

**GUIA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
GINECOLOGÍA**

METRORRAGIAS

Copiapó, Junio de 2011



**Departamento Planificación
y Gestión de la Red Asistencial**

La presente guía de referencia y contrarreferencia de la red asistencial de Atacama fue elaborada por:

- *Dr. Hernán Aravena – Hospital San José del Carmen de Copiapó*
- *Dra. Elizabeth Henríquez – Hospital Florencio Vargas de Diego de Almagro*
- *Dr. Alejandro Aguirre- Dirección de Salud Municipal de Copiapó*
- *Mat. Leonardo Reyes- Dirección de Salud Municipal de Copiapó*
- *Mat. Ingrid Castro– Dirección de Servicio de Salud Atacama*



**Departamento Planificación
y Gestión de la Red Asistencial**

INTRODUCCIÓN

A diferencia de los protocolos de obstetricia, en que el 70% de las acciones preventivas se brindan en la atención primaria, en el ámbito de la ginecología esta situación es prácticamente inversa, la prevención es relativa y las mujeres consultan generalmente por enfermedades cuya solución en la mayoría de los casos es de especialidad.

Los grandes temas de consulta en ginecología son:

- Control de salud por programa (prevención de embarazo, pesquisa de Cacú.)
- Sangramiento genital.
- Infecciones del aparato genital.
- Prolapso e incontinencia de orina.
- Infertilidad.
- Molestias mamarias.
- Algias pelvianas.
- Amenorrea.
- Climaterio.

De estos, se realizó un protocolo para el manejo integral y derivación de acuerdo a capacidad técnica del nivel (primario, secundario y terciario) para la solución del problema de salud.

Objetivo General

Fortalecer el Trabajo en Red a través de la Coordinación entre los distintos Componentes de la Red en la Atención Ambulatoria Electiva de la tercera Región de Atacama, estableciendo Reglas y Protocolos de Referencia y Contrarreferencia, para mejorar la pertinencia de las derivaciones.

Objetivos Específicos

Elaborar Protocolos de Referencia y Contrarreferencia en los diagnósticos de “Metrorragias” de la especialidad de Ginecología, en la Red Asistencial de Atacama.

Alcance de la Guía:

La presente Guía de Referencia y Contrarreferencia de “Metrorragias”, será aplicada e implementada en todos los establecimientos de la Red Asistencial de Atacama, lo que implica establecimientos de atención primaria, CES, CESFAM, CECOF, Hospitales de Menor Complejidad con APS, Hospital de Menor Complejidad sin APS, Hospitales de Mediana y Alta Complejidad.

1. CONCEPTOS

El ciclo menstrual normal oscila entre los 28 +/- 7 días, y la menstruación tiene una duración de 4 +/- 2 días.

La pérdida sanguínea por ciclo es aproximadamente de 60 +/- 20 ml; pérdidas mayores de 80 ml son anormales, conducen a la anemia y requieren un manejo adecuado.

El endometrio secretor posee actividad fibrinolítica que produce licuefacción de la menstruación, fenómeno que no ocurre con las demás patologías por lo cual la hemorragia se presenta con coágulos.

1.1. Terminología aplicada a los trastornos del ciclo:

Polimenorrea: Menstruaciones con intervalos menores de 21 días.

Oligomenorrea: Menstruaciones con intervalos mayores de 35 y menores de 90 días.

Amenorrea: Ausencia de 3 períodos menstruales; o ausencia menstrual de 90 días o más.

Metrorragia: Sangrado irregular en cantidad y duración variable, sin relación con el ciclo menstrual

Atraso Menstrual: En pacientes normo regladas, ocurrencia de retraso menstrual menor de 90 días

Genitorragia: Sangrado que se origina en cualquier segmento del tracto genital.

Sangrado de Posmenopausia: Sangrado luego de 1 año de ausencia del mismo.

1.2. Terminología aplicada a los trastornos de la menstruación:

Menorragia: Menstruación de duración mayor de 8 días. Cíclicas.

Hípermenorrea: Menstruación de cantidad abundante - mayor de 80 cc/ciclo, regulares.

Menometrorragia: Menstruación abundante en cantidad y duración.

Goteo intermenstrual (spotting): sangrado escaso dentro de ciclo menstrual normal.

2. EVALUACIÓN DE METRORRAGIAS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

2.1 Anamnesis:

- Primero descartar Embarazo
- Verificar si hay PAP vigente
- Realizar diagnostico diferencial (rectorragia, hematuria, Sangramiento vulvovaginal por atrofia post-menopáusica, cervicorragia etc)
- Determinar la Cuantía independiente de la causa

Una buena forma de evaluar un sangrado anormal es preguntar si se ha llegado a mojar su ropa interior, si la sangre le escurre por las piernas, si su ropa de cama está manchada al despertar o si necesita toallas nocturnas o pañales. La presencia de coágulos no tiene ningún significado patológico, sólo indica, indirectamente, que la menstruación fue más abundante que lo habitual, que los mecanismos fisiológicos anticoagulantes uterinos no fueron suficientes ante un volumen aumentado de sangrado.

Se considerará abundante cuando la usuaria utilice más de 3 toallas nocturnas en 24 hrs.

- Aspectos generales:
Edad y en que etapa del ciclo vital se encuentra la paciente: Pubertad, Adulthood, Perimenopausia, Post-menopausia.
- Usuaria de algún método de prevención de embarazo:
Hormonales (oral, inyectable, transdérmico, intravaginal, subcutáneo), D.I.U.
- Enfermedad sistémica:
El hipotiroidismo causa aumento de la hemorragia uterina; las hepatopatías pueden ocasionar, por interferencia en el metabolismo de los estrógenos, diferentes tipos de hemorragias; discrasias sanguíneas y alteraciones en la coagulación.

2.2 El examen ginecológico APS:

Este examen lo puede realizar el profesional medico y/o matrona, los cuales derivarán según corresponda.

a) Visualización de genitales externos:

A través de la visualización se pueden observar laceraciones traumáticas (por desgarros), infección (vulvovaginitis), cáncer. etc.

b) Especuloscopia:

A través de la especuloscopia es posible evaluar el cérvix y verificar si el sangramiento es por:

- Miomas pediculados en expulsión
- Pólipos endocervicales
- Cervicitis, cuellos inflamados que sangran con el espéculo o una tórula (cervicitis por clamidia).
- Ectropion sangrante, extensos, frecuentes de ver en multíparas de partos vaginales o usuarias de larga data de ACO.
- Cuello sospechoso de una neoplasia, sobre todo si no tiene PAP al día.
- Presencia de material con aspecto de restos ovulares en canal (aborto).
- Traumatismos de cuello, sospechar de un aborto con maniobras.

c) El tacto vaginal:

Evaluar Posición, tamaño, presencia nodulidad, zonas anexiales, fondo saco de Douglas.

- Si hay dolor, la orientación diagnóstica irá hacia un PIP (endometritis, endometriosis, anexitis).
- Si hay aumento de volumen uterino, generalmente irregular, se pensará en un mioma, adenomiosis.
- Si el aumento de volumen es parauterino, se debería pensar en un tumor anexial el que podría ser de causa infecciosa, neoplásica o Tu benigno.

Esta evaluación general (edad, paridad, MAC, tipo de sangramiento, dolor asociado, etc.) nos llevará a una hipótesis diagnóstica, la cual podrá complementarse en la APS con algunos exámenes de laboratorio en general, serán los siguientes: hematocrito, recuento de leucocitos, VHS, glicemia, sedimento de orina con urocultivo y Ecotomografía transvaginal (si existe el equipo y entrenamiento adecuado).

3. CRITERIOS DE REFERENCIA A ESPECIALIDAD

Si la sumatoria semiológica orienta hacia una situación de urgencia se deberá derivar a Urgencia Maternidad.

Si la sumatoria semiológica orienta hacia un cuadro más bien crónico, se deberá derivar a Policlínico de ginecología.

Se sugiere utilizar en la interconsulta, criterios de urgencia de acuerdo a opinión del examinador (haciendo un símil de los criterios de derivación al Policlínico de ARO).

Recordar también la posibilidad de un embarazo ectópico por lo que si la metrorragia es precedida por un período de amenorrea y hay sospecha clínica es necesario un test de embarazo, si éste es positivo derivar de inmediato a urgencia maternal.

0 Al servicio de Urgencia

1 A Policlínico de Ginecología y debe ser atendida dentro de 15 días.

2 Policlínico de Ginecología y debe ser atendida entre 15 y 45 días o con citación a control desde la atención secundaria.

Grados de derivación de APS:

0:

- Sospecha embarazo ectópico o aborto.
- Metrorragia con compromiso hemodinámico
- Dolor asociado (EVA) escala visual análoga de 8 o más y blumberg(+), primer episodio sin historia de endometriosis.
- Genitorragia con desgarros en tracto genital (Cérvico-vaginal)
- Metrorragia de flujo continuo y abundante.

1:

- metrorragia con sospecha de PIP
- Falla tratamiento médico
- Sospecha CACU

2:

- polimenorrea perimenopausica
- Polimenorrea adolescente
- Atrofia postmenopausica

4. MANEJO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Los siguientes diagnósticos podrán ser tratados en la APS:

- a. Metrorragia por método anticonceptivo hormonal.
- b. Metrorragia por DIU
- c. Sinusorragias exocervical por MAC o por infección (con PAP normal).

4.1 DEFINICION DE LAS METRORRAGIAS TRATADAS EN APS

a. Metrorragia por método anticonceptivo hormonal

Si la usuaria está usando un anticonceptivo hormonal, la irregularidad en el sangrado puede deberse a un mal uso (olvido, vómito) o a una dosis inadecuada.

b. Metrorragia por DIU

Las causas en general son por:

- infección
- desplazamiento.
- incrustación del DIU.
- Presencia de alguna patología agregada (pólipo o mioma).

No olvidar que en una usuaria de DIU, pueden haber trastornos del ciclo menstrual o puede estar en un ciclo perimenopáusico.

c. Sinusorragias exocervical por MAC o por infección (con PAP normal).

Se trata del sangrado vaginal producido por una relación sexual. Su magnitud y duración es variable, comienza inmediatamente o a las pocas horas de haber tenido una relación sexual y suele deberse a enfermedades del cuello del útero como infecciones o lesiones cervicales. Toda mujer que sangra luego de tener relaciones sexuales debe efectuar un Papanicolaou.

Una de las causas de sinusorragia es el ectropion, En condiciones normales el cuello del útero está revestido en su parte externa por un tipo de epitelio plano (estratificado) y en su parte interna está revestido por un epitelio llamado columnar (cilíndrico).

Cuando se evierte el epitelio cilíndrico sobre el cérvix se produce el "ectropion".

En el 5-10 por ciento de los casos se forma en el periodo posterior al parto.

4.2 TRATAMIENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

a. Metrorragia por método anticonceptivo hormonal.

Verificar el uso correcto del ACO u otro. Las alternativas para el manejo en APS son:

1) Usar un ACO con mayor dosis de estradiol, por ejemplo subir de 20 mcgr a 30 mcgr. o cambiar a un ACO con otro progestágeno (levonorgestrel, gestodeno, etc.)

Dependiendo del día del sangramiento:

Si ocurre antes del comprimido nº 21, se deberá reducir la dosis de estrógeno.

Si ocurre posterior al comprimido o día 28, se deberá aumentar la dosis de estrógeno.

2) Esquema ACO combinado 1 comprimido cada 8 horas por 3 días, luego cada 12 horas por 3 días y luego 1 al día en forma continua (28 días).

3) Si el sangramiento es usando método anticonceptivo mono-hormonal (progestágeno puro ya sea oral o subcutáneo) en general es por atrofia endometrial por lo que si no es muy deteriorante de la calidad de vida se puede observar, si persiste se cambia a MAC combinado (estradiol más progesterona)

4) Para usuarias con IMPLANON, se debe tener en cuenta el tiempo de uso del mismo. El tratamiento debe focalizarse cuando se tiene mas de seis meses de uso y puede ser según los siguientes esquemas de tratamiento:

- a) **Acido mefenamico 500 mg cada 8 horas por 5 días recomendado en mujer con lactancia.**
- b) **Anticonceptivo oral combinado de 30 o 35 microg etinilestradiol (Anulette) por un mes o incluso por 3 meses continuo (sin descanso).**
- c) **Etinilestradiol 0,02 mg/día por 21 días.**
- d) **Doxiciclina 100 mgr c/12 hrs por 5 días.**

b. Metrorragia por DIU:

Si el DIU esta in situ, en primera instancia tratar con antibióticos:

- doxiciclina 100 mgr c/12 hrs por 10 días
- amoxicilina 500 mgrs cada 8 por 7 días
- ciprofloxacino 500mgrs. 2 veces al día por 7 días
- cotrimoxazol forte cada 12 horas por 7 días

Si en la ecografía se pesquisa que el DIU está desplazado hacia el cérvix o falla de tratamiento antibiótico, esta se debe extraer. Idealmente usar ACO por 2 ó 3 ciclos y posteriormente se puede hacer una re inserción.

Si está incrustado se debe derivar a policlínico de ginecología.

c. Sinusorragias exocervical por MAC o infección con PAP normal:

- Si es por infección, tratar de acuerdo a la etiología (micótico, trichomonas, clamidias, ureaplasma, etc.).
- Si es por un ectropión sangrante sin característica de infección y es usuaria de ACO, esa es la causa, pero en general estos ectropión son de larga data y cuando sangran es por una pequeña infección agregada que no se nota por lo que óvulos combinados son una buena alternativa.
- Pólipos exo o endocervicales: derivar a atención secundaria. (Poli ginecología- Hospital Vallenar, Unidad de Patología Cervical-Hospital Copiapó)
- Imagen sospechosa de CAcu, derivar a patología cervical, sin esperar resultado del PAP.

5. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE REFERENCIA Y CONTRARRFERENCIA

Responsabilidades del establecimiento de origen:

- Supervisar el cumplimiento de esta guía de derivación para asegurar una adecuada pertinencia y oportunidad de la derivación.
- Controlar la adecuada completitud del instrumento de Solicitud de interconsulta (SIC)
- Realizar ingreso de SIC en los sistemas digitales vigentes.
- Coordinar y solicitar la referencia, la cual debe quedar registrada en el establecimiento de origen.
- Coordinar la contrarreferencia de los pacientes en conjunto con el establecimiento de destino.
- Identificar nodos críticos que afecten el cumplimiento de estas orientaciones e informar a referente del Servicio de Salud Atacama.

Responsabilidades del establecimiento de destino:

- Supervisar el cumplimiento de esta guía de derivación.
- Asignar horas médicas respetando criterios de prioridad clínica y equidad.
- Informar la cita del paciente al establecimiento de origen.
- Informar a establecimiento de origen respecto de SIC rechazadas por no pertinencia clínica y por criterios administrativos
- Una vez atendido el paciente, consignar en el instrumento de confirmación diagnóstico, la contrarreferencia con el diagnóstico, indicaciones, tratamiento y recomendaciones correspondientes.
- Consignar antecedentes de contrarreferencia y rechazo en sistemas digitales vigentes.
- Identificar nodos críticos que afecten el cumplimiento de estas orientaciones e informar a referente del Servicio de Salud Atacama.

Mecanismos de Supervisión:

1. Establecer un equipo de profesionales responsable de monitorear y supervisar los procesos de referencia y contrarreferencia, con especial énfasis en la calidad de la información y el acatamiento a las normas y procedimientos: Jefes de establecimientos, Encargados de admisión, Médicos de atención primaria y de atención secundaria.
2. Designar a un responsable en cada establecimiento de la red, cuyas tareas principales serán:
 - Revisar la calidad de la información suministrada en los instrumentos (hoja de referencia-contrarreferencia, hoja de registro diario, semanal y mensual de referencias y contrarreferencias).
 - Detectar y corregir fallas o deficiencias. Reunirse con el profesional que completó el instrumento y corregirlo junto a él (capacitación en el lugar de trabajo).
 - Revisión del cumplimiento de normas y procedimientos.
 - Hacer un seguimiento con los insumos obtenidos de los puntos anteriores, observar la tendencia o evolución del proceso en cuanto a cumplimiento de normas y calidad de la información.
 - Elaborar un informe mensual de cumplimiento.

Mecanismos de Evaluación:

1. Reuniones trimestrales del equipo de profesionales responsable de monitorear y supervisar los procesos de referencia y contrarreferencia, con el fin de analizar los procedimientos y mejorar la calidad del proceso. En ellas se sugiere contemplar los siguientes puntos:
 - Analizar pertinencia de la referencia y la contrarreferencia.
 - Conocer opinión de los usuarios.
 - Identificar a los profesionales que cumplen y que no cumplen con el correcto llenado de los instrumentos.



**Departamento Planificación
y Gestión de la Red Asistencial**

- Actualizar criterios para referencias y contrarreferencias.

6. INDICADORES DE MONITOREO DE USO Y CUMPLIMIENTO DE GUIA

a) Indicador de Monitoreo:

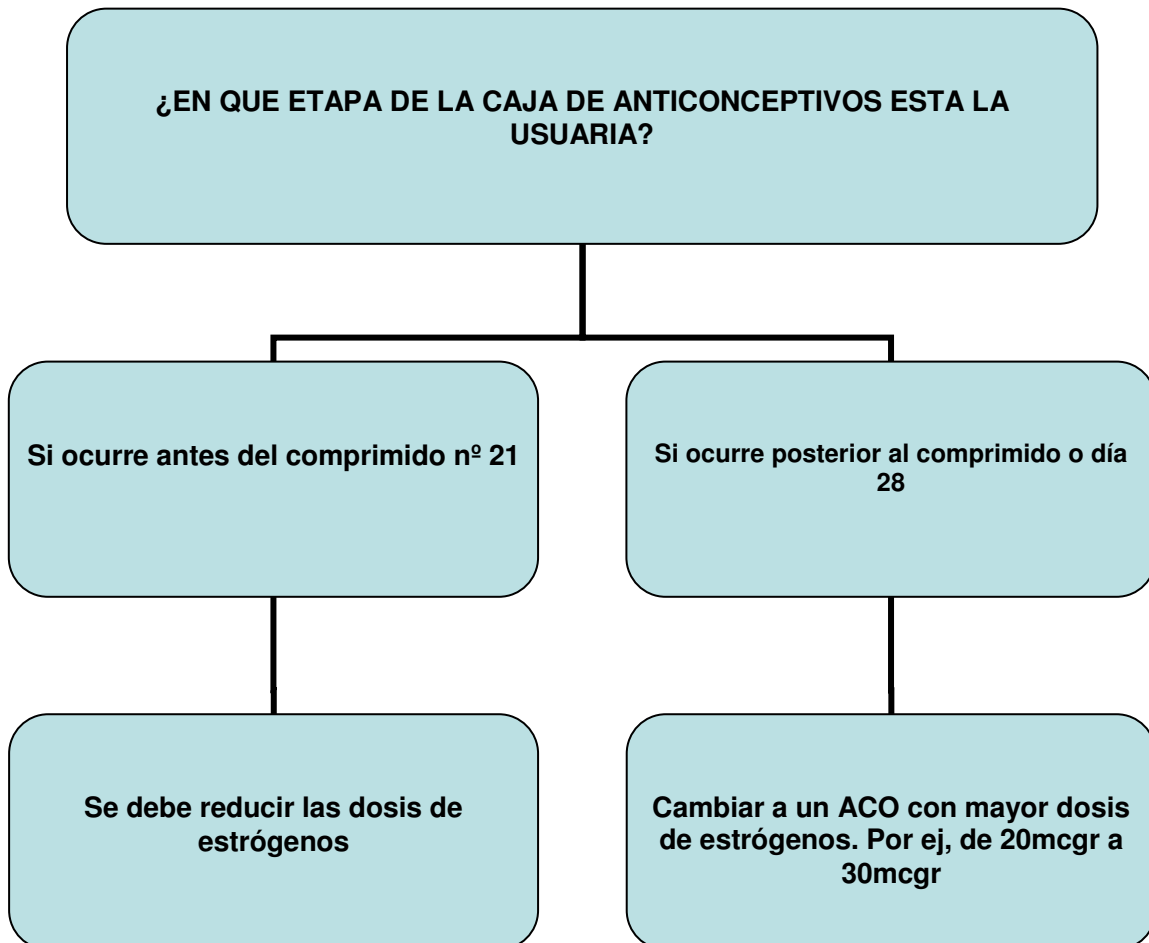
- Número de interconsultas nuevas de metrorragia rechazadas por médico contralor o regulador del nivel secundario / número total de interconsultas nuevas de metrorragia derivadas a nivel secundario x 100.

b) Indicador de Proceso:

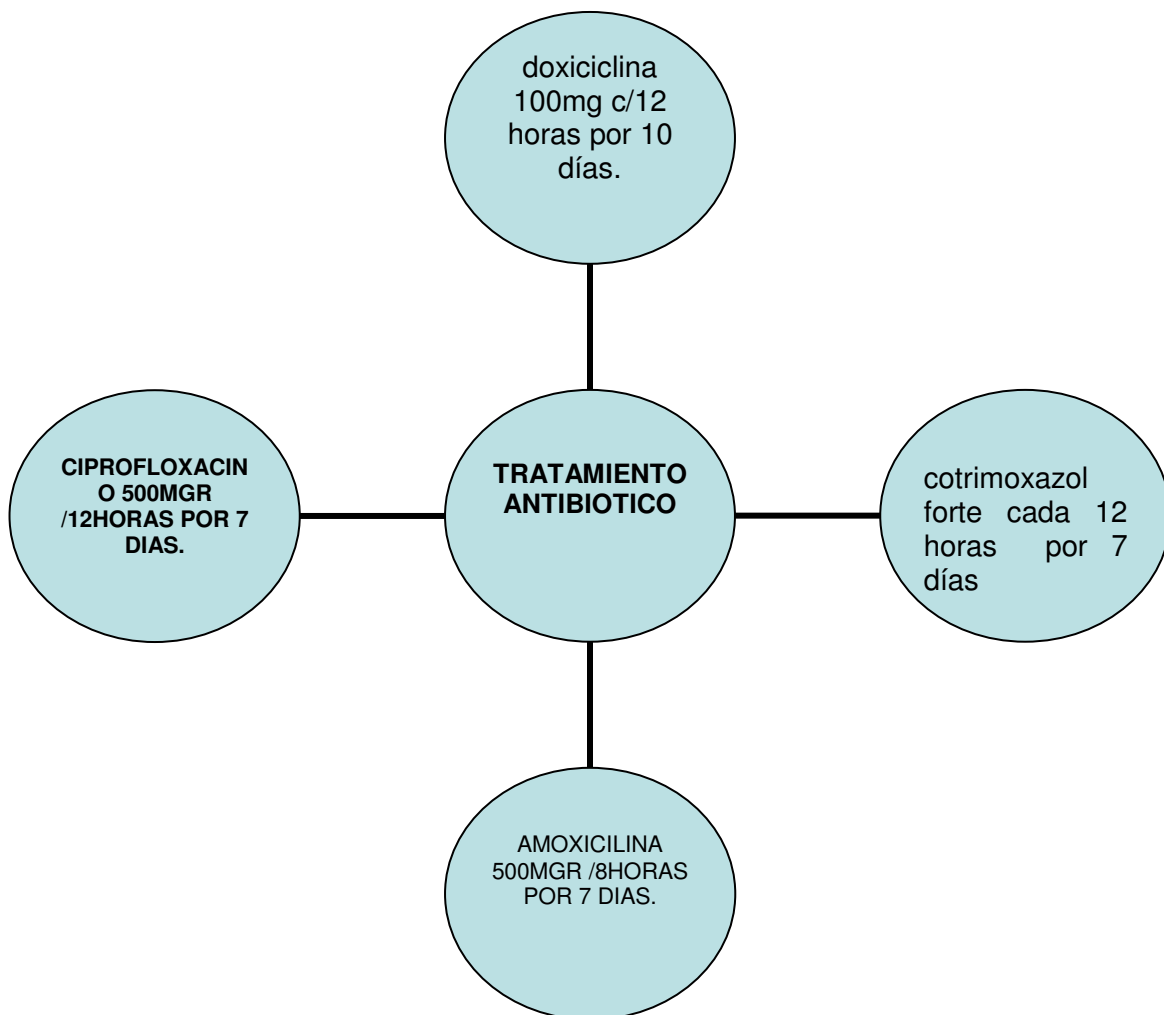
- Porcentaje de Box de profesionales pertinentes (Médicos – Matrones) que cuentan con la Guía de Referencia y Contrarreferencia Metrorragia en cada establecimiento APS.

7. ANEXOS

ANEXO 1. Manejo de metrorragias por método anticonceptivo oral



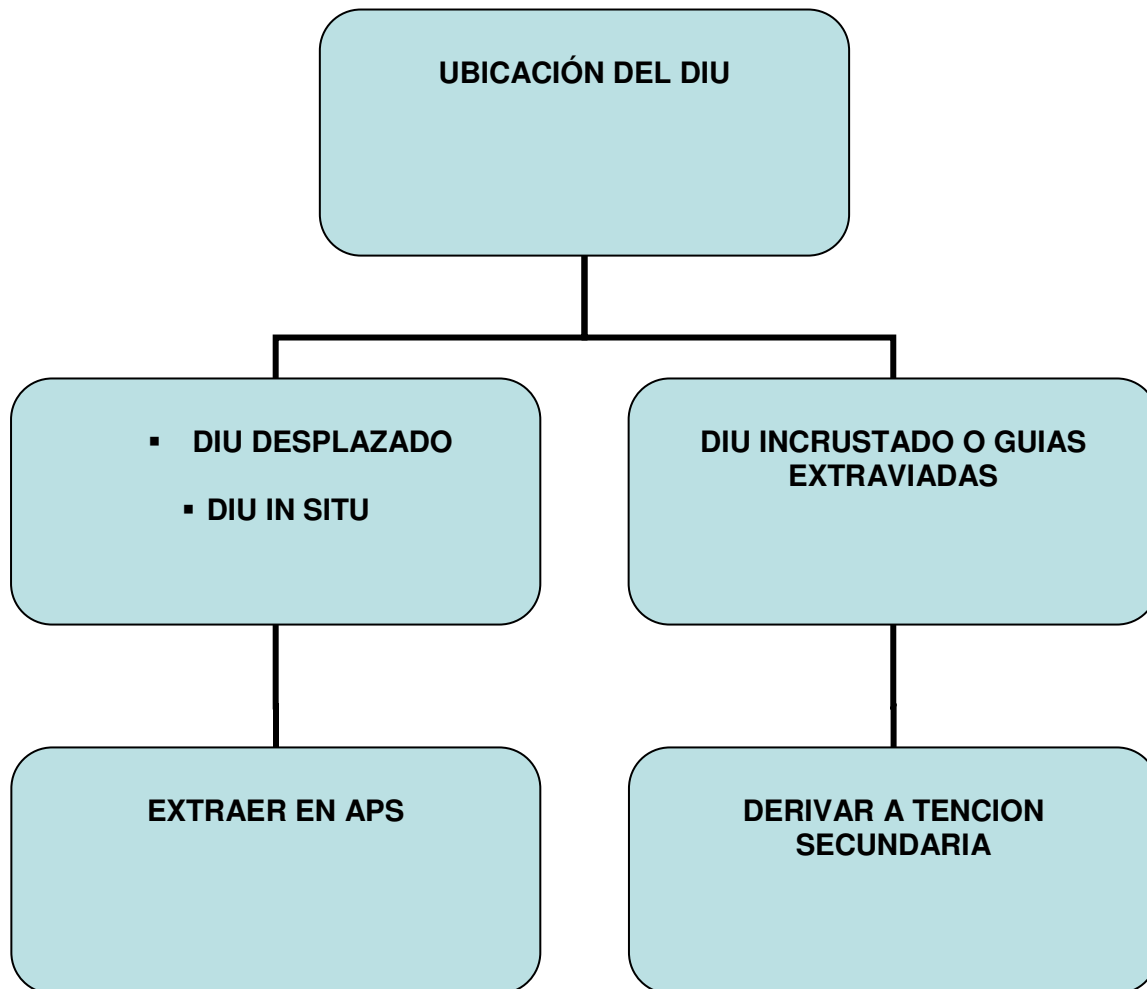
ANEXO 2. Manejo de Metrorragia por Dispositivo intrauterino



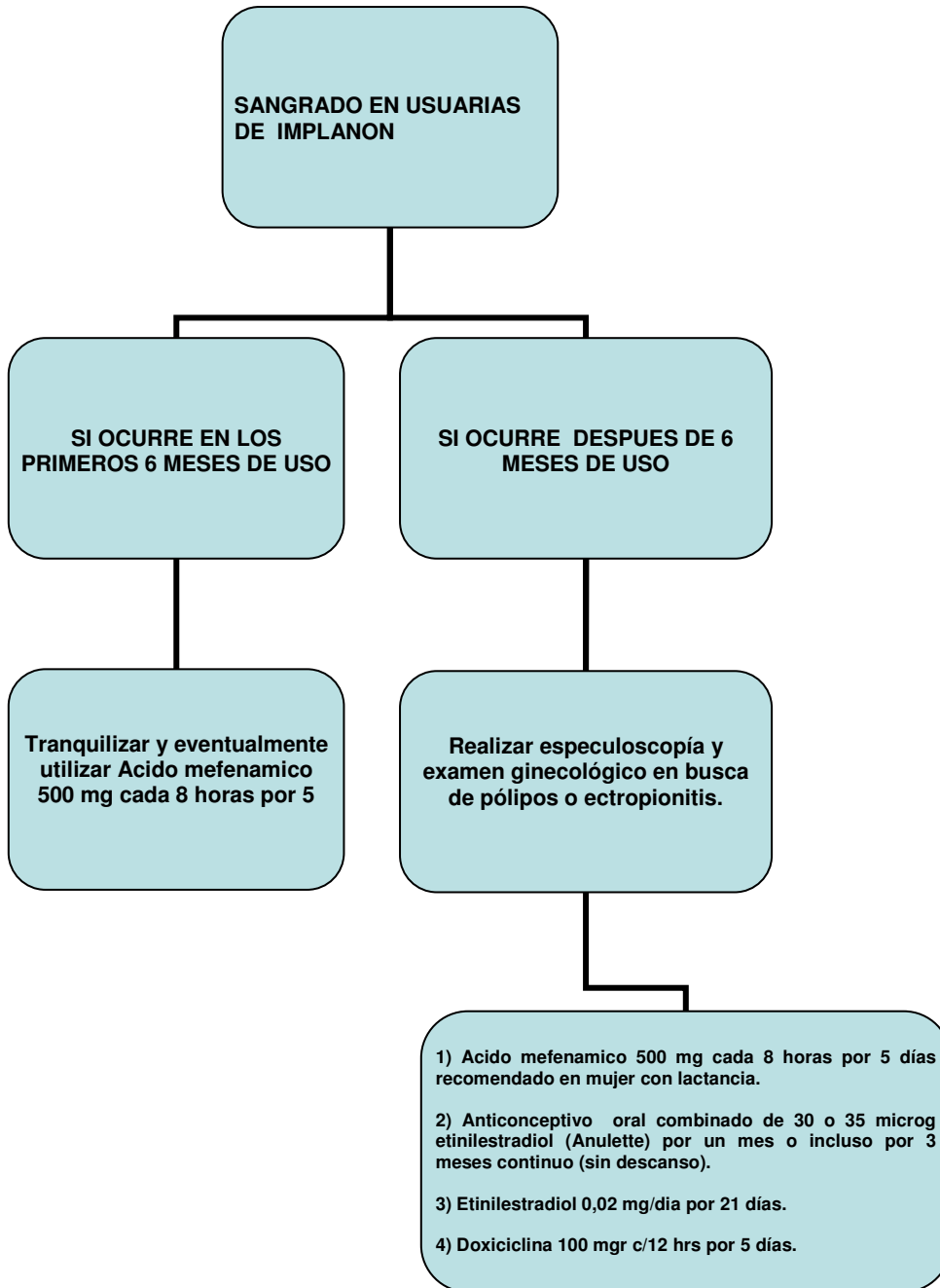


**Departamento Planificación
y Gestión de la Red Asistencial**

**SI DESPUES DEL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO CONTINUA SANGRANDO,
SE DEBE EXTRAER EL DIU.**



ANEXO 3. Manejo en pacientes con Metrorragias por uso de Implanon





**Departamento Planificación
y Gestión de la Red Asistencial**

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Management of Unscheduled Bleeding in Women using Hormonal Contraception Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance.
2. Clinical Effectiveness Unit May 2009. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists
3. Gómez Tabares G, Urdinola Moreno J: Hemorragia uterina disfuncional. En: Gómez (*) FEA archive.
4. González Merlo. Ginecología
5. Pérez Sánchez, Alfredo. Ginecología. Editorial Mediterráneo. 3era edición. Chile. Año 2003.
6. C. Edge, M. Millar. Cuidados de salud de la mujer. Mosby/Doyma Libros



**Departamento Planificación
y Gestión de la Red Asistencial**

**GUIA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
ESPECIALIDAD GINECOLOGÍA
PATOLOGIA: METRORRAGIAS**

“Elaborado por:”

- Dr. Hernán Aravena _____
- Dra. Elizabeth Henríquez _____
- Dr. Alejandro Aguirre _____
- Mat. Leonardo Reyes T. _____
- Mat. Ingrid Castro C. _____

“Revisado por:”

Claudio López Labarca. _____

“Aprobado por:” Dra. Cynthia Neumann Molina.
Directora Servicio Salud Atacama
