

## Menorragia

Fecha de la última revisión: **13/03/2018**

### Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cuándo derivar?](#)
4. [¿Cuál es su tratamiento?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autoras](#)

### ¿De qué hablamos?

La menorragia o sangrado menstrual abundante se ha definido como la pérdida de menstrual igual o mayor de 80 ml. Sin embargo, en la práctica es difícil realizar esta medición y por consenso se ha determinado considerarla como la percepción de sangrado excesivo durante el periodo menstrual regular que interfiere tanto en el terreno físico, emocional, social y material de la calidad de vida de la mujer que lo padece. Puede ocurrir de forma aislada o asociada a otros síntomas como anemia ferropénica, presente en dos tercios de las pacientes, o dismenorrea (Fraser IS, 2011; Cheong Y, 2017; Duckitt K, 2015).

Es el motivo de consulta ginecológico más frecuente en la edad reproductiva y supone hasta el 5% de las visitas de mujeres entre 30-45 años en atención primaria (Davies J, 2017). Su prevalencia es muy variable en función de los estudios: entre el 14-25% de las mujeres en el periodo de la menarquia a la menopausia sufren menstruaciones irregulares o menorragia, pueden ser frecuentes en la adolescencia y cerca del 30-35% durante los 25-44 años (Sweet MG, 2012; Cheong Y, 2017).

Entre las causas que explican la etiología, se ha descrito una posible alteración en la producción local de prostaglandinas que también puede darse en presencia de miomas, pólipos endometriales, fibromas submucosos, dispositivos intrauterinos (DIU) y con menor frecuencia, cáncer. A veces por infecciones locales, o enfermedades sistémicas: hipotiroidismo, insuficiencia renal, hepatopatía en fases avanzadas o enfermedades hematológicas y de éstas, la más frecuente es la enfermedad de Von Willebrand (VW), con una prevalencia del 13% y mayor en adolescentes. En cerca del 50% de las mujeres con menorragia no se encuentra la causa desencadenante (Davies J, 2017; Uhm S, 2014; Sweet MG, 2012; Pinkerton JV, 2011).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, utiliza las siglas PALM-COEIN para describir las causas más importantes de menorragia: pólipo, adenomiosis, leiomioma, malignidad e hiperplasia; coagulopatía, disfunción ovulatoria, endometrial, iatrogénica y de causa no conocida, las primeras pueden diagnosticarse con pruebas de imagen e histológicas y las segundas sin ellas (Davies J, 2017).

El sangrado disfuncional uterino es un término ambiguo que se utiliza para definir el sangrado menstrual abundante sin causa estructural objetivable que la origine (patología pélvica, fármacos, enfermedades sistémicas o embarazo) y suele clasificarse en tres grupos: alteraciones de origen endometrial que afectan a los mecanismos de regularización del volumen de sangrado menstrual, alteraciones en el eje hipotálamo-pituitaria-ovario y alteraciones en la hemostasia. Con frecuencia son ciclos menstruales anovulatorios (Fraser IS, 2011; Bradley LD, 2011; Critchley HO, 2011).

Por el momento no se ha podido observar de forma concluyente una prevalencia mayor de cáncer de endometrio o de hiperplasia atípica endometrial en mujeres premenopáusicas con menorragia (Pennant ME, 2017).

### ¿Cómo se diagnostica?

Su diagnóstico es clínico y se basa en los síntomas que transmite la paciente. En la anamnesis es importante recoger (Davies J, 2017; Munro MG, 2011):

- Las características de la menstruación: duración de los ciclos, periodicidad y abundancia del sangrado (frecuencia de los cambios o número total de compresas y/o tampones que se requieren en cada regla). En general no se recomienda de forma rutinaria la realización de mediciones objetivas del volumen del sangrado.
- Los antecedentes: edad de comienzo de la menorragia (en las discrasias sanguíneas suele estar presente desde la menarquia), el consumo de fármacos que pueden aumentar la cantidad de sangrado o los posibles antecedentes familiares de coagulopatías.
- Presencia de síntomas relacionados con enfermedades sistémicas: hipotiroidismo, discrasias sanguíneas (sangrados espontáneos de encías, cavidad oral, epistaxis, hematomas espontáneos, sangrados con mínimos traumatismos o sangrados prolongados tras extracciones dentales).
- Presencia de otros síntomas ginecológicos o sangrados vaginales: sangrado postcoital, intermenstrual, dismenorrea o dolor pélvico.
- Determinar el impacto de los síntomas en la calidad de vida de la paciente.

La exploración física debe incluir (Cheong Y, 2017; Munro MG, 2011):

- Búsqueda de signos físicos relacionados con enfermedades endocrinas, anemia, o coagulopatías (hirsutismo, obesidad, estrías, petequias, etc.).
- Palpación abdominal.
- Exploración pélvica, que debe comprender: inspección ocular de los genitales externos, vagina y cérvix con espéculo, así como la palpación bimanual para determinar la movilidad cervical, el tamaño del útero, la presencia de miomas, dolor o masas en los anexos.

### Pruebas de laboratorio:

Inicialmente debe realizarse en todos los casos una analítica con hemograma para descartar anemia ferropénica. Solamente se determinarán las hormonas tiroideas cuando existan síntomas compatibles y un estudio de coagulación cuando la menorragia se haya iniciado en la menarquia, existan antecedentes familiares de alteraciones de la coagulación o de síntomas sugestivos de discrasias sanguíneas. Éste deberá comprender el fibrinógeno, el tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina parcial activado para detectar un posible déficit de factores de coagulación que deberá confirmarse con la determinación específica del factor de VW (con el antígeno del factor de VW y la actividad del cofactor de la ristocetina) y la actividad del factor VIII. Algunos autores recomiendan la determinación de una prueba de embarazo si la menorragia es reciente o se acompaña de dolor pélvico. En general no está indicada la determinación de perfiles hormonales (Davies J, 2017; Cheong Y, 2017; Sweet MG, 2011; Munro MG, 2011).

Pruebas de imagen para el estudio de la cavidad uterina (Davies J, 2017; Cheong Y, 2017; Sweet MG, 2011; Munro MG, 2011):

- Ecografía transvaginal (ETV): deberá realizarse como primera prueba a todas las mujeres con menorragia y sospecha de anomalías estructurales intrauterinas, o en las que la palpación del útero o de los anexos haya sido anormal. Tiene una sensibilidad del 60-92% y una especificidad del 62-93% en el diagnóstico de lesiones intrauterinas. Actualmente la técnica ha mejorado mucho su eficacia diagnóstica al incorporar el doppler para valorar lesiones vascularizadas o la posibilidad de ver las imágenes en tres dimensiones.
- Sonografía con infusión salina o histerosonografía: es tan eficaz como la histeroscopia para detectar miomas submucosos que no se aprecian en la ETV, sin embargo no se recomienda utilizarla inicialmente en el diagnóstico. Tiene una sensibilidad del 88-99% y una especificidad del 72-95% para detectar lesiones intrauterinas. Está indicada cuando se observan anomalías estructurales en el útero tras la ETV o si la menorragia persiste tras 3-6 m de tratamiento. Algunos autores prefieren esta prueba con realización de biopsia dirigida frente a la histeroscopia en mujeres con factores de riesgo para cáncer de endometrio.
- Histeroscopia: solamente indicada cuando la ETV no haya sido concluyente, en mujeres con antecedentes de pólipos o miomas uterinos o en las que tienen factores de riesgo para cáncer de endometrio. Tiene una sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de lesiones intrauterinas del 94% y del 89% respectivamente.
- La resonancia nuclear magnética (RNM): puede ser útil si se sospecha la presencia de miomas o para evaluar el endometrio cuando la cavidad del útero es inaccesible por otros medios.

**Biopsia endometrial:**

No es necesaria en las mujeres menores de 45 años, sin factores de riesgo para cáncer de endometrio y con una resolución favorable del sangrado tras el tratamiento médico. Estará indicada en presencia de sangrado intermenstrual, menores de 45 años que no respondan al tratamiento farmacológico y en mayores de 45 años con factores de riesgo para cáncer de endometrio (núlparas, historia familiar de cáncer de endometrio, citología anormal, obesidad, poliquistosis ovárica y en mujeres que han recibido tratamiento con tamoxifeno). Tiene una precisión diagnóstica muy alta para detectar cáncer de endometrio (67-96%). Se recomienda obtener la muestra mediante histeroscopia o por histerosonografía porque la biopsia a ciegas tiene baja sensibilidad para detectar lesiones focales intracavitarias (Cheong Y, 2017; Di Spiezio Sardo A, 2016; Munro MG, 2011).

**¿Cuándo derivar?**

En una mujer con menorragia deberá considerarse la derivación a ginecología en las siguientes circunstancias:

- Presencia de síntomas que pudieran relacionarse con patología estructural del útero, como el sangrado intermenstrual, tras las relaciones sexuales o la dispareunia.
- Ante un examen pélvico patológico.
- Si existen factores de riesgo para cáncer de endometrio.
- Ante la ausencia de respuesta favorable al tratamiento médico.
- Cuando se requiera el empleo de exploraciones diagnósticas complementarias en la paciente.
- No disponibilidad de práctica o medios técnicos para su estudio completo.

**¿Cuál es su tratamiento?**

Debe considerarse de forma individualizada: es importante valorar las posibles causas subyacentes y tratables, la edad, si se acompaña de otros síntomas como la dismenorrea y si existen deseos de procreación o de anticoncepción. Cuando el sangrado es idiopático, una de las principales bases del tratamiento inicial consiste en tranquilizar a la paciente y dar consejo acerca de las diferentes opciones disponibles. Se recomienda el tratamiento con hierro en las mujeres con anemia ferropénica (Cheong Y, 2017).

**Tratamiento médico**

Se considera el primer escalón terapéutico y además, si con la opción elegida no se obtiene una respuesta favorable, debe indicarse otra antes de ofrecer las alternativas quirúrgicas.

**1. Tratamiento médico no hormonal:**

Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs): reducen la dismenorrea y el sangrado menstrual pero con menor eficacia que el **ácido tranexámico**, **danazol** (este último no se utiliza por sus efectos secundarios) (Beaumont H, 2007) o el DIU con liberación hormonal de **levonorgestrel** y puede ser tan eficaz como la **progesterona** oral pautada en 21 días de la fase lútea (Lethaby A, 2013). Entre los AINEs indicados para el uso en la menorragia están: **ibuprofeno** a dosis de 1.600 mg/día, **naproxeno** a 1.000 mg/día durante los primeros 5 días de la regla, aunque puede iniciarse en dosis más bajas los dos días antes de empezar la menstruación. El **ácido mefenámico** a razón de 1.500 mg/día durante el periodo menstrual es uno de los más utilizados, consigue una reducción del sangrado menstrual entre el 25-50% (Maybin JA, 2016). Se suele recomendar prescribir la dosis más baja que controle los síntomas (Pinkerton JV, 2011). Hasta el momento no ha podido demostrarse la superioridad en la eficacia de ninguno de los AINEs estudiados para el tratamiento de la menorragia (Lethaby A, 2013; Sweet MG, 2012; Pinkerton JV, 2011).

Están especialmente indicados en mujeres con dismenorrea, cuando no toleran o tienen contraindicación de tratamiento hormonal, en las que desean embarazo o en las que presentan menorragia secundaria al DIU. No se recomienda en las diagnosticadas de enfermedad de VW (Maybin JA, 2016; Grimes DA, 2007).

**Ácido tranexámico:** es un fármaco antifibrinolítico aprobado por la FDA para el tratamiento de la menorragia. Su eficacia en la reducción del sangrado se ha observado en el 34-56% de las pacientes tratadas. Ha demostrado ser más eficaz que los AINEs o la **progesterona** oral en la fase lútea de 21 días en reducir el sangrado menstrual. Puede mejorar la calidad de vida de las pacientes con menorragia, aunque suele tener más efectos secundarios a los cuatro meses de tratamiento que las técnicas de resección endometrial. A pesar de que se le ha atribuido un posible mayor riesgo de tromboembolismo pulmonar, éste no ha podido demostrarse en estudios posteriores a más largo plazo. Sin embargo, algunos autores recomiendan tener precaución si se administra cuando hay antecedentes de tromboembolismo (Davies J, 2017; Maybin JA, 2016; Duckitt K, 2015; Naoulou B, 2012).

Está indicado en mujeres que desean el embarazo, en las que tienen alteraciones de la coagulación o en las que está contraindicado el tratamiento hormonal. Aunque no existen evidencias a favor de su uso combinado con los AINEs, en la práctica es frecuente que se administren asociados si la mujer tiene dismenorrea. La dosis aconsejada es de 2 comprimidos de 500 mg tres veces al día desde el inicio del sangrado hasta un máximo de 4 días, no se recomienda superar los 4 g (Cheong Y, 2017; Maybin JA, 2016; Sweet MG, 2012; Pinkerton JV, 2011).

Ambos grupos farmacológicos: AINEs y antifibrinolíticos deben suspenderse en ausencia de eficacia en la reducción del sangrado menstrual tras tres meses de tratamiento. También pueden estar indicados como fármacos coadyuvantes al tratamiento hormonal (Maybin JA, 2016).

2. Tratamiento médico hormonal:

Píldora anticonceptiva combinada (PC): puede reducir tanto el sangrado de la menstruación, hasta en el 50%, como la dismenorrea (Maybin JA, 2016; Uhm S, 2014). Sin embargo, solo la presentación combinada de estradiol valerato con **dienogest** tiene de forma reciente la indicación aprobada por la FDA para el tratamiento de la menorragia (Davies J, 2017). A pesar de la ausencia de recomendación del empleo de la PC frente otras opciones farmacológicas por la ausencia de estudios de calidad (Farquhar C, 2009), algunos autores consideran que puede estar indicada en mujeres jóvenes con menorragia que deseen anticoncepción, desestimen la opción del DIU liberador de **levonorgestrel** y en la enfermedad de VW (Sweet MG, 2012; Davies J, 2017).

**Progesterona** oral: es menos efectiva que el **ácido tranexámico** o el **danazol** y tan efectiva como los AINEs en la reducción del sangrado menstrual. Puede estar indicada para el tratamiento del sangrado menstrual abundante en ciclos de 21 días (desde el día 5 al 26 del ciclo menstrual). La administración diaria consigue una disminución del sangrado similar a la del DIU liberador de **levonorgestrel**, sin embargo se tolera peor que éste y en general no suele ser un fármaco recomendado para el tratamiento de la menorragia. La indicación diaria se limita a mujeres con deseo de anticoncepción que no pueden tomar la PC y desestiman la colocación del DIU liberador de progesterona (Davies J, 2017; Maybin JA, 2016; Duckitt K, 2015).

Análogos de **gonadotropina**: no existe suficiente evidencia para recomendarlos en el tratamiento habitual de la reducción del sangrado en pacientes con menorragia. Sin embargo, pueden ser útiles en presencia miomas uterinos, durante un periodo corto de tiempo y previo a la cirugía (Cheong Y, 2017; Duckitt K, 2015; Pinkerton JV, 2011).

DIU con liberación hormonal de **levonorgestrel**: es más efectivo que otros tratamientos farmacológicos orales empleados para la menorragia (Qiu J, 2014). A pesar de tener más frecuencia de síntomas secundarios leves como dolor pélvico, distensión mamaria o quistes ováricos, es efectivo en la reducción del sangrado (cerca del 96% tras un año de tratamiento), mejora la calidad de vida de las mujeres y se tolera mejor a largo plazo. No está claro que tenga más beneficios en cuanto a la satisfacción en la reducción de sangrado comparado con las técnicas de ablación endometrial y sin embargo es más coste efectivo que estas últimas. Es menos efectivo que la histerectomía en la reducción del sangrado endometrial (Davies J, 2017; Lethaby A, 2015). También puede disminuir la dismenorrea hasta en el 40% de las mujeres que lo utilizan. Es un anticonceptivo aprobado por la FDA para el tratamiento de la menorragia y está indicado en mujeres que además desean la anticoncepción. Algunos autores también han observado su beneficio en mujeres con leiomiomas o adenomiosis (Davies J, 2017; Pinkerton JV, 2011; Sweet MG, 2012).

Tratamiento quirúrgico

**1. Técnicas de ablación endometrial:** tienen como objetivo destruir la capa endometrial del útero. Existen dos tipos de procedimientos diferentes para su realización y ambas se consideran técnicas de cirugía conservadora (Davies J, 2017):

- **Cirugía conservadora con histeroscopia o técnicas de primera generación de ablación endometrial:**
  - Resección endometrial transcervical (RET), durante muchos años ha sido la técnica de referencia para la ablación.
  - Técnicas de ablación con calor (energía termal proveniente de láser o electrocauterización).
- **Cirugía conservadora sin histeroscopia o técnicas de segunda generación de ablación endometrial:**
  - Técnicas de ablación para la destrucción endometrial con calor (suero salino caliente, láser, ondas de radiofrecuencia, con globo caliente).
  - Ablación con frío: crioterapia.

La dilatación y curetaje endometrial por el momento no tienen suficiente evidencia a favor como para recomendarlas en el tratamiento de la menorragia (Duckitt K, 2015).

Las técnicas de ablación endometrial son menos eficaces que la histerectomía en la reducción del sangrado menstrual y más que el tratamiento médico. Se desconoce si son más eficaces que el DIU liberador de progesterona. Las de segunda generación tienen la ventaja de ser técnicamente más sencillas que las de la primera y con menos efectos adversos que la histerectomía (menor estancia hospitalaria, complicaciones postquirúrgicas y costes) (Davies J, 2017; Lethaby A, 2013; Munro MG, 2011, Duckitt K, 2015). Sus posibles complicaciones incluyen la infección, hemorragia o perforación del útero. A pesar de que ninguna de las técnicas ha demostrado su superioridad frente a las demás, actualmente la mayoría de los autores recomiendan las de segunda generación en pacientes con menorragia idiopática, cuando han fracasado los tratamientos médicos y tras haber informado debidamente acerca de todos sus posibles efectos adversos, así como beneficios y riesgos de cada uno de los procedimientos (Duckitt K, 2015). Estaría indicada en mujeres con sangrado menstrual que afecta de forma importante a su calidad de vida, en ausencia de respuesta al tratamiento médico y sin deseo el embarazo. Sus principales contraindicaciones son el deseo de procreación, el diagnóstico de displasia o cáncer de útero y la presencia de inflamación pélvica (Davies J, 2017; Sweet MG, 2012).

**2. Histerectomía:** la menorragia a principios de los años noventa ha sido motivo frecuente de histerectomía a pesar de las posibles complicaciones quirúrgicas. En más de la mitad de las mismas se confirmaba la normalidad anatomopatológica del útero extraído (Uhm S, 2014). Actualmente se prefieren otras opciones terapéuticas. Frente a las técnicas conservadoras de resección endometrial, parece que tiene un riesgo mayor de complicaciones como septicemia, fiebre, hematoma y más dolor (Duckitt K, 2015).

Reduce el sangrado menstrual de manera más eficaz que cualquiera de las opciones del tratamiento médico, sin embargo no hay evidencia clara en el aumento de satisfacción de las mujeres frente al DIU de liberación hormonal y presenta mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas en cerca de un tercio de las pacientes (Duckitt K, 2015; Marjoribanks J, 2016). Este tratamiento definitivo de la menorragia está indicado cuando han fracasado todas las opciones terapéuticas en mujeres que no desean el embarazo y que han recibido la adecuada información acerca de todos los posibles riesgos (Davies J, 2017; Sweet MG, 2012). Puede realizarse por vía laparoscópica, transvaginal o por cirugía abierta. Actualmente las dos primeras se consideran de elección porque tienen una recuperación postquirúrgica más rápida, aunque la histerectomía transvaginal ha demostrado menos complicaciones quirúrgicas que las otras técnicas. Sus efectos adversos más frecuentes son molestias urinarias, disfunción sexual y alteraciones del tránsito intestinal (Duckitt K, 2015; Munro MG, 2011).

Bibliografía

- Beaumont H, Augood C, Duckitt K, Lethaby A. Danazol para el sangrado menstrual abundante (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD001017. **[Texto completo](#)**
- Bradley LD. Diagnosis of abnormal uterine bleeding with biopsy or hysteroscopy. Menopause. 2011;18(4):425-33. PubMed **[PMID: 21701428](#)**
- Critchley HO, Munro MG, Broder M, Fraser IS. A five-year international review process concerning terminologies, definitions, and related issues around abnormal uterine bleeding. Semin Reprod Med. 2011;29(5):377-82. PubMed **[PMID: 22065324](#)**
- Cheong Y, Cameron IT, Critchley HOD. Abnormal uterine bleeding. Br Med Bull. 2017;123(1):103-14. PubMed **[PMID: 28910998](#)**
- Davies J, Kadir RA. Heavy menstrual bleeding: An update on management. Thromb Res. 2017;151 Suppl 1:S70-7. PubMed **[PMID: 28262240](#)**
- Di Spiezio Sardo A, Spinelli M, Zizolfi B, Nappi C. Ambulatory management of heavy menstrual bleeding. Womens Health (Lond). 2016;12(1):35-43. PubMed **[PMID: 26696502](#)**. **[Texto completo](#)**
- Duckitt K. Menorrhagia. BMJ Clin Evid. 2015;2015:0805. PubMed **[PMID: 26382038](#)**. **[Texto completo](#)**
- Farquhar C, Brown J. Oral contraceptive pill for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(4):CD000154. PubMed **[PMID: 19821266](#)**

- Fraser IS, Critchley HO, Broder M, Munro MG. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. Semin Reprod Med. 2011;29(5):383-90. PubMed [PMID: 22065325](#)
- Grimes DA, Hubacher D, Lopez LM, Schulz KF. Fármacos antiinflamatorios no-esteroides para la menorragia o el dolor asociados con el uso del dispositivo intrauterino (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD006034. [Texto completo](#)
- Lethaby A, Duckitt K, Farquhar C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(1):CD000400. PubMed [PMID: 23440779](#)
- Lethaby A, Hussain M, Rishworth JR, Rees MC. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(4):CD002126. PubMed [PMID: 16235297](#)
- Lethaby A, Penninx J, Hickey M, Garry R, Marjoribanks J. Endometrial resection and ablation techniques for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(8):CD001501. PubMed [PMID: 23990373](#). [Texto completo](#)
- Lopes JE Jr, Sherer E. Managing menorrhagia. Evaluating and treating heavy menstrual bleeding. Adv NPs PAs. 2010;1(2):21-4; quiz 25. PubMed [PMID: 21299145](#)
- Marjoribanks J, Lethaby A, Farquhar C. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(1):CD003855. PubMed [PMID: 26820670](#). [Texto completo](#)
- Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, Cravello L, Golfier F, Gondry J, et al.; CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010;152(2):133-7. PubMed [PMID: 20688424](#)
- Maybin JA, Critchley HO. Medical management of heavy menstrual bleeding. Womens Health (Lond). 2016 Jan;12(1):27-34. PubMed [PMID: 26695687](#). [Texto completo](#)
- Munro MG, Dickersin K, Clark MA, Langenberg P, Scherer RW, Frick KD; Surgical Treatments Outcomes Project for Dysfunctional Uterine Bleeding Group. The Surgical Treatments Outcomes Project for Dysfunctional Uterine Bleeding: summary of an Agency for Health Research and Quality-sponsored randomized trial of endometrial ablation versus hysterectomy for women with heavy menstrual bleeding. Menopause. 2011;18(4):445-52. PubMed [PMID: 21701431](#)
- Munro MG, Heikinheimo O, Haththotuwa R, Tank JD, Fraser IS. The need for investigations to elucidate causes and effects of abnormal uterine bleeding. Semin Reprod Med. 2011;29(5):410-22. PubMed [PMID: 22065327](#)
- Naoulou B, Tsai MC. Efficacy of tranexamic acid in the treatment of idiopathic and non-functional heavy menstrual bleeding: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012;91(5):529-37. PubMed [PMID: 22229782](#)
- Pennant ME, Mehta R, Moody P, Hackett G, Prentice A, Sharp SJ, et al. Premenopausal abnormal uterine bleeding and risk of endometrial cancer. BJOG. 2017;124(3):404-11. PubMed [PMID: 27766759](#). [Texto completo](#)
- Pinkerton JV. Pharmacological therapy for abnormal uterine bleeding. Menopause. 2011;18(4):453-61. PubMed [PMID: 21701432](#)
- Qiu J, Cheng J, Wang Q, Hua J. Levonorgestrel-releasing intrauterine system versus medical therapy for menorrhagia: a systematic review and meta-analysis. Med Sci Monit. 2014;20:1700-13. PubMed [PMID: 25245843](#). [Texto completo](#)
- Sweet MG, Schmidt-Dalton TA, Weiss PM, Madsen KP. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. Am Fam Physician. 2012;85(1):35-43. PubMed [PMID: 22230306](#). [Texto completo](#)
- Uhm S, Perriera L. Hormonal contraception as treatment for heavy menstrual bleeding: a systematic review. Clin Obstet Gynecol. 2014;57(4):694-717. PubMed [PMID: 25314086](#)

Más en la red

- Bradley LD, Gueye NA. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. Am J Obstet Gynecol. 2016;214(1):31-44. PubMed [PMID: 26254516](#)
- Davies J, Kadir RA. Heavy menstrual bleeding: An update on management. Thromb Res. 2017;151 Suppl 1:S70-7. PubMed [PMID: 28262240](#)
- Matteson KA, Rahn DD, Wheeler TL 2nd, Casiano E, Siddiqui NY, Harvie HS, et al; Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review Group. Nonsurgical management of heavy menstrual bleeding: a systematic review. Obstet Gynecol. 2013;121(3):632-43. PubMed [PMID: 23635628](#). [Texto completo](#)
- Spencer JC, Louie M, Moulder JK, Ellis V, Schiff LD, Toubia T, et al. Cost-effectiveness of treatments for heavy menstrual bleeding. Am J Obstet Gynecol. 2017;217(5):574.e1-9. PubMed [PMID: 28754438](#)

Autoras

- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Carmen Castiñeira Pérez Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Centro de Salud de Vila. Ibiza, Illes Balears. España.  
(2) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

