODOTIRONINA) <i>1- 2 días : 16 - 38 ng/dL 3-30 días : 15 - 30 ng/dL 2-12 meses: 11 - 18 ng/dL 2-13 años : 9 - 17 ng/dL 14-18 años : 9 - 18 ng/dL</i>	0.97	ng/dL	0.6 - 1.2
T4 TOTAL (TETRAYODOTIRONINA)	8.60	ug/dL	5 - 14.5

Tabla 10. Perfil tiroideo

Reporte ecográfico 1

Útero en anteversión mide 76x27x37 mm endometrio de aspecto secretor mide 5 mm. liquido laminar en Douglas ovario derecho no visualizado ovario izquierdo mide 25x12 mm.

Diagnostico imagenología 1

Otras menstruaciones irregulares especificadas - cie10: n925

Reporte ecográfico 2

Ecografía pélvica: vejiga distendida de paredes lisas y bordes regulares sin cálculos, con un volumen de 57 cm³. útero en antero versión de tamaño y forma normal. mide 60 x 27 x 31 mm paredes uterinas libres. cavidad uterina libre. endometrio mide 10 mm. anexos ovario derecho mide 23 x 15 mm; con presencia de 4 micro quistes foliculares menores de 6mm ovario izquierdo mide 23 x 15 mm; con presencia de 3 micro quistes foliculares menores de 6mm no liquido libre en fondo de saco de Douglas

Diagnostico imagenología 2

menstruación excesiva y frecuente con ciclo regular - cie10: n920

Reporte ecográfico 3: Ecografía pélvica: útero en antero versión de tamaño y forma normal. mide 60 x 27 x 31 mm, paredes uterinas libres. cavidad uterina libre, endometrio mide 10 mm, anexos ovario derecho mide 23 x 15 mm; con presencia de 4 microquistes foliculares menores de 6mm ovario izquierdo mide 23 x 15 mm; con presencia de 3 microquistes foliculares menores de 6mm no liquido libre en fondo de saco de Douglas.

Diagnostico imagenología 3

Examen radiológico, no clasificado en otra parte – cie 1: Z016

1.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnóstico presuntivo:

1. Menstruación excesiva y frecuente con ciclo regular – N920
2. Dolor pélvico y perineal – R102

Diagnóstico diferencial:

1. Síndrome de ovario poliquístico – E282
2. Tumor maligno del ovario – C56
3. Tumor maligno del útero – C55
4. Otras malformaciones congénitas de los genitales femeninos – Q529
5. Otros trastornos especificados de la glándula tiroides – E078

Diagnóstico definitivo:

1. Quiste folicular del ovario – N830
2. Otras hemorragias uterinas anormales especificadas – N938
3. Anemia no especificada – D649
4. Otros trastornos del desarrollo y crecimiento óseo – M892

1.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

En consideración a la Historia Clínica de la paciente, son relevantes los siguientes datos:

- Paciente refiere cuadro clínico de 5 días de evolución, caracterizado por dolor pélvico con menorragia de considerable cantidad.
- Antecedentes perinatales: se trata de madre de madre de 35 años con G15 A9 C4 P2, anemia en el embarazo, se trata de producto único vivo obtenido por parto por cesárea por posición podálica.
- Antecedentes patológicos familiares: madre con quiste de ovarios.
- En la exploración clínica llama la atención la talla (1,16cm) de la paciente, no acorde a su edad.
- En la exploración genital se evidencia paños manchados rojo rutilante en toda su extensión con coágulos de más de 3 centímetros.

Se decide su ingreso por antecedentes clínicos con el diagnóstico de: menstruación excesiva y frecuente con ciclo regular – N920 y dolor pélvico y perineal – R102.

Medidas generales: hospitalización, fluidoterapia, antibioticoterapia pendiente, exámenes complementarios: biimetría hemática, electrolitos, PCR, EMO, prueba rápida de COVID, transaminasas, TP, TTP, plaquetas, VSG, ecografía abdominal, niveles de estrógeno y progesterona, interconsulta a ginecología.

Medidas específicas:

- Solución salina al 0.9 % 270 cc IV pasar en una hora, luego revalorar.
- Dextrosa al 5% 1000cc + sol NA 10cc + sol K 10cc pasar 50 ml/h
- Omeprazol 27 mg IV cada día
- Complejo b 2 cc IV cada día
- Ácido ascórbico 300 mg IV cada día.
- Fitomenadiona 5 mg IV STAT, pendiente colocación de ácido tranexámico si aumenta el sangrado.
- Reposiciones volumen a volumen por pérdidas sanguíneas.
- Pendiente recabar resultados de exámenes de laboratorio
- Se le da información a la madre

1.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

Dentro del área de ginecología fueron realizadas diferentes acciones para estabilizar a la paciente. Se precisa considerar:

- Lo primordial al momento de tratar un sangrado uterino anormal es determinar si es un evento agudo y severo que ponga en peligro la vida de la paciente. Ante un cuadro agudo con gran pérdida sanguínea lo primero es valorar el estado hemodinámico de la paciente.
- Una vez estable la paciente se administra dosis elevadas de anticonceptivos con un descenso escalonado. Consistió en el uso de etinilestradiol 30 µg/levonorgestrel 0,3 mg, 1 comprimido 4 veces por día, seguido de 3 veces por día durante 3 días, seguido de 2 veces por día 2 días, seguido de 1 vez por día, 3 semanas. Luego, la paciente suspende 1 semana el tratamiento y comienza otro ciclo similar, repetido por lo menos 3 meses.

1.8 Seguimiento

Paciente cursa segundo día de hospitalización, se observa sangrado abundante acompañado de coágulos. Se solicita nuevo control de laboratorio, ecografía e interconsulta con ginecología. Se prescribe 1.- Medidas generales: dieta blanda, cuidados de enfermería, control de signos vitales, control hídrico del paciente, mantener eutermia. 2.- medidas de soporte: dextrosa al 5% 1000 cc + soletrol sodio 10 cc +soletrol potasio 10 cc IV.

Paciente cursa quinto día hospitalizada, al momento luce hidratada, activa reactiva, afebril, tolera vía oral. Se observa leve sangrado. Se prescribe paracetamol 500 mg IV cada 6 horas en caso de fiebre, etinilestradiol 0.03 mg + levonorgestrel 0,15 mg vía oral cada día por 28 días, al terminar las 28 iniciar el nuevo blíster por 3 meses, ácido ascórbico 1 gramo IV cada día, hierro oral + ácido fólico 1 tableta vía oral cada día + ácido tranexámico 21 tabletas. Alta médica y control en dos meses por consulta externa de ginecología.

Madre acompaña a paciente al área de emergencias del centro hospitalario describiendo menstruación con duración y cantidad de mayor duración, menorrea, lleva 14 días con sangrado vaginal abundante, malestar general, hiporexia. APP: ingresada hace 12 meses por metrorragia, tratada por ginecología con anticonceptivos que no especifican mejoría. Se prescribe ingreso hospitalario.

Paciente cursa segundo día de hospitalización, con cuadro clínico de hipermenorrea 18 días de promedio de sangrado menstrual, no se acompañan de dolor. Se prescriben pruebas hormonales e Iniciar tratamiento hormonal: levonorgestrel 150 mcg +etinilestradiol 30 mcg tabletas. Iniciar cada 6 horas por 24 horas, luego cada 8 horas por 24 horas, cada 12 horas por 24 horas y finalmente 1 cada día hasta terminar, ácido tranexámico 10 mg /kg/dosis cada 8 horas por 48 horas.

Paciente cursa sexto día de hospitalización con diagnóstico de menstruaciones excesivas y frecuentes con ciclo regular + anemia leve. Al momento con menos sangrado. Ecografía y exámenes de laboratorio no reportan anormalidad, hormonas tiroideas en rango normal. Se prescribe alta y control con ginecología en 6 meses (enero 2024).

1.9 Observaciones

Durante su estancia hospitalaria, la paciente presentó una evolución favorable. El manejo del cuadro clínico se basó en primera instancia en la estabilización hemodinámica y la realización de exámenes complementarios como pruebas de laboratorio e imagen para la confirmación del diagnóstico. Al determinar que la inmadurez del eje hipotálamo hipofisiario ovárico fue la causa originaria del sangrado uterino anormal en la paciente, se instauró la terapia hormonal a dosis elevadas de anticonceptivos orales combinados con un descenso escalonado. Se precisa mencionar además la importancia del control por ginecología posterior a emitirse el alta médica para su seguimiento.

CONCLUSIONES

La hemorragia uterina disfuncional es un problema frecuente en los primeros años de vida ginecológica en adolescentes, esto se debe en gran parte a la inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario-ovárico, que puede causar desequilibrios hormonales y ciclos menstruales irregulares.

La terapia hormonal a base de anticonceptivos orales combinados que contienen estrógeno (como el etinilestradiol) y progestina, es una opción efectiva para el tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional en adolescentes. Estos medicamentos ayudan a regularizar el ciclo menstrual al proporcionar una fuente constante de hormonas, lo que puede reducir las pérdidas de sangre y aliviar los síntomas asociados, en algunos casos se puede recomendar el uso continuo de anticonceptivos orales combinados para reducir el sangrado menstrual. Esto puede ser particularmente útil para aquellas adolescentes cuya hemorragia es muy abundante o dolorosa.

El tratamiento de elección permitió regularizar el ciclo menstrual de la paciente, contribuyendo en su mejoría y facilitando una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Curell , N. (2013). Normalidad y alteraciones de la menstruación en adolescentes. *Revista Pediatría integral*, 17(3), 161-170. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-04/normalidad-y-alteraciones-de-la-menstruacion-en-adolescentes/>
- ecuador, M. d. (2008). *La salud en la nueva constitucion*. Ecuador. Obtenido de <https://www3.paho.org/ecu/dmdocuments/comunicacion-social/Salud%20Costitu%2008.pdf#:~:text=El%20Estado%20garantizar%20C3%A1%20este%20derecho,salud%20sexual%20y%20salud%20reproductiv>a.
- Escobar, M., & Pipman, V. (2010). Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia. *Scielo*, 108(4). Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000400018
- Gayón, E. (2016). Hemorragia genital anormal en niñas y adolescentes. Abordaje clínico y terapéutico. *Acta Pediatr Mex*. Obtenido de <http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1642/1/ActPed2006-12.pdf>
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González, M., & Hidalgo Vicario, M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. *Pediatría Integral*. Obtenido de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
- Hanyia , Z., & Restrepo, C. (2020). Hemorragia uterina anormal en la adolescente. *XXVIII Actualización en Ginecología y Obstetricia*, 20. Obtenido de https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/346987/20808525
- Hernández, I., & Villegas, C. (2020). Anticonceptivos hormonales en pacientes con sangrado uterino disfuncional. *Ginecología y Obstetricia México*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201q.pdf>
- Hidalgo Vicario, M., & Ceñal González-Fierro, M. (2017). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Elsevier*. Obtenido de

<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>

Laufer, D., Davrieux, M., & García, L. (2023). Desarrollo puberal en en la niña y adolescente. *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492023000201403

Rodríguez Jiménez, M. J. (2020). Alteraciones menstruales en la adolescencia. *FEA de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario*, 3(0), 59-60. Obtenido de https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/55-64_alteraciones_menstruales_en_la_adolescencia.pdf

Rubinstein, A., & Ocampo , D. (2017). Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia. Enfoque Clínico. *Ludovica Pediátrica*, 20(02), 20. Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/07/906425/04_articulo_actualizacion-2017-nro2-pag-18-a-25.pdf

Rubio, M. A. (2012). Regulación neurológica y hormonal de la función reproductora función reproductora. Fisiología de la pubertad y del climaterio. *sescam*, 1-2. Obtenido de https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2012-2013/sesion20120620.pdf

Sepúlveda, J., & Sepúlveda, A. (2020). Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. *Scielo*. Obtenido de <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/sangrado-uterino-anormal-y-palm-coein>

Serret, J., & Hernández , A. (2017). Menstrual disorders in adolescents. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 69(1), 14-18. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100010#:~:text=Las%20alteraciones%20menstruales%20constituyen%20una%20de%20las%20causas%20m%C3%A1s%20frecuentes,presentan%20este%20tipo%20de%20problemas.

Soriano Guillén, L., & Argente, J. (2017). Desarrollo y pubertad en el ser humano. *Revista Española de Endocrinología y Pediatría*. Obtenido de <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E23/P1-E23-S1087-A428.pdf>

Zurita Rosero, G., & Bravo Méndez, E. (2017). Sangrado uterino anormal de origen no anatómico en mujeres en edades entre 15 a 50 años. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13279/ADAPTACION%20GUIA%20DE%20PRACTICA%20CLINICA%20SANGRADO%20UTERINO%20ANORMAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS



1 ESTUDIO DE IMAGENOLÓGIA REALIZADO										
ULTRASONIDO		DESCRIPCIÓN						PRIORIDAD		
CODIGO										
78857		ECOGRAFIA PELVICA (NO OBSTETRICAL) RASTREO B Y D EN TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE LA IMAGEN LIMITADA O DE SEGUIMIENTO (P. EJ. PARA FOLICULOS)							URGENTE	
2 INFORME DE IMAGENOLÓGIA										
ECOGRAFIA PELVICA. VEJIGA DE ADECUADA REPLECIÓN DE PAREDES NORMALES Y CONTORNOS REGULARES. SIN LITOS NI CONTENIDO DE DETRITOS EN SU INTERIOR. NO SE OBSERVAN ALTERACIONES A NIVEL DEL PRO. VESICAL. M. ENGROSAMIENTOS PARIETALES. VOLUMEN PRENIOCO 271CC. VOLUMEN POSTNIOCO SIN RESIDUO UTERO ANTERIORES: MIDE 5.8X3.3CM. DE ECHOGENICIDAD NORMAL Y HOMOGENEA. DE CONTORNOS REGULARES. SIN IMAGENES NODULARES A NIVEL DEL MIOMETRIO. ENDOMETRIO LINEAL. ECOGENICO. NO EQUIVOCADO CON UN GRADOR DE 0.19CM. AMBOS OVARIOS DE TAMAÑO ECOGENICAS Y ACTIVIDAD FOLICULAR NORMAL. ADNOR. ADORNO. ETARRO. NO SE EVISIBICAN LESIONES ANECICAS SUSGESTIVAS DE QUISTES. OVARIO DERECHO MIDE 2.4X1.4X1.9CM VOLUMEN 3.70C. OVARIO IZQUIERDO MIDE 1.8X1.2X1.5CM VOLUMEN 1.8CC NO LIGURO EN FONDO DE SACO DE DOUGLAS. CERVIX DE ESHESION NORMAL.										
3 DATOS DE ECOGRAFIA OBSTETRICA										
MEDIDA	VALOR	EDAD GEST	PLACENTA	LIQUIDO AMNIOTICO	4 DIAGNÓSTICOS DE IMAGENOLÓGIA					CIE 10
DIAMETRO BIPARITAL			FUNDCIA	NORMAL	1. EXAMEN PARA COMPASACION Y CONTROL NORMALES EN PROGRAMA DE INVESTIGACION CLINICA					Z596
LONGITUD FEMUR			MARGINAL	AUMENTADO	2.					
PERIMETRO ABDOMINAL			PREVIA	DISMINUIDO	3.					
UNICO	MÚLTIPLE	SEXO (M.F.)	MADUREZ PLACENTA	PESO FETAL	4.					
					5.					
					6.					
5 RECOMENDACIONES										
ESTUDIO DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.										