



# clínica e investigación en ginecología y obstetricia

[www.elsevier.es/gine](http://www.elsevier.es/gine)



## ORIGINAL

# Prevalencia e impacto del sangrado menstrual abundante en España: resultados de una encuesta nacional



J. Perelló-Capo<sup>a,b,\*</sup>, J.C. Quílez-Conde<sup>c,d</sup>, P. Lobo-Abascal<sup>e,f</sup>, M. Andeyro-García<sup>g,h</sup>,  
I. Cristóbal-García<sup>i</sup>, J. Gutiérrez-Alés<sup>j</sup>, M. Herrero-Conde<sup>k</sup>, I. Parra-Ribes<sup>l</sup>,  
J. Estadella-Tarriela<sup>a,b</sup>, J. Rius-Tarruella<sup>m</sup> y J. Calaf<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

<sup>b</sup> Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>c</sup> Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

<sup>d</sup> Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Bilbao, España

<sup>e</sup> Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

<sup>f</sup> Universidad Europea, Madrid, España

<sup>g</sup> Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario General de Villalba, Madrid, España

<sup>h</sup> Universidad Alfonso X, Madrid, España

<sup>i</sup> Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

<sup>j</sup> Máster en Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Alcalá (UAH), Madrid, España

<sup>k</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología, Gine4, Hospitales HM, Madrid, España

<sup>l</sup> Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de Sueca, Departamento de Obstetricia y Ginecología de La Ribera, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Valencia, España

<sup>m</sup> Bayer Hispania S.L., Barcelona, España

Recibido el 2 de febrero de 2023; aceptado el 23 de marzo de 2023

Disponible en Internet el 9 de mayo de 2023

## PALABRAS CLAVE

Menstruación;  
Sangrado menstrual  
excesivo;  
Sangrado menstrual  
abundante;  
Calidad de vida;  
Síntomas;  
Prevalencia

## Resumen

**Antecedentes:** El sangrado menstrual abundante (SMA) es un problema ginecológico frecuente. Los datos sobre su prevalencia en España y su impacto son limitados.

**Material y métodos:** Encuesta realizada en España en mujeres de 23-49 años incluidas en un panel en línea voluntario. La encuesta abordó varios aspectos, incluidos las características y el impacto de la menstruación. La información se recogió mediante un cuestionario semiestructurado enviado por correo electrónico. Los resultados se ponderaron por edad y distribución geográfica.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jperello@santpau.cat](mailto:jperello@santpau.cat) (J. Perelló-Capo).

**KEYWORDS**

Menstruation;  
Excessive menstrual  
bleeding;  
Heavy menstrual  
bleeding;  
Quality of life;  
Symptoms;  
Prevalence

**Resultados:** Se obtuvieron datos de 1.206 mujeres de las 4.478 invitadas (26,9%), de las que 1.169 (96,9%) tenían la menstruación. El 32,7% (n=373) expresó tener «sangrado menstrual excesivo» (SME), lo que se asoció con una mayor frecuencia e intensidad de síntomas menstruales. También con un porcentaje superior de mujeres a las que la menstruación limita «bastante o mucho» (29,1% frente a 15,7% con sangrado normal/leve). Las relaciones sexuales fueron el ámbito más afectado (al 59% les limitaba «bastante o mucho»). El porcentaje de mujeres con afectación de los ámbitos analizados fue significativamente superior entre aquellas con SME, excepto para la vida familiar. El 67,5% de las mujeres con SME había acudido al médico por este motivo; el 19,8% seguía algún tratamiento específico.

**Conclusiones:** En nuestra muestra de 1.206 mujeres de edad fértil, el 6,2% presentaba SMA (SME + limitación «bastante o mucho» de la vida diaria). El SME tiene un impacto importante en la vida diaria de la mujer. Dos de cada 3 consultan al médico por este motivo.

© 2023 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Prevalence and impact of heavy menstrual bleeding in Spain: Results of a national survey

**Abstract**

**Background:** Heavy menstrual bleeding (HMB) is a common gynecological complaint. Data on its prevalence and impact in Spain are limited.

**Material and methods:** A voluntary web-based survey was conducted in Spain among women aged 23–49. The survey covered several aspects of menstruation, including the characteristics and impact. The information was gathered using a semi-structured questionnaire sent by email. Results were weighted by age and geographic distribution.

**Results:** Of the 4478 women invited to participate, 1206 (26.9%) responded, of whom 1169 (96.9%) were menstruating. 32.7% (n=373) said they experienced “excessive menstrual bleeding” (EMB), which was associated with increased frequency and intensity of menstrual symptoms as well as a higher percentage of women whose menstruation limited them “a lot or quite a lot” (29.1% vs. 15.7% with normal/light bleeding). Sexual intercourse was the domain most affected (59% were limited “a lot or quite a lot”). Except for family life, the impact on the domains analyzed was significantly higher among women with EMB. 67.5% of women with EMB had seen a doctor for this reason; 19.8% were receiving some type of treatment.

**Conclusions:** In our sample of 1206 women of childbearing age, 6.2% had HMB (EMB + “a lot or quite a lot” of limitations of daily activities). Excessive menstrual bleeding has a major impact on the daily lives of women. Two out of 3 see a doctor for this reason.

© 2023 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

El sangrado menstrual abundante (SMA) se define no solo como «una pérdida excesiva de sangrado menstrual (> 80 ml/ciclo)» (SME, sangrado menstrual excesivo): esta definición no sería completa si no se incluyera la interferencia que esta pérdida tiene «sobre la calidad de vida física, social, emocional o material de la mujer que lo padece»<sup>1,2</sup>. Se trata de un problema ginecológico frecuente que se cree que afecta hasta al 30% de las mujeres en edad reproductiva, aumentando su prevalencia con la edad<sup>1-3</sup>. Al impacto causado por el SME, se une el déficit de hierro —e incluso anemia— causado por este, alguno de cuyos síntomas como la fatiga, la debilidad y el mareo deterioran aún más la calidad de vida de la mujer<sup>4,5</sup>. El SME puede originarse tanto por causas orgánicas (patologías subyacentes) como no orgánicas. Se cree que las causas orgánicas son las responsables de menos de la mitad de los casos<sup>6</sup>, aunque se desconoce la pre-

valencia real de ambas causas. En mujeres adolescentes, las causas orgánicas son poco frecuentes y su aparición puede ser un síntoma centinela de un trastorno hemorrágico<sup>7</sup>. La sospecha, el cribado, el diagnóstico y el tratamiento adecuado del SMA son, por tanto, de gran importancia. En la actualidad se cuenta con diversas herramientas para el diagnóstico del SMA, aunque no todas adecuadas para su uso en la práctica clínica diaria<sup>8</sup>.

La prevalencia del SMA es difícil de estimar dada la falta de una definición homogénea en los estudios<sup>9</sup>, la forma de valorarlo y las diferencias culturales y sociales acerca de lo que es un «sangrado menstrual normal»<sup>10-13</sup>. La ausencia de una referencia y la diferente forma de vivir el sangrado menstrual lleva a que gran parte de las mujeres con SME no lo consideren un problema, infravaloren sus consecuencias y, por tanto, no consulten al médico por este motivo<sup>9,14</sup>. Todo ello contribuye al infradiagnóstico tanto del SME como del SMA. Dada la dificultad de cuantificar la pérdida menstrual

en la práctica clínica, la valoración de la mujer acerca de la cantidad de su sangrado es la que tiene más peso en el diagnóstico del SME<sup>13</sup>.

En el presente manuscrito se presentan los datos acerca la intensidad del sangrado menstrual percibida por la mujer, los síntomas más frecuentes asociados a la menstruación y el impacto de esta en la vida diaria obtenidos en una encuesta nacional llevada a cabo en una muestra de 1.217 mujeres en edad fértil residentes en España. Se analizan también las diferencias en estos aspectos entre mujeres que consideran tener un «SMA» frente aquellas que consideran tener un sangrado menstrual «normal» o «leve». Por último, se analiza la frecuencia con que las mujeres que consideran tener un SMA consultan al médico, los motivos para no hacerlo y los tratamientos recibidos.

## Métodos

### Diseño del estudio

Entre el 23 de noviembre de 2021 y el 24 de enero del 2022 se llevó a cabo una encuesta a través de Internet en mujeres en edad fértil residentes en España. La encuesta abordó diversos tópicos: hábitos sexuales, uso de anticoncepción y los factores relacionados con la elección del método, el riesgo de embarazo no planificado y la intensidad del sangrado menstrual y su impacto en la vida diaria. La encuesta fue llevada a cabo por la empresa de consultoría Amber Marketing Research S.L. con el patrocinio de Bayer Hispania S.L. y fue anónima. La selección de mujeres de la población general se llevó a cabo en un panel en línea voluntario de 13.125 mujeres gestionado por Amber Marketing Research S.L. Los criterios de exclusión fueron ser menopáusica. La edad mínima se restringió a 23 años porque en la investigación del uso de anticonceptivos (parte II de la encuesta) se invitó a participar a un panel independiente de mujeres ginecólogas con el fin de conocer los patrones anticonceptivos de ambos colectivos. Esta es edad mínima de profesionales sanitarios al acabar la carrera. La máxima se estableció en 49 años, lo que restringió el panel a 8.251 mujeres. Las mujeres participantes no tenían relación con el patrocinador del estudio. En consonancia con la legislación española en vigor, el estudio no requirió aprobación por un comité ético. Las participantes aceptaron participar en el estudio antes de comenzar la encuesta.

### Recogida de información

Las mujeres elegibles recibieron un correo electrónico en el que se presentaba el estudio y se invitaba a su participación en el mismo. La información se recogió mediante una encuesta digital o *computer-assisted web interviewing* (CAWI), cuyo acceso se envió por correo electrónico. La encuesta consistió en un cuestionario semiestructurado que fue diseñado por AMBER Marketing Research S.L. con las directrices establecidas por los investigadores responsables del estudio. El cuestionario fue revisado por los autores y aprobado por estos previo a su uso. La duración aproximada de la encuesta fue de 15 min.

La encuesta constó de 2 partes: una primera que recogía datos sociodemográficos, estado de pareja y la paridad,

y una segunda acerca de los tópicos de investigación comentados anteriormente. La sección acerca de la intensidad del sangrado menstrual y su impacto consistió en 9 preguntas. Estas se presentan en las figuras 1-4. Aunque las categorías de sangrado menstrual fueron «ligero», «normal» y «abundante», en la presentación de los resultados expresaremos esta última categoría como «excesivo» para ajustarnos a la terminología aceptada hoy en día al referirse solo a la intensidad de sangrado<sup>1,2</sup>. El 15% de las respuestas recibidas fueron tratadas mediante un análisis de calidad para asegurar la fiabilidad de los resultados obtenidos.

### Análisis estadístico

Las variables categóricas se describen mediante distribución de porcentajes. Las respuestas abiertas se agruparon por tópicos para facilitar su análisis. Con el fin de poder detectar diferencias por grupos de edad (23-29, 30-39 y 40-49 años) y por comunidad autónoma, se estableció un límite de 400 entrevistas en cada grupo de edad y de 30 por comunidad autónomas. Con el fin de asegurar la representatividad de la muestra por edad y comunidades autónomas, se usaron factores correctores para los porcentajes y medias obtenidos en función de los datos poblacionales del Instituto Nacional de Estadística de 2020<sup>15</sup>. Las comparaciones se llevaron a cabo usando el test de Student. La significación de la diferencia se estableció en un valor  $p < 0,05$ . El análisis fue realizado por Amber Marketing Research S.L. con la supervisión del primer autor e incluyó los subanálisis necesarios para la correcta interpretación de los datos, a petición de los autores. El paquete estadístico usado fue Barbwin 7.5.

## Resultados

De los 4.478 correos electrónicos enviados, completaron la encuesta 1.217 mujeres (27,2%). Tras el control de calidad, se eliminaron 11 mujeres por no haber completado todos los campos. De las 1.206 mujeres restantes (26,9% del total), 37 (3,1%) no tenían la menstruación, con lo que la población válida de estudio fue de 1.169 mujeres (96,9%). La media de edad fue de  $35,3 \pm 7,3$  años. El 81,2% tenía pareja estable y la mitad tenían hijos. Los anticonceptivos usados con más frecuencia fueron el preservativo masculino (37,6%) y la píldora anticonceptiva (20,5%) (tabla 1). El 49,6% de las mujeres expresó tener un sangrado menstrual normal y el 32,7% SME. La proporción de estas últimas fue significativamente superior entre mujeres de 40-49 años (39,3%) respecto a las de 23-30 años (28,9%) y 31-39 años (26,4%) ( $p < 0,05$ ). También fue superior entre mujeres no usuarias de anticoncepción o en practicantes del método «coito interrumpido» o de métodos definitivos (ligadura de trompas o vasectomía de sus parejas) frente a las usuarias de anticoncepción hormonal combinada ( $p < 0,05$ ) (tabla 2).

El 96% de las mujeres presentaba algún síntoma durante la menstruación, siendo los más frecuentes (> 50% de las mujeres) el dolor abdominal o pélvico, la hinchazón abdominal, los cambios de humor y el dolor/aumento mamario. Todos los síntomas, excepto las alteraciones en la piel, fueron significativamente más frecuentes en mujeres que consideraban tener SME (fig. 1).

**Tabla 1** Características de mujeres participantes (n = 1.169)<sup>a</sup>

Característica	Valor
<b>Edad, años, media (DE)</b>	35,3 (7,3)
23-30 años, n (%)	387 (33,1)
31-39 años, n (%)	390 (33,4)
40-49 años, n (%) <sup>b</sup>	392 (33,5)
<b>Pareja estable, sí, n (%)</b>	949 (81,2)
<b>Duración de la relación, años, media (DE)</b>	9,9 (7,5)
<b>Hijos, sí, n (%)</b>	578 (49,4)
<b>Anticonceptivos usados, n (%)</b>	
Ninguno	227 (20,7)
Preservativo masculino	450 (37,6)
Píldora anticonceptiva	256 (20,5)
Coito interrumpido	52 (5,1)
DIU	50 (4,2)
De cobre	27 (2,0)
Hormonal	22 (2,0)
No especificado	1 (0,2)
Vasectomía	41 (4,6)
Anillo vaginal	38 (2,8)
Ligadura de trompas	22 (2,0)
Implante subcutáneo	18 (1,2)
Parche anticonceptivo	7 (0,6)
Inyección intradérmica	5 (0,6)
Otros	3 (0,2)

DE: desviación estándar.

<sup>a</sup> Datos no ponderados excepto para el uso de anticonceptivos.<sup>b</sup> p < 0,05 vs. 23-30 y 31-39 años.

Los síntomas que presentaron mayor intensidad fueron el dolor abdominal o pélvico y el dolor de cabeza (ambos calificados como «muy intensos» por cerca del 21% de las mujeres). El porcentaje de mujeres con dolor abdominal o pélvico, hinchazón abdominal o cansancio/falta de energía «muy intensos» fue significativamente superior en mujeres que consideraban tener SME frente a aquellas con sangrado normal o leve (p < 0,05) (fig. 1).

El 20,1% de las mujeres consideró que la menstruación les limita «bastante o mucho», mientras que el 26,1% consideró que «no les limitaba en absoluto». La proporción de mujeres que consideraban que la menstruación les «limitaba bastante» fue significativamente superior en aquellas que consideraban tener SME (el 23,1% frente al 11,2% en mujeres con sangrado normal o leve; p < 0,05). El 29,1% de las mujeres que consideraban tener SME expresó que la menstruación les limitaba «bastante o mucho» (fig. 2).

De los ámbitos valorados, las relaciones sexuales fueron en el que más mujeres expresaron que les «limitaba bastante o mucho» (68,8%), seguido del deporte (50,3%). La vida familiar fue el ámbito menos afectado (15,7%) (fig. 3). Un porcentaje significativamente superior de mujeres que consideraban tener SME expresaron «bastante o mucha limitación» en todos los ámbitos analizados, excepto la vida familiar (fig. 3).

De las mujeres que consideraban tener SME (n = 373), el 65,7% había consultado al médico por este motivo. Entre las razones para no haberlo hecho en el resto de mujeres (respuesta múltiple), la principal fue «parece normal/siempre ha sido así» (39,7%) seguido de «no le doy importancia/no lo

**Tabla 2** Característica del sangrado menstrual en la población global de mujeres en función de la edad y del tipo de anticoncepción usada (n = 1.169). Datos ponderados

Característica	Ligero	Normal	Excesivo
<b>Población global (n = 1.169)</b>	17,1%	49,6%	32,7%
<b>Grupo de edad</b>			
23-30 años (n = 387)	19,4%	51,7% <sup>a</sup>	28,9%
31-39 años (n = 390)	18,0%	55,6% <sup>a</sup>	26,4%
40-49 años (n = 392)	16,5%	44,2%	39,3% <sup>b</sup>
<b>Tipo de anticoncepción</b>			
Grupo 1 (n = 792)	13,3%	50,2%	36,5% <sup>d</sup>
Grupo 2 (n = 27)	14,1%	49,6%	36,3%
Grupo 3 (n = 22)	20,8%	47,2%	32,0%
Grupo 4 (n = 301)	30,3% <sup>c</sup>	49,0%	20,6%
Grupo 5 (n = 23)	24,5%	41,0%	34,5%

Pregunta: «¿Cómo definirías tu nivel de sangrado durante la menstruación?» (respuesta única: no tengo la menstruación / ligero / normal / excesivo). Se presentan solo los valores correspondientes a las 1.169 mujeres que expresaron tener sangrado menstrual.

Grupo 1: Ningún método, "coito interrumpido", ligadura de trompas, vasectomía de la pareja.

Grupo 2: DIU de cobre

Grupo 3: SIU-LNG

Grupo 4: Anticoncepción hormonal combinada: píldora, parche, anillo

Grupo 5: Implante hormonal y anticoncepción hormonal inyectable

<sup>a</sup> p < 0,05 vs. 40-49 años.

<sup>b</sup> p < 0,05 vs. 23-30 y 31-39 años.

<sup>c</sup> p < 0,05 vs. grupo 1 y grupo 2.

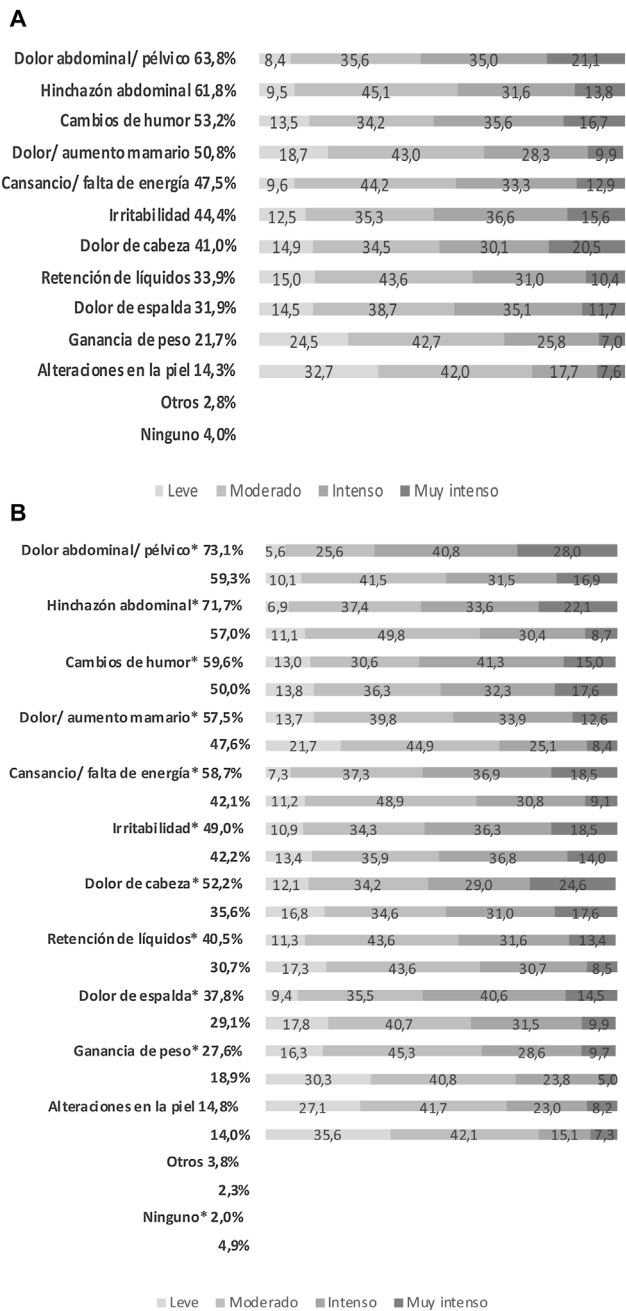
<sup>d</sup> p < 0,05 vs. grupo 4.

veo necesario» (27,2%) y «no lo considero grave» (7,0%). El resto de los motivos no superan el 5% (fig. 4)

El 19,8% (n = 73) de las mujeres que consideraban tener SME seguía algún tipo de tratamiento por este motivo. Los más frecuentes (elegidos de lista cerrada) fueron los antiinflamatorios (42,8%), seguido de la anticoncepción hormonal combinada (41,3%), el ácido tranexámico (23,7%), los gestágenos solos (15,1%) y otros (6,8%).

## Discusión

El resultado de este estudio en una amplia muestra de mujeres españolas en edad fértil muestra que un 30,9% de ellas expresa tener SME, un porcentaje que ascendería al 32,7% si solo se considera a las mujeres que menstrúan. Si se tiene en cuenta el componente de la definición que se refiere a la afectación a las actividades diarias<sup>1,2</sup> («me limita mucho o bastante»: 20,1% en la población global y 29,1% en mujeres que menstrúan), el 6,2% de la población global de mujeres y el 6,4% de las mujeres que menstrúan tendrían SMA. La prevalencia de SME autopercebida aumentó con la edad y se asoció a una mayor frecuencia e intensidad de síntomas menstruales y de impacto en diversos aspectos de su vida. El 65,7% de las mujeres que consideraban tener SME había consultado al médico por ese motivo; el 19,8% seguía algún tratamiento para este.

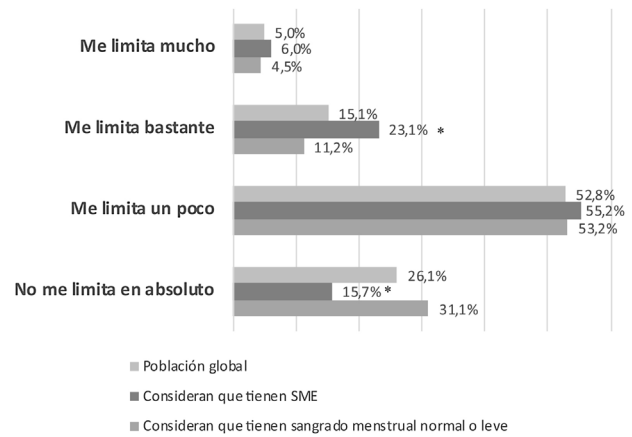


**Figura 1** Porcentaje de mujeres con síntomas de la menstruación y con distintas intensidades de estos en la población global (n = 1.169) (A) y mujeres que consideran tener SME (B) (línea superior; n = 373) vs. mujeres que consideran tener un sangrado menstrual ligero o normal (línea inferior; n = 796). Datos ponderados.

Pregunta: 1. «¿Cuáles son los síntomas que presentas durante la menstruación?» (respuesta múltiple entre lista ofrecida); 2. «¿Cuál es la intensidad con la que se presenta cada síntoma?» (respuesta única: leve/moderado/intenso/muy intenso).

\*p < 0,05 vs. mujeres con sangrado ligero o normal.

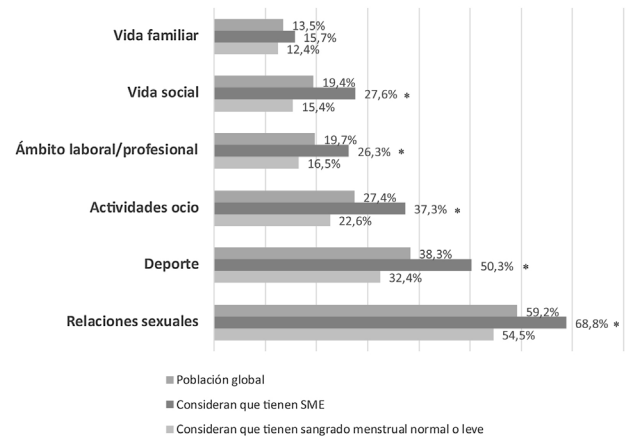
La prevalencia de SME observada en nuestro estudio (30,9% en la población global) está en el rango estimado en mujeres en edad fértil (18-38%)<sup>4,16-19</sup>, aunque la amplitud de este responde fundamentalmente a diferencias en la forma de valorar la cantidad de sangrado (subjetiva u



**Figura 2** Porcentaje de mujeres con limitación del día a día por la menstruación en la población global (n = 1.169) y en función de la presencia de un sangrado menstrual excesivo (subjetivo) o no. Datos ponderados.

Pregunta: «En general, ¿en qué medida consideras que la menstruación limita tu día a día?» (respuesta única: no me limita en absoluto, me limita un poco, me limita bastante, me limita mucho).

\*p < 0,05 vs. mujeres con sangrado ligero o normal.



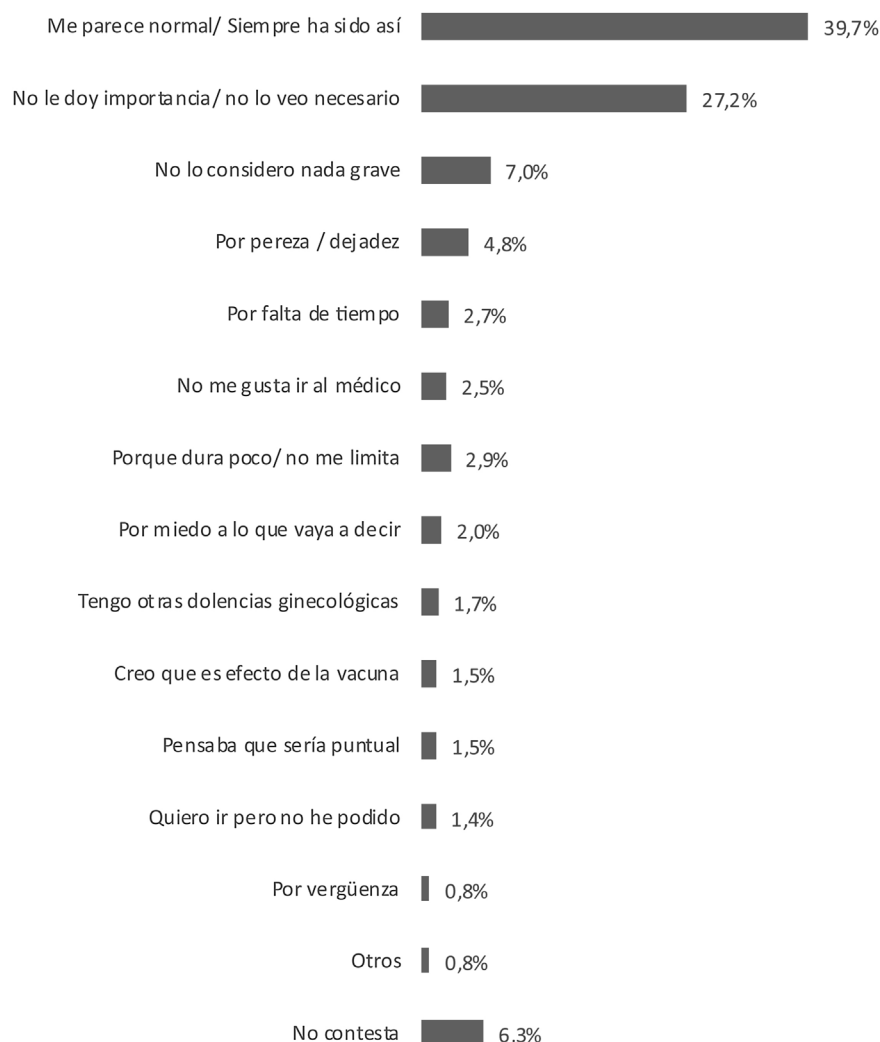
**Figura 3** Porcentaje de mujeres con «bastante o mucha limitación» (en contraposición con «no me limita en absoluto o me limita un poco») de diferentes ámbitos debido a la menstruación en la población global (n = 1.169), en mujeres que consideran tener SME (n = 373) y en mujeres que consideran tener un sangrado menstrual ligero o normal (n = 796). Datos ponderados.

Pregunta: «¿Y en qué medida consideras que la menstruación limita los siguientes aspectos de tu vida: vida familiar, ámbito laboral/profesional, vida social, actividades de ocio, deporte, relaciones sexuales?» (respuesta única: no me limita en absoluto, me limita un poco, me limita bastante, me limita mucho).

\*p < 0,05 vs. mujeres que no consideran que tienen sangrado menstrual excesivo.

objetiva y los métodos usados), de definir el SME y la población estudiada. Los estudios acerca de la prevalencia del SME en nuestro país son escasos. En una encuesta llevada a cabo en 2012 en 5 países europeos, entre los que se encontraba España, la prevalencia de SME en nuestro país fue del 32,9% al preguntar a las mujeres si en los 12 meses anterior-





**Figura 4** Motivos para no acudir al médico por el SME que consideran tener entre aquellas que no lo hicieron (n = 131). Datos ponderados.

Pregunta: 1. En las mujeres que consideraban tener un sangrado menstrual excesivo: «¿Has consultado a tu médico para el sangrado menstrual excesivo?» (sí/no); 2. A las que contestasen negativamente: «¿Por qué motivos no has consultado a tu médico?» (espontáneo, respuesta múltiple).

res habían presentado al menos 2 de los siguientes síntomas: manchar la ropa o las sábanas, tener que cambiar la compresa o el tampón cada 2 h o menos o usar 12 de estos productos sanitarios al día, tener que usar doble protección (tampón y compresa) o presentar grandes coágulos<sup>16</sup>. En última encuesta sobre anticoncepción llevada a cabo en España en 1.800 mujeres de 15-49 años —en la que también se recogió información sobre la menstruación—, el 34,3% de las mujeres manifestó padecer un sangrado menstrual «intenso o muy intenso»<sup>20</sup>, una cifra similar a la observada en nuestro estudio. Sin embargo, la proporción de estas mujeres fue superior en edades de 15-29 años (hasta un 39%), mientras que en nuestro estudio lo fue en mujeres de 40-49 años. Esta diferencia se debe probablemente a que la edad mínima en nuestro estudio fue de 23 años.

La percepción de tener SME se asoció con una mayor frecuencia de síntomas menstruales como la hinchazón abdominal, los cambios de humor, el dolor abdominal o pélvico y el dolor/aumento mamario frente a mujeres con

sangrado normal o leve. La mayor frecuencia e intensidad de estos síntomas pueden explicar en parte la peor calidad de vida informada por las mujeres con SME<sup>14</sup>. Al deterioro de la calidad de vida contribuye también el esfuerzo asociado al manejo del sangrado menstrual y los síntomas asociados a la deficiencia de hierro como son la debilidad, la fatiga, los cambios de humor y el deterioro cognitivo<sup>14,21</sup>.

El porcentaje de mujeres a las que la menstruación limitaba «bastante» en su día a día fue significativamente superior en mujeres que consideraban tener SME frente a aquellas con un sangrado menstrual normal o leve. Todos los ámbitos, excepto la vida familiar, se vieron afectados por un porcentaje mayor de mujeres entre aquellas que consideraban tener SME, especialmente el de las relaciones sexuales. En la encuesta europea comentada anteriormente, el 61,8% de las mujeres con SME expresaron un «impacto negativo mayor», aunque otros ámbitos analizados en nuestro estudio, como la realización de actividades físicas, la productividad en el trabajo o en casa y la vida social tam-

bién, se vieron afectados: el 53,1, el 39,0, el 31,2 y el 22,6% de las mujeres con SME expresaron un «impacto negativo mayor», respectivamente, en estos ámbitos<sup>16</sup>. Estos resultados están en consonancia con los de otros estudios que han evaluado la calidad de vida de la mujer con SME mediante una diversidad de instrumentos<sup>14,22</sup>. Una revisión sistemática de 8 estudios que evaluaron la calidad de vida mediante el cuestionario de salud 36-item Short-Form Health Survey Questionnaire (SF-36) mostró las mujeres con SME presentan peor puntuación en los 8 dominios de este cuestionario y, especialmente, los roles físico y emocional<sup>14</sup>. En la actualidad se carece de una recomendación acerca del mejor método para evaluar la calidad de vida en mujeres con SME<sup>12</sup>.

El 67,5% de las mujeres que consideraban tener SME habían consultado al médico por este motivo. Este hallazgo está en consonancia con el de la encuesta europea comentada anteriormente, en la cual el 65% de las mujeres con al menos 2 síntomas de SME de España (n = 329) había consultado a un médico por este motivo. Este porcentaje fue mayor que en otros países (Francia: 52%, Alemania 55,9%, Países Bajos 39,2%, Suiza 49,6%)<sup>16</sup>. Los motivos expuestos por las 131 mujeres que no consultaron al médico por el SME en nuestro estudio reflejan la falta de sensibilización y comprensión del SMA, lo que lleva a la normalización y aceptación de este trastorno<sup>10,13</sup>. En un estudio llevado a cabo entre mujeres de 18-49 años que acudieron a consultas de ginecología en 153 centros de España por alteraciones del sangrado, por cribado ginecológico y en las que luego se diagnosticó SME o por comorbilidades asociadas al sangrado (cansancio, anemia, etc.), las primeras supusieron el 52%, lo cual indica que un porcentaje similar no lo ha hecho por considerar normal su patrón de sangrado o por no considerarlo un problema<sup>13</sup>.

De las mujeres que consideraban tener SME, el 19,8% expresó seguir un tratamiento para este. Este porcentaje sería del 29,5% entre las mujeres que consultaron al médico. Se desconoce si el bajo porcentaje de mujeres tratadas se debe a que la confirmación de SMA elegible de tratamiento tras la consulta al médico fue reducida. En la encuesta europea, cerca de la mitad de las mujeres con 2 o más síntomas de SME no recibieron un diagnóstico de SME al acudir al médico<sup>16</sup>.

Los resultados de este estudio hay que interpretarlos teniendo en cuenta sus limitaciones. La prevalencia de SME en nuestro estudio se basa en una valoración retrospectiva subjetiva de la mujer, lo que no deja de ser la información en la que se basa el profesional sanitario para hacer el diagnóstico de SME, dada la dificultad de medirlo de forma objetiva. Ambas valoraciones no siempre se correlacionan<sup>13</sup>. El hecho de que la información sobre el sangrado menstrual se recogiera al final de la encuesta, es posible un «efecto cansancio» dado que esta duraba 15 min. Pese a esto, los resultados obtenidos son similares a los obtenidos en estudios similares, lo que apoya la viabilidad de los hallazgos. Como fortaleza, destacar la representatividad de los resultados en lo que respecta a la distribución por edad y distribución por comunidades autónomas nacionales.

## Conclusión

La prevalencia de SME según criterio de la mujer en la muestra de 1.206 mujeres que participaron en el estudio fue del 30,9% (32,7% entre las mujeres que menstrúan). La prevalencia de SMA fue del 6,2 y el 6,4%, respectivamente. El SME se asoció a una mayor frecuencia e intensidad de síntomas menstruales. El porcentaje de mujeres a las que la menstruación les limitaba «bastante o mucho» fue superior en mujeres que consideraba tener SME para todos los ámbitos vitales excepto la vida familiar. Dos de cada 3 mujeres que consideraba tener SME había consultado al médico por ese motivo y el 19,8% seguía algún tratamiento específico.

## Consentimiento del paciente

Las participantes aceptaron participar en el estudio antes de comenzar la encuesta.

## Financiación

El presente trabajo ha sido financiado por Bayer Hispania S. L.

## Conflicto de intereses

Josep Perelló-Capo ha recibido honorarios de Bayer Hispania, MSD, Theramex, Exeltis, Gynea-Kern, Gedeon Richter y Organon por consultoría, participación en comités asesores o impartición de ponencias sin relación con el presente trabajo.

José C. Quílez-Conde ha recibido honorarios de Bayer Hispania y Gedeon Richter por consultoría, participación en comités asesores o impartición de ponencias sin relación con el presente trabajo.

Paloma Lobo-Abascal ha recibido honorarios de Bayer Hispania, Exeltis, Gedeon Richter, Medtronic y Organon por consultoría, participación en comités asesores o impartición de ponencias sin relación con el presente trabajo.

Mercedes Andeyro-García ha recibido honorarios de Bayer Hispania, Gedeon Richter y Hologyc por consultoría, participación en comités asesores o impartición de ponencias sin relación con el presente trabajo.

Ignacio Cristóbal-García ha recibido honorarios de Bayer Hispania, Gedeon Richter, MSD y Organon por consultoría, participación en comités asesores o impartición de ponencias sin relación con el presente trabajo.

José Gutiérrez-Alés ha recibido honorarios de Bayer Hispania, Gedeon Richter, y Organon por consultoría, participación en comités asesores o impartición de ponencias sin relación con el presente trabajo.

Mercedes Herrero-Conde ha recibido honorarios de Bayer Hispania, Gedeon Richter, MSD y Organon por consultoría, participación en comités asesores o impartición de ponencias sin relación con el presente trabajo.

Inmaculada Parra-Ribes ha recibido honorarios de Bayer Hispania, Organon y MSD por consultoría, participación en

comités asesores o impartición de ponencias sin relación con el presente trabajo.

Josep Estadella-Tarriela ha recibido honorarios de Bayer Hispania, Gedeon Richter, Preglem, Medtronic y Hologic por consultoría, participación en comités asesores o impartición de ponencias sin relación con el presente trabajo.

Joan Rius-Tarruella es empleado a tiempo completo de Bayer Hispania S.L.

Joaquim Calaf-Alsina ha recibido honorarios de Bayer Hispania, Gedeon Richter-Preglem y Theramex por consultoría, participación en comités asesores o impartición de ponencias sin relación con el presente trabajo.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a Beatriz Viejo PhD, su asistencia en la redacción del manuscrito. Este servicio fue financiado por Bayer Hispania S. L.

## Bibliografía

1. NICE. Heavy menstrual bleeding: assessment and management 2018 [consultado 30 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/resources/heavy-menstrual-bleeding-assessment-and-management-pdf-1837701412549>.
2. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, Committee tFMD. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;143:393–408, <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12666>.
3. Vilos GA, Lefebvre G, Graves GR. Guidelines for the management of abnormal uterine bleeding. *J Obstet Gynaecol Can*. 2001;106:1–6, [http://dx.doi.org/10.1016/S0849-5831\(16\)31463-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0849-5831(16)31463-X).
4. Kocaoz S, Cirpan R, Degirmencioglu AZ. The prevalence and impacts heavy menstrual bleeding on anemia, fatigue and quality of life in women of reproductive age. *Pak J Med Sci*. 2019;35:365–70, <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.35.2.644>.
5. Karlsson TS, Marions LB, Edlund MG. Heavy menstrual bleeding significantly affects quality of life. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014;93:52–7, <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.12292>.
6. El-Hemaidi I, Gharaibeh A, Shehata H. Menorrhagia and bleeding disorders. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007;19:513–20, <http://dx.doi.org/10.1097/GCO.0b013e3282f1ddbe>.
7. ACOG Committee on adolescent health care. Screening and management of bleeding disorders in adolescents

with heavy menstrual bleeding [consultado 30 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2019/09/screening-and-management-of-bleeding-disorders-in-adolescents-with-heavy-m.pdf>.

8. Perelló J, Rius Tarruella J, Calaf J. Heavy menstrual bleeding and its detection in clinical practice. *Med Clin (English Edition)*. 2021;157:332–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcle.2021.02.009>.
9. Harlow SD, Campbell OM. Epidemiology of menstrual disorders in developing countries: A systematic review. *BJOG*. 2004;111:6–16, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00012.x>.
10. Su S, Yang X, Su Q, Zhao Y. Prevalence and knowledge of heavy menstrual bleeding among gynecology outpatients by scanning a WeChat QR Code. *PLoS One*. 2020;15:e0229123, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0229123>.
11. O'Flynn N. Menstrual symptoms: The importance of social factors in women's experiences. *Br J Gen Pract*. 2006;56:950–7. PMID: PMC1934056.
12. Fernández-Parra J, Álvarez López C, Martínez Morales S. Actualización sobre el sangrado menstrual abundante. *Prog Obstet Ginecol*. 2020;63:68–80.
13. Andeyro García M, Carmona Herrera F, Cancelo Hidalgo MJ, Canals I, Calaf Alsina J. Características sociodemográficas de las mujeres españolas con sangrado menstrual abundante Resultados del Registro nacional de pacientes con sangrado menstrual abundante (Registro SANA). *Prog Obstet Ginecol*. 2015;58:356–62, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2015.03.009>.
14. Liu Z, Doan QV, Blumenthal P, Dubois RW. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and health-care costs and utilization in abnormal uterine bleeding. *Value Health*. 2007;10:183–94, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00168.x>.
15. Instituto Nacional de Estadística 2020 [consultado 30 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=31304>.
16. Fraser IS, Mansour D, Breyman C, Hoffman C, Mezzacasa A, Petraglia F. Prevalence of heavy menstrual bleeding and experiences of affected women in a European patient survey. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;128:196–200.
17. Omani Samani R, Almasi Hashiani A, Razavi M, Vesali S, Rezaei-nejad M, Maroufizadeh S, et al. The prevalence of menstrual disorders in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed*. 2018;16:665–78, 2476–3772.
18. Santos IS, Minten GC, Valle NC, Tuerlinckx GC, Silva AB, Pereira GA, et al. Menstrual bleeding patterns: A community-based cross-sectional study among women aged 18–45 years in Southern Brazil. *BMC Womens Health*. 2011;11:26, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-11-26>.
19. Shapley M, Jordan K, Croft PR. An epidemiological survey of symptoms of menstrual loss in the community. *Br J Gen Pract*. 2004;54:359–63.
20. Sociedad Española de Contracepción. Encuesta de Anticoncepción en España 2022 [consultado 30 Nov 2022]. Disponible en: <http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2022.pdf>.
21. Cohen BJ, Gibor Y. Anemia and menstrual blood loss. *Obstet Gynecol Surv*. 1980;35:597–600.
22. Bitzer J, Serrani L. Women's attitudes towards heavy menstrual bleeding, and their impact on quality of life. *Open Access J Contracept*. 2013;4:21–8, <http://dx.doi.org/10.2147/OAJC.S38993>.