



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Características socio-demográficas de las mujeres españolas con sangrado menstrual abundante. Resultados del Registro nacional de pacientes con sangrado menstrual abundante (Registro SANA)



Mercedes Andeyro García^{a,*}, Francisco Carmona Herrera^b, M. Jesús Cancelo Hidalgo^{c,d}, Ignasi Canals^e y Joaquín Calaf Alsina^f

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital La Zarzuela de Madrid, Madrid, España

^b Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínic, Barcelona, España

^c Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^d Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

^e Departamento Médico, Bayer Hispania, Sant Joan Despí, Barcelona, España

^f Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Recibido el 13 de marzo de 2015; aceptado el 18 de marzo de 2015

Disponible en Internet el 14 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Anticonceptivos orales combinados;
Dispositivo intrauterino de levonorgestrel;
Material sanitario;
Sangrado menstrual abundante;
Valerato de estradiol

Resumen

Objetivo: Describir las características socio-demográficas, de diagnóstico y tratamiento de las pacientes con sangrado menstrual abundante.

Sujetos y métodos: Estudio observacional, transversal, multicéntrico y nacional, en mujeres en edad reproductiva (18-49 años) con sangrado menstrual abundante sin causa orgánica, en la práctica habitual de consultas de ginecología españolas.

Resultados: Se incluyó a 1.039 pacientes, con una media \pm desviación estándar de $37,8 \pm 8,1$ años. Únicamente el 52,1% acudió a la consulta por alteraciones del sangrado; el 48,0% se diagnosticó durante la consulta.

Las pacientes con sangrado habitual anómalo indicaban alteraciones del sangrado relacionadas con la cantidad de forma aislada o concomitante a otras alteraciones (abundante/prolongado/irregular). Solo el 43,7% percibía cambios en el sangrado actual respecto del habitual, fundamentalmente por aumento en la cantidad.

Para el tratamiento del sangrado abundante, se prescribieron anticonceptivos orales combinados (principalmente valerato de estradiol 3-2-1 mg + dienogest 3-2 μ g) (63,3%), dispositivo intrauterino de levonorgestrel (14,3%) y combinaciones de tratamientos (11,9%).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mandeyrog@gmail.com (M. Andeyro García).

KEYWORDS

Combined oral contraceptives;
Levonorgestrel intrauterine system;
Sanitary material;
Heavy menstrual bleeding;
Estradiol valerate

Conclusiones: El sangrado anómalo es prevalente, siendo una prioridad su diagnóstico mediante una evaluación adecuada.

© 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Sociodemographic characteristics of Spanish women with heavy menstrual bleeding. Results of a national registry of patients with heavy menstrual bleeding (SANA Registry)

Abstract

Objective: To describe the socio-demographic, diagnostic and treatment characteristics of patients with heavy menstrual bleeding.

Subjects and methods: An observational, cross-sectional, multicenter, national study was conducted in women of reproductive age (18-49 years) with heavy menstrual bleeding with no organic cause attending routine gynecology consultations in Spain.

Results: This study included 1,039 patients, with a mean age of 37.8 ± 8.1 years. Only 52.1% of the women attended their gynecologist due to bleeding abnormalities and 48.0% were diagnosed during the visit.

Patients with longstanding abnormal bleeding reported alterations in quantity, either alone or concomitant to other abnormalities (heavy/prolonged/irregular bleeding). Only 43.7% perceived changes in current bleeding versus usual bleeding, mainly due to an increased quantity.

The main drugs prescribed for the treatment of heavy bleeding were combined oral contraceptives (mainly estradiol valerate 3-2-1 mg + dienogest 3-2 μ g) (63.3%), levonorgestrel intrauterine system (14.3%), and combined treatments (11.9%).

Conclusions: Abnormal bleeding is prevalent. Diagnosis through appropriate assessment is a priority

© 2015 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las anomalías en la menstruación suponen una causa frecuente de consulta, tanto en atención primaria, como especializada, lo que conlleva un importante consumo de recursos económicos. El impacto sobre el bienestar social, económico y psicológico es uno de los problemas más importantes del período perimenopáusic¹.

De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, el sangrado menstrual abundante (SMA) se define como una pérdida excesiva de sangre menstrual en varios ciclos consecutivos, que interfiere con una normal actividad física, emocional o social o bien, empeora la calidad de vida de la mujer, pudiendo ocurrir solo o asociado a otros síntomas²⁻⁴. El SMA sin causa orgánica equivale al término menorragia.

La definición de SMA se basa en la información subjetiva proporcionada por la propia paciente y en su percepción retrospectiva sobre la cantidad de sangrado. Esta valoración personal de la paciente no siempre se correlaciona con la cantidad real de sangre perdida si esta se mide de forma objetiva. La definición generalmente aceptada de SMA es la de una pérdida sanguínea menstrual de más de 80 ml por ciclo (aproximadamente, el 10% de las mujeres que llegan a este nivel de pérdida presentan también deficiencia de hierro)⁵.

En la práctica clínica existe una imposibilidad para cuantificar de manera objetiva la pérdida menstrual, por lo que el diagnóstico y el tratamiento no está en relación con el volumen

de sangre perdida, sino con la valoración subjetiva de la paciente en combinación con algunos aspectos clínicos⁶. El diagnóstico del SMA se fundamenta en una correcta valoración de la historia clínica, la exploración clínica básica, el estudio de laboratorio, las técnicas de imagen y la histología⁴.

El SMA sin causa orgánica constituye una situación de consulta frecuente en atención primaria y genera un elevado número de derivaciones a las consultas de ginecología⁴. La Organización Mundial de la Salud estima una prevalencia global del 8-27%, sobre la base de estudios con comunicaciones personales⁷.

De hecho, la percepción sobre la normalidad de la menstruación difiere según aspectos socioculturales y étnicos⁸. En España, no se dispone de datos objetivos de prevalencia. Todo hace suponer que el SMA está infradiagnosticado, ya que, en muchos casos, las mujeres con sangrado superior a 80 ml/ciclo pueden considerarlo como una pérdida normal y, en consecuencia, no acudir al médico.

El SMA sin causa orgánica influye de manera importante en la actividad y en la calidad de vida de la mujer que lo presenta, tanto por la anemia que puede asociarse, como por las molestias y la ansiedad derivadas del problema higiénico-sanitario que comporta. Aunque no se asocie a un aumento de la mortalidad, el SMA se considera un problema socio-sanitario, ya que genera un número importante de consultas médicas. Además de la edad (con mayor incidencia en los límites de la época reproductiva como adolescencia y perimenopausia), se han asociado otros factores, como un bajo nivel socio-económico, obesidad o alta paridad⁹.

Además, las mujeres con SMA sin causa orgánica suelen presentar más ansiedad ante la posibilidad de accidentes por manchado de la ropa, elección de la vestimenta, protectores en cama y mobiliario, y necesidad de previsión de material higiénico. En función de su actividad, todo ello puede implicar una limitación social y personal durante la menstruación. En este sentido, se ha comprobado que presentan mayor absentismo laboral que las mujeres con un patrón menstrual normal¹⁰ y peores resultados académicos¹¹.

Hasta la fecha, no se han identificado modificaciones específicas del estilo de vida orientadas a reducir los síntomas del SMA o el impacto de las mismas.

La elección del tratamiento farmacológico constituye la primera línea de actuación. En España, se encuentran registrados con indicación específica para el SMA el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel y un preparado anti-conceptivo oral combinado cuatrifásico con valerato de estradiol y dienogest (VE2-DNG)⁴.

En las situaciones en las que el tratamiento farmacológico esté contraindicado o no sea eficaz, se puede ofrecer el tratamiento quirúrgico, siendo la ablación endometrial y la histerectomía las opciones que han demostrado ser más eficaces⁴.

En la actualidad, sin embargo, existe todavía una falta de homogeneidad en el abordaje y el manejo de esta patología en la práctica clínica habitual. Por este motivo, se ha diseñado el presente estudio (estudio SANA) con el objetivo principal de conocer las características socio-demográficas de las mujeres que acuden a las consultas de ginecología por SMA sin causa orgánica, así como las características del diagnóstico y tratamiento de esta patología. Los objetivos secundarios incluyeron la descripción de los perfiles de manejo clínico (tipo de tratamiento, posología, duración) y diagnóstico en estas mujeres.

Material y métodos

Entre los meses de abril y noviembre del 2013, se realizó un estudio epidemiológico, observacional, de corte transversal, en 153 centros españoles, en mujeres en edad reproductiva (18-49 años) que acudían a la consulta principalmente por cribado ginecológico o por alteración de sangrado, en el contexto de la práctica clínica habitual de las consultas externas de ginecología de todo el territorio nacional. Se excluyó a aquellas mujeres con sangrado abundante con causa orgánica subyacente y a aquellas que presentaban contraindicaciones para el uso de estrógenos, gestágenos, antiinflamatorios no esteroideos y/o ácido tranexámico.

Se recogió la información relativa a las características socio-demográficas de las pacientes a partir de la historia clínica y de un cuaderno de datos diseñado específicamente para evaluar las características del sangrado y el estado de salud, así como datos sobre el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad, que fueron documentados en la base de datos on-line.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SAS[®] versión 9.3 para Windows. Se obtuvieron tablas de frecuencia y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas (media \pm desviación estándar, mediana, los percentiles del 25% y el 75%, y valores extremos).

El protocolo, el formulario de consentimiento informado y el resto de la información para las pacientes fueron revisados y aprobados por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)/Comité de Ética Independiente (CEI) del Hospital Clínic de Barcelona (España) y el estudio se desarrolló de acuerdo con los principios derivados de la Declaración de Helsinki y sus posteriores revisiones.

Resultados

Un total de 1.039 pacientes atendidas en consultas externas de ginecología fueron incluidas en el estudio, con una media de edad \pm desviación estándar de $37,8 \pm 8,1$ años. La mayoría de ellas tenían pareja estable (81,9%) y estudios secundarios o universitarios (82,0%) (tabla 1).

El motivo por el que las pacientes acudieron a la consulta fue principalmente como primera consulta por alteración de sangrado (52,1%). Otros motivos de consulta fueron cribado ginecológico (48,0%) o por comorbilidades asociadas al sangrado (cansancio, anemia, etc.) (9,5%).

El 71,7% de las pacientes utilizaba métodos anticonceptivos, aunque la mayoría de ellas usaba métodos no hormonales (59,6%) (tabla 2).

El 27,3% de las pacientes ya estaba en tratamiento por alteraciones de sangrado en el momento del estudio, de las cuales el 25,7% utilizaba anticonceptivos combinados orales y el 25,4% estaba en tratamiento con ácido tranexámico.

El 56,3% de las pacientes diagnosticadas de SMA indicaron que su sangrado habitual ya era anómalo antes de la visita, y solo el 43,7% de las pacientes describieron cambios en su sangrado actual respecto del habitual (fig. 1).

En las pacientes en que el sangrado habitual ya era anómalo, la característica más frecuente era la cantidad de sangrado. El 72,9% lo calificó como abundante de forma aislada o concomitante con otras alteraciones. El 23,4% indicó anomalía por la duración y el 14,6% por la frecuencia.

Tabla 1 Características socio-demográficas

		Total
<i>Edad (años), n = 1.039</i>	Media (DE)	37,8 (8,1)
<i>IMC (kg/m²), n = 1.031</i>	Media (DE)	23,85 (3,77)
<i>Formación académica, n = 1.038</i>		
Sin estudios	n (%)	13 (1,3)
Primarios	n (%)	174 (16,8)
Secundarios	n (%)	407 (39,2)
Universitarios	n (%)	444 (42,8)
<i>Situación laboral, n = 1.038</i>		
Cuenta propia	n (%)	160 (15,4)
Cuenta ajena	n (%)	529 (51,0)
En el hogar	n (%)	161 (15,5)
En paro	n (%)	117 (11,3)
Estudiante	n (%)	71 (6,8)
<i>Pareja estable, n = 1.038</i>	n (%)	850 (81,9)
<i>Uso de métodos anticonceptivos, n = 1.039</i>		
Métodos hormonales	n (%)	126 (12,1)
Métodos no hormonales	n (%)	619 (59,6)
No uso de método anticonceptivo	n (%)	294 (28,3)

DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal.

Tabla 2 Material sanitario utilizado por ciclo y frecuencia de recambio según la cantidad de sangrado menstrual

		Sangrado abundante	Sangrado normal	Sangrado escaso
<i>Número de tampones o compresas/día, n = 1.007</i>				
< 5	n (%)	35 (4,8)	107 (48,4)	40 (90,9)
De 5 a 10	n (%)	535 (73,1)	110 (49,8)	3 (6,8)
> 10	n (%)	162 (22,1)	4 (1,8)	1 (2,3)
<i>Frecuencia en el recambio en los días de mayor sangrado, n = 932</i>				
< 2 h	n (%)	187 (27,7)	10 (4,8)	2 (4,8)
De 2 a 4 h	n (%)	439 (64,9)	119 (57,2)	8 (19,0)
≥ 4 h	n (%)	50 (7,4)	79 (38,0)	32 (76,2)

Así, las características del sangrado habitual anómalo más frecuentemente descritas fueron el sangrado abundante (38,1%), el sangrado abundante y prolongado (10,6%) y el sangrado abundante e irregular (5,6%) (fig. 2).

No se observaron diferencias en el porcentaje de mujeres que reportaron cambios en la cantidad, la duración y la frecuencia del sangrado actual respecto al habitual (el 31,5, el 33,6 y el 32,9% de las mujeres que describieron cambios respecto a su sangrado habitual, respectivamente) (fig. 3).

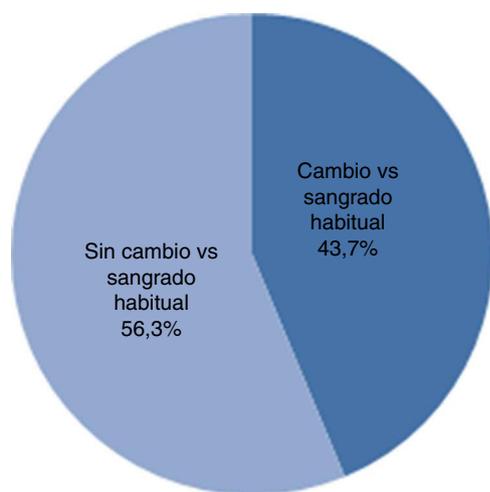
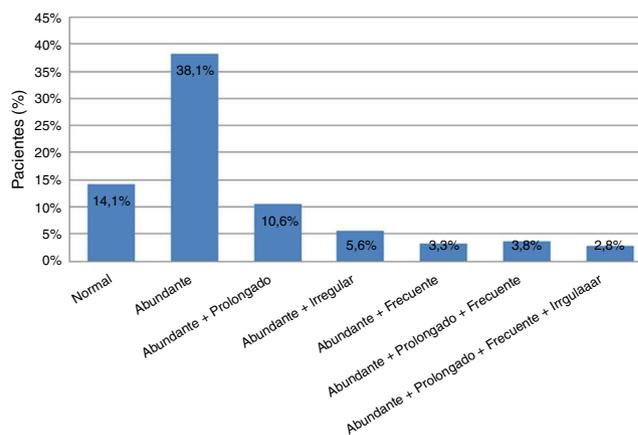
En las pacientes en las cuales el sangrado habitual era normal y fueron diagnosticadas de SMA, el cambio en las características del sangrado en cuanto a cantidad, duración y frecuencia fue del 56,6, el 26,0 y el 15,1%, respectivamente (fig. 3). El tiempo medio de duración de la alteración en el sangrado entre las pacientes que indicaron cambios respecto al sangrado habitual fue de $5,4 \pm 7,0$ ciclos.

La duración media de la menstruación en las mujeres diagnosticadas de SMA fue de $6,4 \pm 1,9$ días, con un intervalo entre menstruaciones de $27,8 \pm 5,2$ días. Las mujeres con sangrado abundante utilizaban un número mayor de tampones o compresas por día (el 73,1% utilizaba de 5 a 10 y un 22,1% más de 10 tampones o compresas), en comparación con las mujeres con sangrado normal (el 48,4% menos de 5; el 49,8% de 5 a 10) y con sangrado escaso (el 90,9% utilizaba menos de 5). De forma similar, en las mujeres con sangrado abundante se observó una mayor frecuencia en el recambio

del material sanitario en los días de mayor sangrado (un 64,9% cada 2-4 h; un 27,7% cada < 2 h), en comparación con las mujeres con sangrado normal y escaso, en que mayores porcentajes de mujeres realizaron el recambio cada 4 h o más (tabla 2).

Para el diagnóstico de SMA, las técnicas más utilizadas fueron la ecografía (97,3%), las determinaciones analíticas (53,8%), la biopsia de endometrio (13,6%), la histeroscopia (5,2%), la resonancia (0,6%) y la tomografía computarizada (0,2%). Las ecografías realizadas determinaron una estructura de línea endometrial homogénea en el 93,2% de las pacientes, con un grosor medio de línea endometrial de $9,5 \pm 4,2$ mm. Las determinaciones analíticas realizadas indicaron una hemoglobina media de $11,46 \pm 1,42$ g/dl, un nivel medio de hierro de $50,7 \pm 25,2$ μ g/dl y una concentración de ferritina de $20,6 \pm 24,4$ ng/ml.

En cuanto al tratamiento prescrito en la visita del estudio para el SMA, al 63,3% de las pacientes se prescribió anti-conceptivos por vía oral combinados, al 14,3% el dispositivo intrauterino de levonorgestrel y al 11,9% una combinación de tratamientos. Entre los anticonceptivos por vía oral combinados prescritos cabe destacar la combinación de valerato de estradiol 3-2-1 mg + dienogest 3-2 μ g, que fue prescrito al 83,6% de las pacientes, con pauta normal en el 95,5% de los casos (1 comprimido/día \times 28 días). No se observaron diferencias en las frecuencias de tratamientos prescritos en la visita del estudio, en función de si la paciente había

**Figura 1** Cambios en el sangrado actual vs. sangrado habitual en pacientes diagnosticadas de sangrado menstrual abundante.**Figura 2** Características del sangrado habitual en mujeres con diagnóstico de sangrado menstrual abundante.

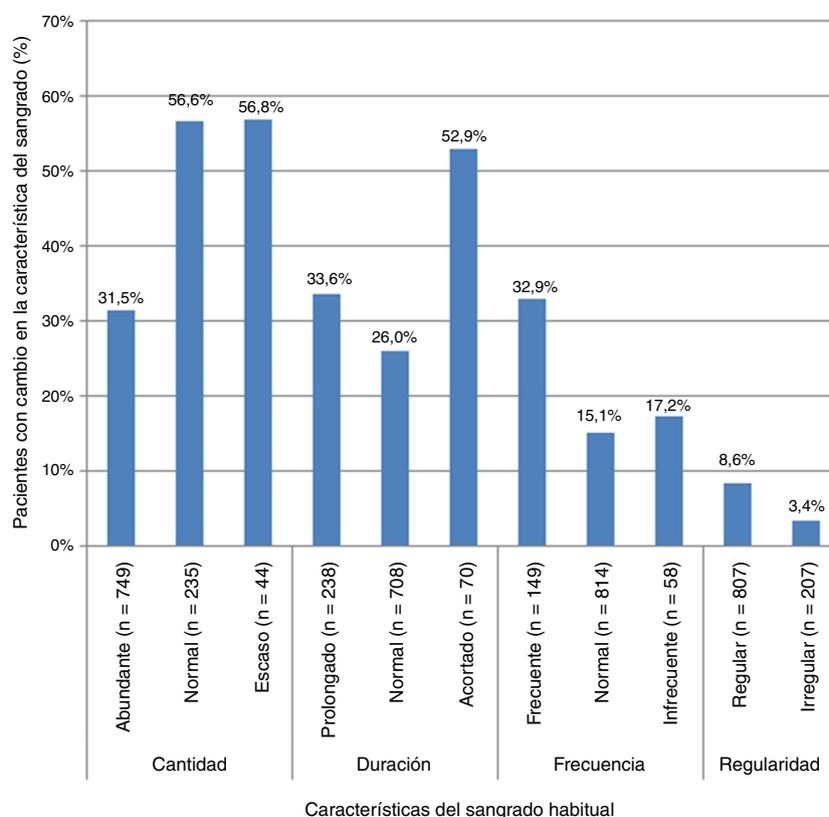


Figura 3 Cambios en las características del sangrado actual frente al habitual en pacientes diagnosticadas de sangrado menstrual abundante.

recibido o no tratamiento previo por alteraciones de sangrado (tabla 3).

Discusión

En los últimos años, se está debatiendo a nivel internacional la necesidad de alcanzar un consenso sobre el uso de una terminología bien definida para describir los límites normales

y el intervalo de anomalías asociadas a los diferentes perfiles del sangrado abundante².

Por este motivo, se ha realizado por primera vez en España el presente estudio observacional, para describir el perfil de las mujeres españolas que acuden a la consulta de ginecología en la práctica clínica habitual.

Los resultados han revelado que el porcentaje de mujeres que acuden a consulta de ginecología por alteración del

Tabla 3 Tratamiento prescrito

		Con tratamiento previo para SMA	Sin tratamiento previo para SMA	Total
<i>Tratamiento prescrito, n = 1.014</i>				
AINE	n (%)		7 (1,0)	7 (0,7)
Anticonceptivos hormonales combinados por vía oral	n (%)	171 (61,1)	471 (64,2)	642 (63,3)
Anticonceptivo hormonal combinado no oral	n (%)		11 (1,5)	11 (1,1)
Combinación de tratamientos	n (%)	43 (15,4)	78 (10,6)	121 (11,9)
Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	n (%)	49 (17,5)	96 (13,1)	145 (14,3)
Gestágenos orales	n (%)	11 (3,9)	33 (4,5)	44 (4,3)
Implante subdérmico etonogestrel	n (%)	1 (0,4)		1 (0,1)
Ácido tranexámico	n (%)		16 (2,2)	16 (1,6)
Otros	n (%)	2 (0,7)	5 (0,7)	7 (0,7)
Procedimiento quirúrgico	n (%)	1 (0,4)	2 (0,3)	3 (0,3)
Ninguno	n (%)	2 (0,7)	15 (2,0)	17 (1,7)

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; SMA: sangrado menstrual abundante.

sangrado por iniciativa propia es elevado en comparación con las consultas por alteración del sangrado derivadas por otro profesional sanitario o por las comorbilidades asociadas al sangrado (cansancio, anemia, etc.). De todos modos, a pesar que la mayoría de las mujeres con SMA tienen alteraciones de su patrón de sangrado habitual, menos de la mitad acuden a la consulta del ginecólogo por iniciativa propia, lo que podría suponer que asumen el SMA como un patrón de sangrado normal.

Los resultados observados han mostrado que el sangrado anómalo es prevalente en las mujeres que acuden a las consultas de ginecología, por lo que es una prioridad el diagnóstico del sangrado anómalo mediante una evaluación adecuada.

La mujer interpreta como normal el sangrado patológico por falta de referentes en lo que es o no el sangrado normal. Esto concuerda con los datos del estudio, que indican que en muchas mujeres el diagnóstico de SMA es un hallazgo casual.

Estos resultados deben ser tenidos en cuenta por los profesionales que atienden mujeres con esta patología, en primer lugar, para identificar patología subyacente y, en segundo lugar, para ayudar a la mujer a distinguir lo que es sangrado normal o anómalo. La actitud proactiva de los profesionales sanitarios para identificar la patología mejoraría el impacto en la calidad de vida de muchas mujeres con SMA, percibido o no por ellas. En este sentido, es importante que el profesional sanitario pueda aportar información útil a la mujer que acude a sus consultas para facilitar la identificación de un sangrado abundante, así como sus posibles consecuencias en su salud y calidad de vida⁷.

Los resultados obtenidos han demostrado que la mayoría de las mujeres presentaban un sangrado habitual abundante en cantidad, con una duración normal y frecuencia regular. Estos resultados indican que en la identificación de perfiles anómalos de sangrado, la cantidad debe ser una de las características principales a tener en cuenta, tal y como se ha descrito previamente^{5-7,9}.

En este sentido, por primera vez en España, se ha evaluado el número de tampones o compresas/día utilizadas y la frecuencia en el recambio en los días de mayor sangrado. Los resultados obtenidos han mostrado que las mujeres con sangrado abundante utilizan un número mayor de material sanitario en comparación con las mujeres con sangrado normal o escaso.

En un estudio transversal realizado en Brasil en 865 mujeres, el sangrado abundante, presente en el 35,3% de las mujeres, se asoció a mujeres mayores, con menor educación y mayor peso, con mayor número de embarazos, períodos menstruales más prolongados, sangrado extramenstrual y coágulos en el flujo menstrual. El uso de métodos anticonceptivos fue protector frente a menstruaciones abundantes⁹. En este estudio, se determinó que el peso medio del material sanitario utilizado en el día de mayor sangrado fue de 152,7 g en mujeres con sangrado abundante, de 120,4 g en mujeres con sangrado normal y de 102,6 g en mujeres con sangrado escaso, lo que equivalía a una media de 4,2, 3,3 y 2,8 unidades por día⁹.

En nuestro estudio, el número de unidades de tampones o compresas utilizadas por día ha sido mayor en los 3 grupos de mujeres (principalmente de 5 a 10 o > 10 en mujeres con sangrado abundante, de 5 a 10 o < 5 en mujeres con sangrado

normal y < 5 en mujeres con sangrado escaso), probablemente debido a diferencias culturales y socio-económicas y por la forma diferente en que se ha recogido esta información⁹.

En otro estudio realizado en mujeres jóvenes, la pérdida de sangre menstrual, calculada a partir del número de compresas y tampones utilizados, se asoció a disminuciones significativas en los niveles de ferritina y en el recuento de plaquetas, mientras que la relación con otros parámetros hematológicos y bioquímicos no fue significativa¹².

De cualquier forma, la correlación observada en nuestro estudio entre el tipo de sangrado y el número de material sanitario/frecuencia en el recambio justifica su uso como herramienta diagnóstica en la práctica clínica habitual de las consultas de ginecología. Estos parámetros podrán de ser de utilidad para identificar las características de sangrado de las mujeres e identificar aquellas con sangrando abundante, para ser tratadas y evitar así las comorbilidades asociadas y el empeoramiento de la calidad de vida que se asocia normalmente a esta condición^{13,14}.

Un aspecto importante que es necesario abordar es el tratamiento más adecuado para cada mujer, en que es preciso considerar los deseos reproductivos y la existencia de comorbilidades que pudieran desaconsejar alguno de los tratamientos. Esta elección ha de tener en consideración las preferencias de la paciente una vez que haya sido adecuadamente informada de las diferentes opciones, sus ventajas y posibles efectos adversos, su estado de salud y la disponibilidad de las diversas opciones^{15,16}. En este sentido, se ha observado una mejora importante en la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres que utilizaban el dispositivo intrauterino de levonorgestrel, en comparación con tratamientos convencionales^{16,17}.

Más estudios son necesarios, sin embargo, para confirmar estos resultados en una población mayor de mujeres, así como para evaluar qué tratamiento hormonal y técnica diagnóstica son los más adecuados para el sangrado abundante, utilizando el número de material sanitario y frecuencia de recambio como marcadores a lo largo del tiempo.

En conjunto, los resultados obtenidos en el presente estudio han permitido demostrar una alta prevalencia de sangrado anómalo en las mujeres españolas que acuden a las consultas de ginecología, percibida por la paciente o no, por lo que es necesaria una actitud proactiva del ginecólogo para promover su detección.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

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.

Financiación

El estudio ha sido promovido por Bayer Hispania, SA (Sant Joan Despí, Barcelona, España).

Conflicto de intereses

Los autores Dr. Andeyro, Dr. Carmona, Dr. Cancelo y Dr. Calaf declaran no tener ningún conflicto de intereses. El Dr. Canals es empleado de Bayer Hispania, S.L.

Bibliografía

- Bongers M, Molb B, Bröلمان H. Current treatment of dysfunctional uterine bleeding. *Maturitas*. 2004;47:159–74.
- 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;29:383–90.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of menorrhagia in secondary care. National Evidence Based Clinical Guideline No 5. London: RCOG; 1999.
- Sangrado Menstrual Abundante (SMA). Documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Prog Obstet Ginecol*. 2013;56:535–46.
- Mohan S, Page L. Diagnosis of abnormal uterine bleeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007;21:891–903.
- Warner PE, Critchley HO, Lumsden MA, Campbell-Brown M, Douglas A, Murray GD. Menorrhagia I: Measured blood loss, clinical features, and outcome in women with heavy periods: A survey with follow-up data. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:1216–23.
- Harlow SD, Campbell OMR. Epidemiology of menstrual disorders in developing countries: A systematic review. *BJOG*. 2004;111:6–16.
- 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.
- 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.
- Côté I, Jacobs P, Cumming D. Work loss associated with increased menstrual loss in the United States. *Obstet Gynecol*. 2002;100:683–7.
- Karout N, Hawaii SM, Altuwaijri S. Prevalence and pattern of menstrual disorders among Lebanese nursing students. *East Mediterr Health J*. 2012;18:346–52.
- Toxqui L, Pérez-Granados AM, Blanco-Rojo R, Wright I, Vaquero MP. A simple and feasible questionnaire to estimate menstrual blood loss: Relationship with hematological and gynecological parameters in young women. *BMC Womens Health*. 2014;14:71.
- Taipale K, Leminen A, Räsänen P, Heikkilä A, Tapper AM, Sintonen H, et al. Costs and health-related quality of life effects of hysterectomy in patients with benign uterine disorders. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88:1402–10.
- Zalfani J, Frøslev T, Olsen M, Ben Ghezala I, Gammelager H, Arendt JF, et al. Positive predictive value of the International Classification of Diseases, 10th edition diagnosis codes for anemia caused by bleeding in the Danish National Registry of Patients. *Clin Epidemiol*. 2012;4:327–31.
- Lete I, del Carme Cuesta M, Marín JM, Martínez M, Bermejo A, Arina R. Acceptability of the levonorgestrel intrauterine system in the long-term treatment of heavy menstrual bleeding: how many women choose to use a second device? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;154:67–70.
- Xu L, Lee BS, Asif S, Kraemer P, Inki P. Satisfaction and health-related quality of life in women with heavy menstrual bleeding; results from a non-interventional trial of the levonorgestrel-releasing intrauterine system or conventional medical therapy. *Int J Womens Health*. 2014;6:547–54.
- Heliövaara-Peippo S, Hurskainen R, Teperi J, Aalto AM, Grénman S, Halmesmäki K, et al. Quality of life and costs of levonorgestrel-releasing intrauterine system or hysterectomy in the treatment of menorrhagia: A 10-year randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209:535.