



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES CON SANGRADO UTERINO ANORMAL MEDIANTE BIOPSIA DIRIGIDA POR HISTEROSCOPIA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER DE MARZO A AGOSTO DEL 2025

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de

ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

MED. GRAL. LESLIE IBÁÑEZ ALVARADO

Dirigido por:

MED. ESP. FABIAN HILARIO MENDOZA PEDRAZA

Querétaro, Qro. a 28 de Agosto del 2026

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina

**HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES CON SANGRADO UTERINO
ANORMAL MEDIANTE BIOPSIA DIRIGIDA POR HISTEROSCOPIA EN EL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER DE MARZO A AGOSTO
DEL 2025**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

MED. GRAL. LESLIE IBAÑEZ ALVARADO

Dirigido por:

MED. ESP. FABIAN HILARIO MENDOZA PEDRAZA

DR. FABIAN HILARIO MENDOZA PEDRAZA
Presidente

MED. ESP. GUSTAVO CHÁVEZ GÓMEZ
Secretario

MED. ESP. HUGO ALBERTO CHÁVEZ VEGA
Vocal

DR. GENARO VEGA MALAGÓN
Suplente

DR. JAVIER ÁVILA MORALES
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Agosto 2026
México.

RESUMEN

Introducción: El sangrado uterino anormal constituye una de las principales causas de consulta ginecológica y puede asociarse con alteraciones estructurales, funcionales, hormonales o endometriales. Su adecuada evaluación permite identificar lesiones intracavitarias, cambios proliferativos del endometrio y patologías que requieren seguimiento o tratamiento oportuno. La histeroscopia con biopsia dirigida representa una herramienta diagnóstica útil, ya que permite la visualización directa de la cavidad uterina y la obtención de tejido de áreas específicas para su análisis histopatológico.

Objetivo: Describir los hallazgos histopatológicos en pacientes con sangrado uterino anormal atendidas en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer Dr. Felipe Núñez Lara mediante biopsia dirigida por histeroscopia, de marzo a agosto de 2025. **Material y métodos:** Se realizó un estudio ambispectivo y observacional en pacientes de 15 a 65 años con diagnóstico de sangrado uterino anormal, sometidas a histeroscopia con toma de biopsia dirigida. La información se obtuvo de expedientes clínicos y formatos de recolección de datos. Las variables analizadas incluyeron edad, grupo etario, ocupación, escolaridad, hallazgos histeroscópicos, hallazgos histopatológicos y comorbilidades. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Resultados: Se analizaron 36 pacientes. La edad promedio fue de 44.2 años, con una edad mínima de 23 años y máxima de 59 años. El grupo etario más frecuente fue el de 40 a 49 años, con 21 pacientes, equivalente al 58.33% de la muestra. El hallazgo histopatológico predominante fue hiperplasia sin atipia, presente en 10 pacientes, seguido de ausencia de alteraciones histopatológicas y pólipo endometrial o cervical. En la evaluación histeroscópica, la cavidad normal fue el hallazgo más frecuente, seguida de pólipo, endometrio engrosado o irregular y mioma submucoso. Entre las comorbilidades registradas, destacaron hipertensión arterial, diabetes tipo 2, resistencia a la insulina, obesidad e hipotiroidismo.

Conclusiones: La histeroscopia con biopsia dirigida permitió integrar los hallazgos visuales e histopatológicos en pacientes con sangrado uterino anormal, favoreciendo una

caracterización diagnóstica más precisa. Los resultados muestran mayor frecuencia de presentación en pacientes de 40 a 49 años y predominio de hiperplasia sin atipia como hallazgo histopatológico, lo que resalta la importancia de una evaluación endometrial dirigida, especialmente en mujeres perimenopáusicas o con factores clínicos asociados.

Palabras clave: sangrado uterino anormal, biopsia dirigida, histeroscopia, histopatología, hiperplasia endometrial.

SUMMARY

Introduction: Abnormal uterine bleeding is one of the most common reasons for gynecological consultation and may be associated with structural, functional, hormonal or endometrial disorders. An adequate diagnostic approach is essential to identify intracavitary lesions, proliferative endometrial changes and conditions that require timely follow-up or treatment. Hysteroscopy with directed biopsy is a useful diagnostic tool because it allows direct visualization of the uterine cavity and targeted tissue sampling for histopathological analysis.

Objective: To describe the histopathological findings in patients with abnormal uterine bleeding treated at Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer Dr. Felipe Núñez Lara through hysteroscopy-directed biopsy from March to August 2025. **Materials and methods:** An ambispective, observational study was conducted in patients aged 15 to 65 years with abnormal uterine bleeding who underwent hysteroscopy and directed biopsy. Data were obtained from medical records and data collection forms. The analyzed variables included age, age group, occupation, educational level, hysteroscopic findings, histopathological findings and comorbidities. Descriptive statistics were used, including frequencies, percentages and measures of central tendency.

Results: Thirty-six patients were analyzed. The mean age was 44.2 years, with a minimum age of 23 years and a maximum age of 59 years. The most frequent age group was 40 to 49 years, representing 58.33% of the sample. The main histopathological finding was hyperplasia without atypia, followed by absence of histopathological abnormalities and endometrial or cervical polyp. The most frequent hysteroscopic finding was a normal uterine cavity, followed by polyp, thickened or irregular endometrium and submucosal myoma. The most common recorded comorbidities included arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus, insulin resistance, obesity and hypothyroidism.

Conclusions: Hysteroscopy with directed biopsy allowed the integration of visual and histopathological findings in patients with abnormal uterine bleeding, supporting a more accurate diagnostic characterization. The results showed a higher frequency of abnormal uterine bleeding in patients aged 40 to 49 years and a predominance of hyperplasia without

atypia as the main histopathological finding, highlighting the importance of targeted endometrial evaluation, especially in perimenopausal women or patients with associated clinical risk factors.

Key words: abnormal uterine bleeding, directed biopsy, hysteroscopy, histopathology, endometrial hyperplasia.

DEDICATORIAS

A mi niña interior que un día soñó con ser doctora y en ese largo camino surgió un nuevo deseo de convertirse en ginecóloga. Gracias por no rendirte a pesar de todo, por la resiliencia y por ir paso a paso hasta lograrlo.

Gracias T & C por seguir iluminando mi camino.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá y papá por su esfuerzo incansable para permitir cumplir mis metas, por sus consejos y palabras de aliento, a mi esposo por sostenerme en cada paso y alentarme a ser la mejor y soñar en grande, a mi hermano por el apoyo y motivación a seguir, así como al resto de mi familia y amigos que llevo en mi corazón, que me dieron palabras de aliento o una simple sonrisa para continuar.

A todos los maestros y doctores que pusieron su confianza en mí al permitirme aprender desde su experiencia y conocimiento.

ÍNDICE

RESUMEN	3
SUMMARY	5
DEDICATORIAS.....	7
AGRADECIMIENTOS.....	7
ÍNDICE.....	8
ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS	10
ABREVIATURAS Y SIGLAS	11
I. INTRODUCCIÓN	12
II. ANTECEDENTES	13
II.I Definición y clasificación.....	13
II.II Epidemiología	13
II.III Cuadro clínico.....	13
II.IV Diagnóstico	13
II.V Histopatología.....	14
II.VI Histeroscopia	15
II.VII Factores de riesgo.....	15
II.VIII Tratamiento	16
III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	17
IV. HIPOTESIS	18
V. OBJETIVOS	18
V.I Objetivo general	18
V.II Objetivos específicos	19
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	20
VI.I Tipo de investigación.....	20
VI.II Población o unidad de análisis	20
VI.III Muestra y tipo de muestra	20
VI.IV Criterios de selección.....	20
VI.V Variables estudiadas	21
VI.VI Técnicas e instrumentos	21
VI.VII Procedimiento	21
VI.VIII Análisis estadístico	22
VI.IX Consideraciones éticas	22
VII. RESULTADOS.....	23
VII.I Características de la población	23
VII.II Ocupación y escolaridad	24
VII.III Hallazgos histopatológicos	25
VII.IV Hallazgos histeroscópicos.....	27
VII.V Comorbilidades	29
VII.VI Relación entre hallazgos histopatológicos e histeroscópicos	30
VIII. DISCUSIÓN	32
IX. CONCLUSIONES	33
X. PROPUESTAS	35
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	36
XII. ANEXOS	40

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

Elemento	Descripción	Página
Tabla 1	Resumen descriptivo de edad.	23
Tabla 2	Distribución por grupo etario.	24
Figura 1	Distribución de pacientes por grupo etario.	24
Tabla 3	Distribución por ocupación.	24
Tabla 4	Distribución por escolaridad.	24
Tabla 5	Hallazgos histopatológicos.	26
Figura 2	Frecuencia de hallazgos histopatológicos.	26
Tabla 6	Hallazgos histeroscópicos generales.	28
Figura 3	Hallazgos histeroscópicos generales.	28
Tabla 7	Hallazgos histeroscópicos según grupo etario.	28
Tabla 8	Comorbilidades asociadas.	29
Figura 4	Comorbilidades asociadas.	29
Tabla 9	Comorbilidades por grupo etario.	29

ABREVIATURAS Y SIGLAS

SUA	Sangrado uterino anormal
CE	Cáncer de endometrio
GnRH	Hormona liberadora de gonadotropinas
PIE	Prueba inmunológica de embarazo

I. INTRODUCCIÓN

El sangrado uterino anormal (SUA) se define como una alteración en el ciclo menstrual normal de la mujer, produciendo cambios en el volumen y frecuencia del sangrado (Chacón Campos et al., 2022). Afecta a todas las edades y es el motivo más frecuente de consulta en ginecología, sin embargo, hay mayor incidencia de acuerdo a diferentes estudios en rangos de 40 a 45 años (Chacón Campos et al., 2022). Puede presentarse en forma de hemorragia en mujeres en etapa reproductiva donde debe descartarse la posibilidad de embarazo, o de metrorragia en mujeres en transición a la menopausia o postmenopausia donde lo principal a descartar es la presencia de neoplasia en particular el cáncer de endometrio. La mayoría de las mujeres afectadas presentan asociado algún tipo de desorden ginecológico como miomatosis, enfermedad poliquística del ovario, endometriosis, entre otros. El diagnóstico y tratamiento del SUA se basa en el resultado de la historia clínica, exploración ginecológica y paraclínicos.

Esta enfermedad tiene repercusión en el estado de salud de la mujer que afecta la calidad de vida, se ha visto que influye en el ámbito familiar, social y laboral, lo cual presenta impacto para lograr un bienestar psicológico, físico y social. Por lo anterior es importante conocer la causa para lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Dada la heterogeneidad que implica la patología, buscar reconocer una sola causa es poco probable, sin embargo, si pueden describirse factores predisponentes ya estudiados, como son la hipertensión arterial donde se presenta alteración en los mecanismos apoptóticos celulares favoreciendo crecimiento celular; en la diabetes tipo 2 donde el aumento de IGF-1 en estados de hiperinsulinemia condiciona crecimiento y alteración celular; la obesidad dado al hiperestrogenismo se estimulan los receptores endometriales y favorece el crecimiento. Se hace énfasis de igual forma en uso de medicamentos como tamoxifeno ya que por su mecanismo como modulador selectivo de receptores de estrógeno puede generar cambios en el endometrio; el uso de terapia hormonal combinada se debe investigar el tipo, la dosis y la duración del tratamiento para relacionarlo como posible causa de SUA (Gudiña et al., 2020).

Para determinar la causa se debe realizar una historia clínica completa con una evaluación multifocal.

II. ANTECEDENTES

II.I Definición y clasificación

La menstruación se conoce como un sangrado de forma cíclica que se presenta al tener madurez sexual, donde la capa funcional conocida como endometrio se elimina gracias a una disminución del estímulo hormonal, tiene como característica una periodicidad de 28 +/- 7 días con una duración de 5 +/- 2 días (Franco Domínguez, 2012). Conociendo lo anterior se identifica como SUA cualquier sangrado que se encuentre fuera de dichas características y puede variar el diagnóstico según la edad de presentación.

II.II Epidemiología

El SUA se presenta en cualquier etapa de la vida sin embargo es común encontrarse en edad reproductiva y posmenopáusica, se estima a nivel mundial un aproximado de 10 millones de mujeres lo padecen y solo 6.5 millones son tratadas cada año. (Dera Campos, 2024). Se encuentra una distribución en el SUA de 50% de las pacientes siendo mayores de 45 años, el 30% entre 20 y 44 años, 19% en menores de 20 años. (Franco Domínguez, 2012)

II.III Cuadro clínico

En las características que se reportan en el SUA, se ve afectado el patrón que se presenta de manera mensual en cada ciclo. Las hemorragias de origen orgánico se observan hemorragias irregulares que no tienen relación con la menstruación, manchados postcoitales, dispareunia, dolor pélvico e inestabilidad hemodinámica por anemia en casos más severos, que pueden relacionarse con fatiga o la imposibilidad de realizar actividades rutinarias (Aragón, 2005).

II.IV Diagnóstico

En los protocolos diagnósticos del SUA, se hace indispensable descartar patologías endometriales subyacentes, tales como pólipos endometriales, hiperplasia endometrial, atrofia y cáncer de endometrio (CE), presentes hasta en un 13% de los casos (Whitaker & Critchley, 2016). Aunado a lo anterior, es necesario individualizar el tratamiento en esta patología, para cada paciente, dependiendo de su estadio reproductivo y antecedentes médicos.

Se debe enfocar a una evaluación sistemática que permita descartar las causas variadas que pueden presentar el SUA, teniendo en consideración la edad, la prevalencia de factores que puedan estar relacionados con el ciclo menstrual. Por lo que una historia clínica con cuestionamiento dirigido de las características del sangrado como la aparición, frecuencia y cantidad, así como exploración física, descarte de posibilidad de embarazo y análisis diversos como ultrasonido, histeroscopia y biopsia permiten abarcar la gran mayoría de las causas de SUA (Grajales et al., 2016; Aragón, 2005).

El ultrasonido endovaginal es una herramienta diagnóstica de primer nivel en pacientes con SUA al evidenciar aumento del grosor endometrial, fascículos anormales, alteraciones miomatosas que alteran el patrón eco del endometrio y presencia de focos anecogénicos sugestivos de pólipos o hiperplasias, tiene un valor predictivo positivo de un 75% (Chacón Campos et al., 2022). Sin embargo, no permite visualizar lesiones pequeñas, por lo que el diagnóstico definitivo requiere de histeroscopia con biopsia dirigida.

II.V Histopatología

El estudio histológico del tejido endometrial permite diferenciar entidades separadas, llegar a un diagnóstico específico como origen del patrón de sangrado, así como descartar patologías asociadas como la hiperplasia o lesiones precursoras del CE, pólipo, entre otros (Grajales et al., 2016). Con el advenimiento de las pruebas de imagen modernas y accesibles, el papel de los estudios endometriales ha sido discutido ampliamente en ginecología, pues agregar un procedimiento endometrial requiere inversión de recursos.

El estudio histopatológico es determinante del diagnóstico etiológico, pero el valor diagnóstico del legrado en mujeres con SUA es limitado, ya que no detecta lesiones intra o submucosas y tiene alta tasa de falsos negativos para adenomiosis y miomatosis en mujeres con predominio de sangrado intermenstrual o sin patología del endometrio, esto atribuye sensibilidad del 73,3% y especificidad del 90,2% (Gudiña et al., 2020). A comparación de una biopsia dirigida por histeroscopia, donde se logra tener una mejor muestra.

II.VI Histeroscopia

La histeroscopia diagnóstica es el estudio de elección para evaluar la cavidad uterina ya que los exámenes por imágenes tienen muy poca sensibilidad para detectar pólipos endometriales menores a 1,0 cm y mayor sensibilidad para detectar lesiones hiperplásicas endometriales en pacientes con estudio ultrasonográfico de sospecha (De la Cruz Mitac et al., 2019; Grajales et al., 2016). Al ser una técnica ambulatoria, con anestesia paracervical, sin necesidad de ayudantes y con mínimas complicaciones no deseadas, se ha convertido en el "gold estándar" para el diagnóstico de lesiones dentro de la cavidad uterina (De la Cruz Mitac et al., 2019). Existen diversos trabajos que comparan la histeroscopia con el estudio ultrasonográfico, describiendo diversos hallazgos patológicos que son detectados solo con histeroscopia hasta en un 59% de las pacientes con estudio ultrasonográfico normal (Gudiña et al., 2020), por lo cual algo es incuestionable: la histeroscopia mejora la detección de las lesiones, teniendo como ventaja principal la identificación de lesiones intracavitarias como miomas o pólipos que pueden pasar infradiagnosticados con el ultrasonido o muestras endometriales no dirigidas (Grajales et al., 2016).

II.VII Factores de riesgo

El sangrado uterino anormal puede relacionarse con múltiples factores de riesgo, los cuales varían de acuerdo con la edad, el estado reproductivo y los antecedentes clínicos de cada paciente. Entre los factores más relevantes se encuentran las alteraciones metabólicas, como obesidad, diabetes mellitus tipo 2, resistencia a la insulina e hipertensión arterial, debido a su asociación con cambios hormonales, inflamatorios y proliferativos que pueden influir sobre el endometrio (Gudiña, 2020; Whitaker, 2016). La obesidad, en particular, favorece un estado

de hiperestrogenismo relativo secundario a la aromatización periférica de andrógenos en el tejido adiposo, lo que puede estimular el crecimiento endometrial y contribuir al desarrollo de hiperplasia (Gudiña, 2020).

La diabetes mellitus tipo 2 y la resistencia a la insulina también se han vinculado con alteraciones endometriales, ya que la hiperinsulinemia puede favorecer mecanismos proliferativos celulares y modificar la respuesta del tejido endometrial (Gudiña, 2020). De igual manera, la hipertensión arterial se ha descrito como una comorbilidad frecuente en pacientes con patología endometrial, especialmente en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas (Whitaker, 2016). Aunque estas condiciones no explican por sí solas todos los casos de sangrado uterino anormal, su presencia obliga a realizar una valoración clínica más cuidadosa.

Otros factores que deben considerarse incluyen la edad mayor de 40 años, los ciclos anovulatorios, la nuliparidad, el antecedente de síndrome de ovario poliquístico, el uso de terapia hormonal, el empleo de tamoxifeno y los antecedentes familiares o personales de patología endometrial (Chacón, 2022; Whitaker, 2016). Por ello, el abordaje del sangrado uterino anormal debe incluir una evaluación individualizada de los factores de riesgo, con el fin de determinar la necesidad de estudios complementarios como ultrasonido transvaginal, histeroscopia o biopsia endometrial (Grajales, 2016; Chacón, 2022).

II.VIII Tratamiento

Al presentarse diversas causas de SUA, la variedad de tratamientos que existen para dicho padecimiento no se basa en un consenso mundial, sin embargo el objetivo de descubrir la causa del mismo es lo que lleva a realizar diversas pruebas, análisis y estudios que permitan dar a la paciente una mejor calidad de vida. Existe evidencia del empleo de agonistas o antagonistas de GnRH influyendo en la producción de hormonas sexuales, generando una atrofia endometrial reversible, así como disminución del tamaño y lo más importante disminuyendo la cantidad de sangrado (Ewenstein, 1996); otra opción la resección mediante vía histeroscópica que ha presentado resultados satisfactorios ya que permite en el momento del diagnóstico, resolver la causa del SUA.

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El sangrado uterino anormal representa una manifestación clínica de origen multifactorial que puede estar relacionada con alteraciones estructurales de la cavidad uterina, trastornos ovulatorios, enfermedades endometriales, coagulopatías, causas iatrogénicas o entidades aún no clasificadas. Su estudio requiere un abordaje sistemático que permita diferenciar entre causas benignas, lesiones precursoras y patologías malignas, especialmente en pacientes con factores de riesgo o en etapas de transición hormonal (Chacón, 2022; Whitaker, 2016).

La clasificación PALM-COEIN propuesta por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia permite organizar las causas del sangrado uterino anormal en dos grandes grupos: causas estructurales y no estructurales. Dentro de las causas estructurales se incluyen pólipos, adenomiosis, leiomiomas, malignidad e hiperplasia; mientras que las causas no estructurales comprenden coagulopatías, disfunción ovulatoria, alteraciones endometriales, causas iatrogénicas y causas no clasificadas. Esta clasificación facilita la orientación diagnóstica y permite seleccionar los estudios más adecuados para cada paciente (Munro, 2011).

La histeroscopia constituye una herramienta fundamental dentro de la evaluación del sangrado uterino anormal, ya que permite observar de forma directa la cavidad uterina e identificar lesiones focales como pólipos, miomas submucosos, sinequias, áreas de endometrio engrosado o irregular y otros cambios intracavitarios. Su utilidad aumenta cuando se complementa con biopsia dirigida, debido a que la toma de muestra se realiza sobre áreas específicas de sospecha, lo que mejora la capacidad diagnóstica frente a métodos no dirigidos (De la Cruz, 2019; Grajales, 2016).

El análisis histopatológico continúa siendo un elemento clave para confirmar el diagnóstico, diferenciar entidades benignas de lesiones premalignas o malignas y establecer la conducta terapéutica posterior. En pacientes con sangrado uterino anormal, especialmente mayores de 40 años o con comorbilidades metabólicas, la correlación entre los hallazgos clínicos,

histeroscópicos e histopatológicos permite una valoración más completa y favorece una atención médica oportuna (Gudiña, 2020; Whitaker, 2016).

IV. HIPOTESIS

Debido a que el presente estudio es de tipo ambispectivo, observacional y descriptivo, no se plantea una hipótesis de causalidad o asociación estadística. En su lugar, se establecen supuestos de investigación orientados a describir el comportamiento clínico, histeroscópico e histopatológico de las pacientes con sangrado uterino anormal atendidas en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer Dr. Felipe Núñez Lara durante el periodo de marzo a agosto de 2025.

Se supone que los hallazgos histopatológicos obtenidos mediante biopsia dirigida por histeroscopia permiten caracterizar de manera más precisa las alteraciones endometriales presentes en pacientes con sangrado uterino anormal. Asimismo, se considera que la integración de los hallazgos histeroscópicos con el resultado histopatológico aporta información complementaria para el abordaje diagnóstico, especialmente en mujeres mayores de 40 años o con comorbilidades metabólicas asociadas.

También se supone que, dentro de la población estudiada, los hallazgos histopatológicos benignos, como hiperplasia sin atipia, pólipos endometriales o cervicales y cambios funcionales del endometrio, serán más frecuentes que los hallazgos malignos o premalignos. Estos supuestos permiten orientar el análisis descriptivo de los resultados sin establecer relaciones causales, manteniendo congruencia con el diseño metodológico del estudio.

V. OBJETIVOS

V.I Objetivo general

Describir los hallazgos histopatológicos en pacientes con sangrado uterino anormal atendidas en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer Dr. Felipe Nuñez Lara mediante biopsia dirigida por histeroscopia de Marzo a Agosto de 2025.

V.II Objetivos específicos

- Describir la población en estudio (edad, ocupación, escolaridad).
- Describir el grupo de edad con mayor presentación del Sangrado Uterino Anormal.
- Describir los hallazgos histopatológicos de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal.
- Describir la distribución de los hallazgos histeroscópicos según la edad.
- Describir las comorbilidades de las pacientes con Sangrado Uterino Anormal.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.I Tipo de investigación

Se presenta un estudio ambispectivo, observacional

VI.II Población o unidad de análisis

La población estuvo conformada por mujeres de 15 a 65 años con diagnóstico de sangrado uterino anormal, atendidas en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer Dr. Felipe Núñez Lara durante el periodo comprendido del 1 de marzo al 31 de agosto de 2025, a quienes se les realizó histeroscopia con toma de biopsia dirigida.

VI.III Muestra y tipo de muestra

La muestra estuvo conformada por 36 pacientes que cumplieron con los criterios de selección establecidos para el estudio. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, de acuerdo con la disponibilidad de pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal atendidas durante el periodo de estudio y que fueron sometidas a histeroscopia con toma de biopsia dirigida.

El tamaño de muestra se estimó considerando una población aproximada de 40 pacientes, un nivel de confianza de 95%, un margen de error de 5% y una proporción esperada de incidencia de 10%. Aunque el cálculo inicial contemplaba un número mayor de pacientes, el análisis final se realizó con las pacientes que contaban con información completa en expediente clínico, formato de recolección de datos, hallazgos histeroscópicos y resultado histopatológico.

VI.IV Criterios de selección

Se incluyeron mujeres mayores de 15 años y menores de 65 años con diagnóstico de sangrado uterino anormal, atendidas en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer Dr. Felipe Núñez Lara durante el periodo de marzo a agosto de 2025, a quienes se les realizó

histeroscopia con toma de biopsia dirigida y que contaban con expediente clínico completo, formato de recolección de datos y resultado histopatológico disponible.

Se excluyeron aquellas pacientes que no contaban con información clínica suficiente, expedientes incompletos, ausencia de reporte histopatológico o pacientes en quienes no se realizó toma de biopsia dirigida. También se eliminaron del análisis los registros duplicados o aquellos en los que no fue posible confirmar las variables principales del estudio.

VI.V Variables estudiadas

Las variables estudiadas fueron edad, grupo etario, ocupación, escolaridad, hallazgos histeroscópicos, hallazgos histopatológicos y comorbilidades. La edad se registró en años cumplidos y posteriormente se agrupó en categorías etarias. La ocupación y escolaridad se obtuvieron del expediente clínico y del formato de recolección de datos. Los hallazgos histeroscópicos se clasificaron de acuerdo con la descripción observada durante el procedimiento, incluyendo cavidad normal, pólipo, endometrio engrosado o irregular, mioma submucoso, sinequias/endometritis y otros hallazgos. Los hallazgos histopatológicos se tomaron del reporte emitido por el servicio correspondiente. Las comorbilidades se registraron con base en los antecedentes documentados en el expediente clínico.

VI.VI Técnicas e instrumentos

Se recopilaron los datos en formulario en base al formato de recolección de datos, así como el uso de expediente clínico y de acuerdo a los resultados de cada paciente, se recabaron de manera minuciosa los resultados de las tomas de biopsia.

VI.VII Procedimiento

Se revisaron los expedientes clínicos y los formatos de recolección de datos de las pacientes que cumplieron con los criterios de selección. Posteriormente se capturaron variables sociodemográficas, clínicas, histeroscópicas e histopatológicas en una base de datos para su análisis. La información se organizó de acuerdo con los objetivos del estudio y se trabajó de forma agregada.

VI.VIII Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas, porcentajes y medidas de tendencia central para la edad. Los resultados se presentan en tablas y figuras, ordenados según las características sociodemográficas, hallazgos histopatológicos, hallazgos histeroscópicos y comorbilidades registradas.

VI.IX Consideraciones éticas

El presente estudio se desarrolló con apego a los principios éticos aplicables a la investigación en seres humanos, respetando la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de las pacientes incluidas. Debido a su diseño ambispectivo, observacional y descriptivo, la investigación se basó en la revisión de expedientes clínicos, formatos de recolección de datos, hallazgos histeroscópicos y reportes histopatológicos, sin modificar la atención médica recibida ni realizar intervenciones adicionales con fines de investigación.

Se consideraron los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, particularmente aquellos relacionados con el respeto a las personas, la protección de grupos vulnerables, la confidencialidad de la información clínica y el uso responsable de los datos con fines científicos y académicos. Asimismo, se tomaron en cuenta los principios éticos del Informe Belmont: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En este sentido, se procuró proteger la autonomía y privacidad de las pacientes, minimizar cualquier riesgo derivado del manejo de la información y utilizar los datos de forma equitativa, sin discriminación ni selección injustificada.

De acuerdo con la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y su reglamentación aplicable, el estudio se realizó bajo criterios de confidencialidad, resguardo de la información y uso exclusivo de los datos para fines académicos y de investigación. La información fue analizada de forma agregada, sin incluir nombres, números de expediente, datos de contacto ni cualquier otro elemento que permitiera identificar directamente a las pacientes.

La recolección y análisis de la información se llevó a cabo respetando el secreto profesional y la protección de datos personales. Los resultados se presentan únicamente de manera

estadística y descriptiva, evitando la exposición de información individual. En los casos correspondientes, se consideró la existencia de consentimiento informado relacionado con el procedimiento médico y el uso académico de la información clínica, conforme a los lineamientos institucionales.

Por lo anterior, el estudio mantuvo el compromiso de proteger la confidencialidad, privacidad y bienestar de las pacientes, garantizando que la información obtenida fuera utilizada únicamente para contribuir al conocimiento médico y mejorar el abordaje diagnóstico del sangrado uterino anormal.

VII. RESULTADOS

VII.I Características de la población

Durante el periodo comprendido de marzo a agosto de 2025, se analizaron 36 pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal sometidas a histeroscopia con toma de biopsia dirigida en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer Dr. Felipe Núñez Lara. Los resultados se organizaron de acuerdo con los objetivos del estudio, considerando las características sociodemográficas de la población, los grupos etarios, los hallazgos histopatológicos, los hallazgos histeroscópicos y las comorbilidades registradas.

Tabla 1. Resumen descriptivo de edad.

Indicador	Valor
N	36
Edad mínima	23
Edad máxima	59
Media	44.2
Mediana	45
Desviación estándar	8

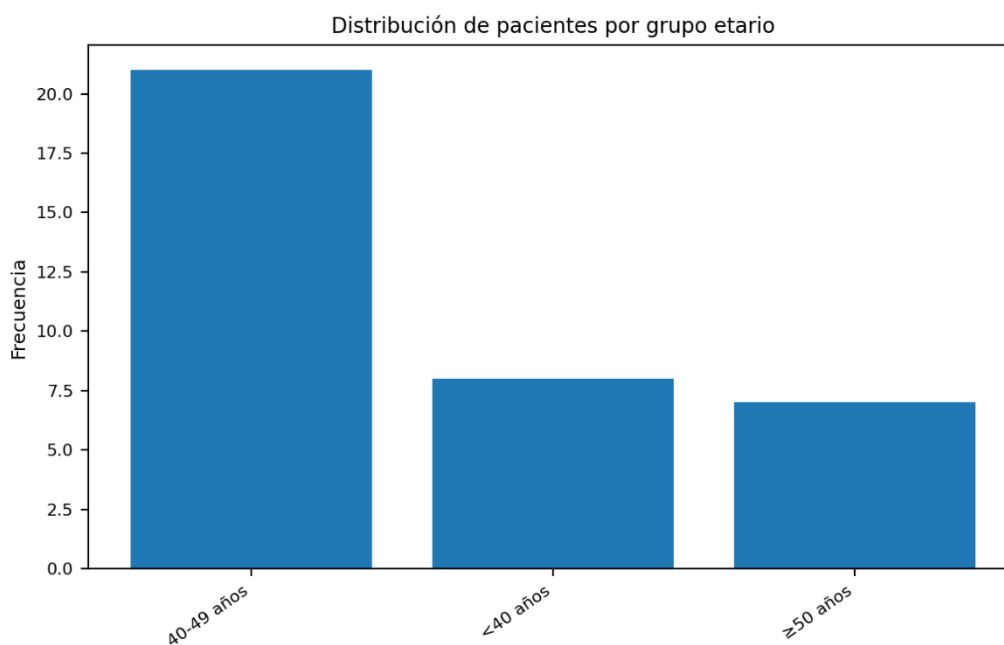
El grupo etario con mayor frecuencia fue el de 40 a 49 años, con 21 pacientes, equivalente al 58.33% de la muestra. Le siguieron las pacientes menores de 40 años con 8 casos (22.22%) y las pacientes de 50 años o más con 7 casos (19.44%).

Tabla 2. Distribución por grupo etario.

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
--------------	------------	------------

40-49 años	21	58.33%
<40 años	8	22.22%
≥50 años	7	19.44%

Figura 1. Distribución de pacientes por grupo etario.



VII.II Ocupación y escolaridad

Respecto a las características sociodemográficas, la ocupación más frecuente fue empleada, con 21 pacientes (58.33%), seguida de hogar con 15 pacientes (41.67%). En escolaridad, predominó bachillerato con 13 pacientes (36.11%), seguido de secundaria con 11 pacientes (30.56%).

Tabla 3. Distribución por ocupación.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleada	21	58.33%
Hogar	15	41.67%

Tabla 4. Distribución por escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Bachillerato	13	36.11%
Secundaria	11	30.56%
Licenciatura	6	16.67%
Primaria	2	5.56%
Técnica	2	5.56%
Primaria trunca	2	5.56%

VII.III Hallazgos histopatológicos

En el análisis histopatológico de las muestras obtenidas mediante biopsia dirigida por histeroscopia, el hallazgo más frecuente fue la hiperplasia sin atipia, identificada en 10 pacientes, lo que representó el 27.78% de la muestra. Este resultado adquiere importancia clínica debido a que la hiperplasia endometrial sin atipia corresponde a una alteración proliferativa del endometrio que puede relacionarse con estímulo estrogénico persistente, ciclos anovulatorios o condiciones metabólicas asociadas. Aunque se considera una lesión sin datos de atipia celular, su identificación permite orientar el seguimiento clínico y establecer un manejo oportuno para evitar persistencia o progresión de la alteración endometrial.

El segundo grupo en frecuencia correspondió a las pacientes sin alteraciones histopatológicas, con 8 casos, equivalente al 22.22%. Este hallazgo demuestra que, aun en pacientes con manifestaciones clínicas de sangrado uterino anormal, el estudio microscópico puede no evidenciar cambios patológicos específicos. Sin embargo, la ausencia de alteraciones histopatológicas también tiene valor diagnóstico, ya que permite descartar lesiones endometriales relevantes y orientar la búsqueda de otras causas del sangrado, como alteraciones funcionales, hormonales o trastornos no estructurales.

Los pólipos endometriales o cervicales se identificaron en 5 pacientes, correspondiente al 13.89% de la muestra. Estos hallazgos representan lesiones focales que pueden asociarse con sangrado uterino anormal, especialmente cuando alteran la superficie endometrial o generan sangrado intermenstrual. Su detección histopatológica resulta relevante, ya que confirma la naturaleza de la lesión observada o sospechada durante la evaluación de la cavidad uterina.

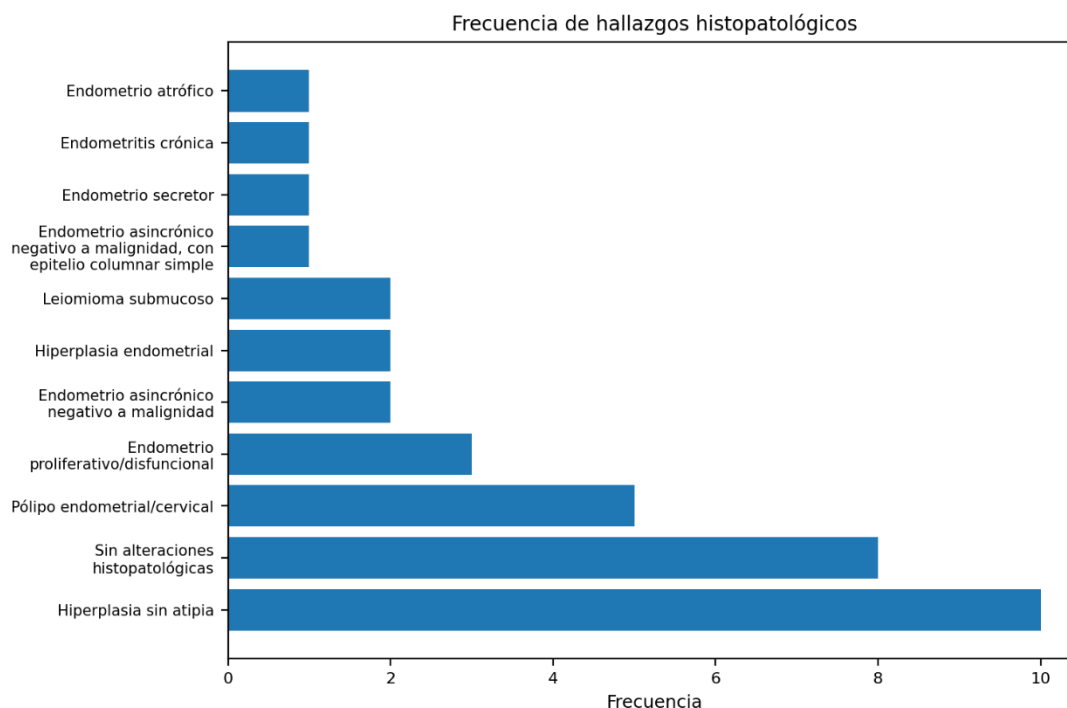
También se reportaron casos de endometrio proliferativo o disfuncional en 3 pacientes, equivalente al 8.33%. Este patrón puede relacionarse con estimulación hormonal persistente o con ciclos anovulatorios, situaciones frecuentes en etapas de transición reproductiva. Asimismo, se identificaron diagnósticos menos frecuentes, como endometrio asincrónico negativo a malignidad, hiperplasia endometrial, leiomioma submucoso, endometrio secretor, endometritis crónica y endometrio atrófico, cada uno con menor proporción dentro de la muestra.

En conjunto, los hallazgos histopatológicos muestran una distribución heterogénea de diagnósticos, con predominio de alteraciones proliferativas benignas del endometrio. La presencia de hiperplasia sin atipia como principal resultado refuerza la importancia de realizar biopsia endometrial dirigida en pacientes con sangrado uterino anormal, particularmente en mujeres en etapa perimenopáusica o con factores clínicos asociados. Además, la diversidad de diagnósticos encontrados evidencia que el sangrado uterino anormal no corresponde a una sola entidad, sino a una manifestación clínica con múltiples posibles causas histológicas.

Tabla 5. Hallazgos histopatológicos.

Hallazgo histopatológico	Frecuencia	Porcentaje
Hiperplasia sin atipia	10	27.78%
Sin alteraciones histopatológicas	8	22.22%
Pólipo endometrial/cervical	5	13.89%
Endometrio proliferativo/disfuncional	3	8.33%
Endometrio asincrónico negativo a malignidad	2	5.56%
Hiperplasia endometrial	2	5.56%
Leiomioma submucoso	2	5.56%
Endometrio asincrónico negativo a malignidad, con epitelio columnar simple	1	2.78%
Endometrio secretor	1	2.78%
Endometritis crónica	1	2.78%
Endometrio atrófico	1	2.78%

Figura 2. Frecuencia de hallazgos histopatológicos.



Al observar la distribución de los resultados, se aprecia que los hallazgos relacionados con cambios proliferativos del endometrio constituyeron una parte importante de los diagnósticos histopatológicos. La hiperplasia sin atipia fue el resultado predominante, mientras que otros patrones como endometrio proliferativo/disfuncional, hiperplasia endometrial y endometrio asincrónico también reflejan modificaciones en la respuesta endometrial. Por otro lado, los hallazgos estructurales confirmados por histopatología, como pólipo endometrial o cervical y leiomioma submucoso, representan lesiones focales que pueden explicar el sangrado en un subgrupo de pacientes. Esta distribución permite identificar que, dentro de la población estudiada, coexistieron alteraciones funcionales, proliferativas y estructurales como posibles causas del sangrado uterino anormal.

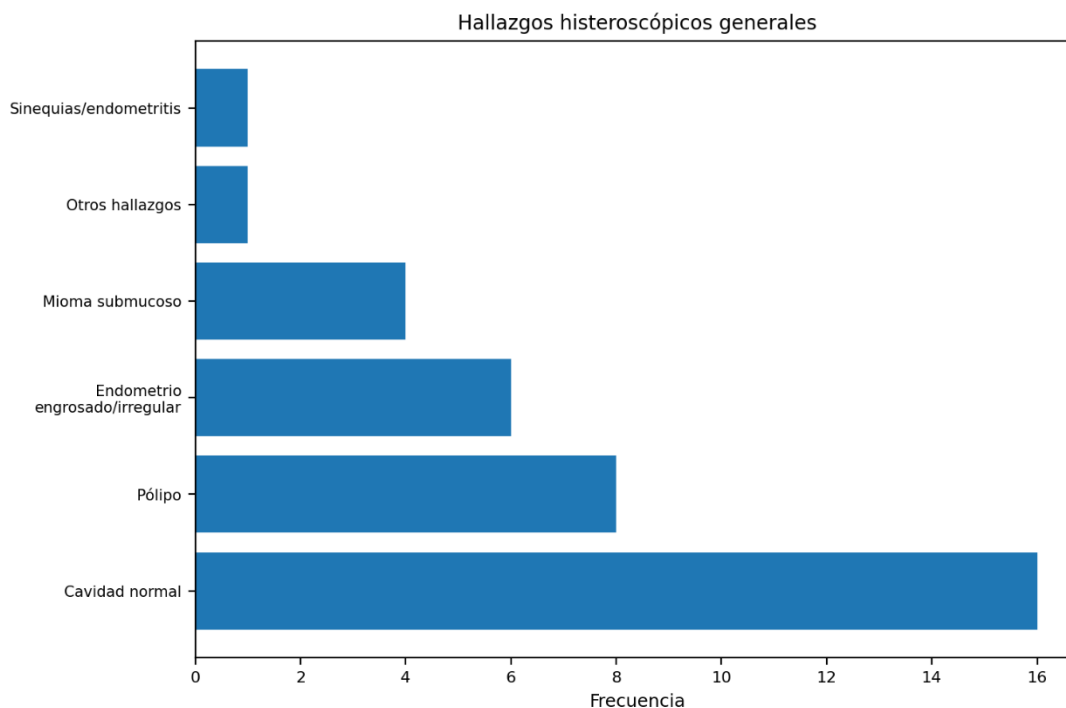
VII.IV Hallazgos histeroscópicos

En los hallazgos histeroscópicos generales, la cavidad normal fue el hallazgo más frecuente, con 16 casos (44.44%). El pólipo se observó en 8 casos (22.22%), el endometrio engrosado o irregular en 6 casos (16.67%) y el mioma submucoso en 4 casos (11.11%).

Tabla 6. Hallazgos histeroscópicos generales.

Hallazgo histeroscópico	Frecuencia	Porcentaje
Cavidad normal	16	44.44%
Pólipo	8	22.22%
Endometrio engrosado/irregular	6	16.67%
Mioma submucoso	4	11.11%
Otros hallazgos	1	2.78%
Sinequias/endometritis	1	2.78%

Figura 3. Hallazgos histeroscópicos generales.



Al analizar los hallazgos histeroscópicos según grupo etario, el grupo de 40 a 49 años concentró la mayor cantidad de hallazgos, especialmente cavidad normal, pólipos y miomas submucosos. En pacientes de 50 años o más se observó mayor presencia relativa de endometrio engrosado o irregular.

Tabla 7. Hallazgos histeroscópicos según grupo etario.

Grupo etario	Cavidad normal	Endometrio engrosado/irregular	Mioma submucoso	Otros hallazgos	Pólipo	Sinequias/endometritis
40-49 años	8	3	4	0	6	0
<40 años	6	0	0	1	0	1
≥50 años	2	3	0	0	2	0

VII.V Comorbilidades

La categoría más frecuente fue sin comorbilidades, con 14 pacientes (38.89%). Entre las comorbilidades registradas, la hipertensión arterial fue la más frecuente con 6 casos (16.67%), seguida de diabetes tipo 2 con 5 casos (13.89%) y resistencia a la insulina con 4 casos (11.11%).

Tabla 8. Comorbilidades asociadas.

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Sin comorbilidades	14	38.89%
Hipertensión arterial	6	16.67%
Diabetes tipo 2	5	13.89%
Resistencia a la insulina	4	11.11%
Hipotiroidismo	3	8.33%
Obesidad	3	8.33%
Diabetes tipo 2 e hipertensión arterial	1	2.78%

Figura 4. Comorbilidades asociadas.

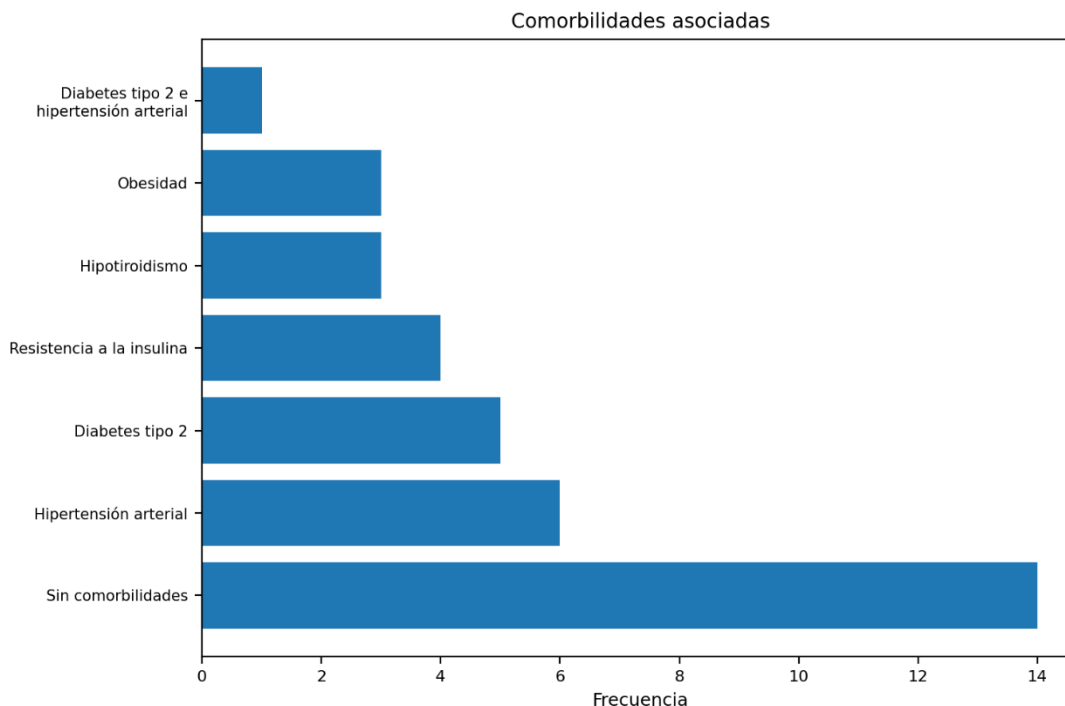


Tabla 9. Comorbilidades por grupo etario.

Grupo etario	Hipertensión arterial	Diabetes tipo 2	Obesidad	Resistencia a la insulina	Hipotiroidismo
<40 años	0	0	0	1	1
40-49 años	3	5	1	3	2
≥50 años	4	1	2	0	0

VII.VI Relación entre hallazgos histopatológicos e histeroscópicos

Al comparar los hallazgos histopatológicos con los hallazgos histeroscópicos generales, se observa que ambos métodos aportaron información complementaria en la evaluación de las pacientes con sangrado uterino anormal. En la histeroscopia, la cavidad normal fue el hallazgo más frecuente, con 16 casos, equivalente al 44.44%; sin embargo, en el estudio histopatológico el principal diagnóstico fue hiperplasia sin atipia, presente en 10 pacientes,

correspondiente al 27.78%. Esta diferencia sugiere que una cavidad uterina sin alteraciones macroscópicas evidentes no excluye la presencia de cambios microscópicos endometriales.

Los hallazgos histeroscópicos de pólipo se reportaron en 8 pacientes, mientras que en el análisis histopatológico los pólipos endometriales o cervicales se confirmaron en 5 pacientes. Esta relación muestra que la histeroscopia permite identificar lesiones focales sugestivas de pólipo; no obstante, la confirmación diagnóstica depende del estudio histopatológico, el cual permite diferenciar entre pólipo, tejido endometrial funcional, cambios hiperplásicos u otras alteraciones benignas.

En cuanto al endometrio engrosado o irregular, este hallazgo se identificó por histeroscopia en 6 pacientes. Desde el punto de vista histopatológico, los diagnósticos relacionados con alteraciones proliferativas incluyeron hiperplasia sin atipia, hiperplasia endometrial, endometrio proliferativo/disfuncional y endometrio asincrónico negativo a malignidad. Esta comparación resulta relevante, ya que el engrosamiento o la irregularidad endometrial observados durante la histeroscopia pueden corresponder a distintos patrones microscópicos, por lo que la biopsia dirigida es necesaria para establecer el diagnóstico definitivo.

El mioma submucoso se observó como hallazgo histeroscópico en 4 pacientes, mientras que el diagnóstico histopatológico de leiomioma submucoso se reportó en 2 pacientes. Esta diferencia puede explicarse por la naturaleza del procedimiento y de la muestra obtenida, ya que la histeroscopia permite reconocer visualmente lesiones intracavitarias compatibles con mioma, mientras que el reporte histopatológico depende del tejido efectivamente obtenido durante la biopsia. Por ello, la correlación entre la imagen histeroscópica y el resultado histológico debe interpretarse de forma integrada.

La comparación entre ambos métodos evidencia que la histeroscopia permite una valoración directa de la cavidad uterina y facilita la identificación de lesiones focales, mientras que el estudio histopatológico permite confirmar o descartar alteraciones microscópicas del endometrio. En este estudio, la presencia de cavidad normal como principal hallazgo histeroscópico y de hiperplasia sin atipia como principal hallazgo histopatológico refuerza la importancia de no basar el diagnóstico únicamente en la apariencia macroscópica de la cavidad

uterina. La integración de ambos estudios permitió una caracterización más completa de las pacientes con sangrado uterino anormal.

VIII. DISCUSIÓN

Los resultados muestran que el sangrado uterino anormal se presentó principalmente en pacientes de 40 a 49 años. Este hallazgo es clínicamente relevante porque corresponde a una etapa de transición hormonal en la que pueden presentarse ciclos anovulatorios, alteraciones proliferativas del endometrio y lesiones estructurales intracavitarias. La concentración de casos en este grupo coincide con la importancia de evaluar de manera dirigida a pacientes perimenopáusicas con sangrado uterino anormal.

El predominio de hiperplasia sin atipia como principal hallazgo histopatológico refuerza la utilidad de la biopsia dirigida por histeroscopia. Aunque una proporción importante de pacientes presentó cavidad normal por histeroscopia, el análisis histopatológico permitió identificar alteraciones microscópicas que no siempre pueden inferirse únicamente por la visualización de la cavidad uterina. Por ello, la combinación de histeroscopia y biopsia aporta mayor certeza diagnóstica.

Los pólipos y los cambios de endometrio engrosado o irregular representaron hallazgos relevantes dentro de la evaluación histeroscópica. Estos hallazgos son importantes porque corresponden a lesiones o patrones que pueden explicar el sangrado y que, al ser focales, pueden pasar desapercibidos con métodos no dirigidos. La histeroscopia permite localizar estas alteraciones y orientar la toma de muestra hacia áreas de mayor interés clínico.

En cuanto a comorbilidades, aunque la categoría más frecuente fue la ausencia de comorbilidades, se identificaron antecedentes metabólicos como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, obesidad y resistencia a la insulina. Estas condiciones deben interpretarse con cautela por el tamaño de la muestra; sin embargo, su presencia resulta pertinente, ya que se han relacionado con estímulo estrogénico periférico, hiperinsulinemia y cambios proliferativos endometriales.

La distribución de hallazgos por grupo etario permitió observar que las pacientes de 40 a 49 años concentraron la mayor cantidad de diagnósticos, tanto histeroscópicos como histopatológicos. Esta tendencia respalda la necesidad de una evaluación integral en pacientes mayores de 40 años con sangrado uterino anormal, especialmente cuando coexisten factores clínicos o metabólicos que aumentan la sospecha de alteración endometrial.

Como limitación principal, el estudio se basó en una muestra de 36 pacientes atendidas en una sola unidad hospitalaria, por lo que los resultados describen el comportamiento de esta población específica y no deben generalizarse sin cautela. Aun así, los hallazgos aportan información útil para caracterizar a las pacientes con sangrado uterino anormal atendidas en el periodo estudiado.

En síntesis, los resultados muestran que el sangrado uterino anormal en la población estudiada se presentó principalmente en pacientes de 40 a 49 años, con predominio de hallazgos histopatológicos benignos, especialmente hiperplasia sin atipia. Aunque la cavidad normal fue el hallazgo histeroscópico más frecuente, el estudio histopatológico permitió identificar alteraciones endometriales microscópicas en una proporción importante de pacientes. Esto resalta el valor de la biopsia dirigida por histeroscopia como parte del abordaje diagnóstico integral, ya que permite correlacionar los hallazgos visuales con el diagnóstico tisular definitivo.

IX. CONCLUSIONES

En el presente estudio se identificó que el sangrado uterino anormal se presentó con mayor frecuencia en pacientes de 40 a 49 años, grupo que representó más de la mitad de la muestra analizada. Este hallazgo es relevante, ya que corresponde a una etapa de transición hormonal en la que pueden presentarse alteraciones ovulatorias, cambios proliferativos del endometrio y lesiones estructurales intracavitarias. Por ello, los resultados refuerzan la importancia de realizar una evaluación integral en pacientes perimenopáusicas con sangrado uterino anormal, especialmente cuando existen factores clínicos o metabólicos asociados.

El hallazgo histopatológico más frecuente fue la hiperplasia sin atipia, seguida de los casos sin alteraciones histopatológicas y de los pólipos endometriales o cervicales. La identificación de hiperplasia endometrial en una proporción importante de pacientes demuestra la utilidad de la biopsia dirigida como herramienta diagnóstica, ya que permite confirmar alteraciones microscópicas que no siempre pueden establecerse únicamente mediante la evaluación clínica o la visualización histeroscópica. Estos resultados subrayan la necesidad de obtener tejido endometrial en pacientes seleccionadas, con el fin de orientar de manera adecuada el seguimiento y tratamiento.

En cuanto a los hallazgos histeroscópicos, la cavidad uterina normal fue el hallazgo más frecuente; sin embargo, también se identificaron pólipos, endometrio engrosado o irregular, miomas submucosos y otros cambios intracavitarios. Esto evidencia que la histeroscopia permite una valoración directa de la cavidad uterina y facilita la localización de lesiones focales que pueden estar relacionadas con el sangrado. Aun cuando la cavidad se observe sin alteraciones macroscópicas, el estudio histopatológico continúa siendo fundamental para complementar el diagnóstico.

Las comorbilidades más frecuentes registradas fueron hipertensión arterial, diabetes tipo 2, resistencia a la insulina, obesidad e hipotiroidismo. Aunque una proporción considerable de pacientes no presentó comorbilidades, la presencia de alteraciones metabólicas en el resto de la muestra resulta clínicamente importante, debido a su posible relación con cambios proliferativos endometriales y con el riesgo de patología endometrial. Estos hallazgos deben interpretarse con cautela por el tamaño de la muestra, pero sugieren la necesidad de considerar los antecedentes metabólicos dentro del abordaje diagnóstico del sangrado uterino anormal.

La histeroscopia con biopsia dirigida permitió integrar la evaluación visual de la cavidad uterina con el análisis histopatológico del tejido obtenido, fortaleciendo la caracterización diagnóstica de las pacientes con sangrado uterino anormal. En este sentido, el estudio aporta información útil sobre el comportamiento clínico, histeroscópico e histopatológico de las

pacientes atendidas en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer Dr. Felipe Núñez Lara durante el periodo estudiado. Asimismo, los resultados respaldan la importancia de mantener un abordaje sistemático, oportuno y dirigido en mujeres con sangrado uterino anormal, particularmente en aquellas mayores de 40 años o con factores de riesgo asociados.

X. PROPUESTAS

Con base en los resultados obtenidos, se propone fortalecer la estandarización del abordaje diagnóstico del sangrado uterino anormal en las pacientes atendidas en la unidad, considerando de manera integral la edad, las características del sangrado, los antecedentes ginecoobstétricos, las comorbilidades metabólicas, los hallazgos por imagen y la sospecha clínica de patología endometrial. Esta valoración permitiría identificar con mayor oportunidad a las pacientes que requieren estudios complementarios, seguimiento estrecho o toma de biopsia endometrial.

Asimismo, se recomienda promover el uso oportuno de la histeroscopia con biopsia dirigida en pacientes con sangrado uterino anormal, particularmente en mujeres mayores de 40 años, pacientes perimenopáusicas o aquellas con factores de riesgo como obesidad, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 o resistencia a la insulina. La visualización directa de la cavidad uterina, junto con la obtención dirigida de tejido, puede mejorar la precisión diagnóstica y contribuir a una toma de decisiones terapéuticas más adecuada.

Finalmente, se propone continuar con el registro sistemático de los hallazgos clínicos, histeroscópicos e histopatológicos de las pacientes con sangrado uterino anormal, con el propósito de ampliar la muestra institucional y permitir análisis posteriores con mayor poder descriptivo. La creación de una base de datos ordenada y homogénea facilitaría la comparación entre grupos etarios, factores de riesgo, comorbilidades y diagnósticos histopatológicos, además de servir como punto de partida para futuras investigaciones dentro de la unidad hospitalaria.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Nancy Chacón Campos; Manrique Pizarro Madrigal; Christopher Guerrero Hines. Sangrado uterino anormal en etapa reproductiva. Revista Médica Sinergia Vol. 7, Núm. 5, (2022, Mayo); e:808. DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v7i5.808>
2. IG Gudiña, FS Elías, AB Calás. Hemorragia uterina anormal. Medios diagnósticos clínicos, ecográficos e histopatológicos. Ciencias Médicas de Granma. (2020). Sitio Web: <http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/viewFile/229/146>
3. De la cruz Mitac C, Escate-Picon B, Flores-Espinoza P, Herencia-Anaya K, Hernández-Arones Ch et al. Hemorragia uterina anormal. (2019). *Revista Médica Panacea*, 6(2). Sitio Web: <https://doi.org/10.35563/rmp.v6i2.56>
4. Orane Hutchinson Alman Louis. Sangrado Uterino Anormal. Rev CI EMed UCR [Internet] (2016, Oct); 6(6):11-20. Sitio web: www.revistaclinicahsjd.ucr.ac.cr
5. Grajales C, Bonilla P, Chavarría M. Hemorragia Uterina Anormal. 2016;(620):617-621. Sitio Web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163ak.pdf>
6. Vivas CA, Ríos JJ, Romero HA. Pólipos endometriales, fisiopatología y factores de riesgo. Rev CES Med (2012); 26(2): 175-184 Sitio Web: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v26n2/v26n2a04.pdf>
7. Vigueras S, Andrés, & Escalona M, Juan Raúl. (2016). Pólipos endometriales: Actualización en diagnóstico y tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(2), 152-158. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000200012>
8. Castilla B, Angela M. Hipertension arterial como factor asociado a miomatosis uterina en pacientes del hospital regional de trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego (2017, ,Mayo) Sitio Web: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/2604/REP_MED.HUMA_MARIA.BARRIENTOS_HIPERTENSI%c3%93N.ARTERIAL.FACTOR.ASOCIADO.MIOMATOSIS.UTERINA.PACIENTES.HOSPITAL.REGIONAL.TRUJILLO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Sobczyk K, Sobczyk A. New classification system of endometrial hyperplasia WHO 2014 and its clinical implications. *Prz Menopauzalny*. 2017 Sep;16(3):107-111. DOI: 10.5114/pm.2017.70589

10. Sepúlveda-Agudelo J, Díaz C. Detención de la hemorragia uterina anormal en pacientes a quienes se les realizó histeroscopia operatoria . Ginecol Obstet Mex. 2018 enero; 86(1): 13-25 DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i1.666>
11. Gómez I. Hemorragia uterina anormal en la mujer. Enfoque básico. Revista Colombiana de Enfermería 2007; 2:37-42. Sitio Web: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1391/997>
12. Davidson BR, Dipiero CM, Govoni KD, Littleton SS, Neal JL. Abnormal uterine bleeding during the reproductive years. J. Midwifery Women`s Health 2012; 57:248-54. Sitio Web: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1542-2011.2012.00178.x>
13. Hurtado HP. Histeroscopia diagnóstica: rendimiento en el estudio de la metrorragia e inocuidad ante un eventual cáncer de endometrio, revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007;72(3):190-6 Sitio Web: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n3/art11.pdf>
14. Tinelli R, Tinelli FG, Cicinelli E, Malvasi A, Tinelli A. The role of hysteroscopy with eye-directed biopsy in postmenopausal women with uterine bleeding and endometrial atrophy. Menopause 2008;15(4 Pt 1):737-42. Sitio Web: https://journals.lww.com/menopausejournal/abstract/2008/15040/the_role_of_hysteroscopy_with_eye_directed_biopsy.23.aspx
15. Ganem AS, Salazar CG, Lejtik CA, Quintero P, Palma J. Utilidad de la histeroscopia de consultorio. Ginecol Obstet Mex. 2006; 74:104-9. Sitio Web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom062e.pdf>
16. Nitze M. Histeroscopia diagnóstica en la práctica ginecológica. Rev Med Hond. 2002; 70:16-20. Sitio web: <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v86n1/0300-9041-gom-86-01-13.pdf>
17. Preutthipan S, Herabutya Y. Hysteroscopy rollerball endometrial ablation as an alternative treatment for adenomyosis with menorrhagia and/or dysmenorrhea. J Obstet Gynaecol Res 2010;36(5):1031-6. Sitio Web: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0756.2010.01251.x>
18. Pérez LE. Hemorragia uterina anormal: enfoque basado en evidencias. Revisión sistemática. Rev Med 2007;15(1):68-79. Sitio Web: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n1/v15n1a09.pdf>

19. Sanhueza P, Oliva L. Eficiencia de los métodos diagnósticos en el estudio del sangrado uterino anormal en la peri y postmenopausia. Rev Chil Obstet Ginecol 2008;73(1):58-62
Sitio Web: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v73n1/art10.pdf>
20. Steeanescu A, Marinescu B. Diagnostic Hysteroscopy. A Retrospective Study of 1545 Cases. Maedica (Buchar) 2012;7(4):309-14. Sitio Web: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3593281/pdf/maed-07-309.pdf>
21. Weiser F, Tempfer C, Kurz CN. Hysteroscopy in 2001: A comprehensive review. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:773-83. Sitio Web: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1034/j.1600-0412.2001.080009773.x>
22. Propst AM, Liberman RF, Harlow BL, Ginsburg ES. Complications of Hysteroscopy surgery: predicting patients at risk. Obstet Gynecol 2000;96(4):517 - 20. Sitio web: https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2000/10000/complications_of_hysteroscopic_surgery_predicting.7.aspx#ContentAccessOptions
23. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser LS. FIGO working group on menstrual disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gynaecol Obs 2011; 113:3-13. Sitio Web: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2010.11.011>
24. Stamatellos I, Stamatopoulos P, Bontis J. The role of hysteroscopy in the current management of the cervical polyps. Arch Gynecol Obstet 2007;276(4):299-303. Sitio Web: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17653740/>
25. Women NR. Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive - Aged Women. Obstet. Gynecol. 2013;121(4):891-6. Sitio Web: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2013/04/management-of-acute-abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-aged-1.pdf?rev=4058dbe872d2495b9053b6622b13d012&hash=70F51350EC1FAB9B3414B1EA986CE01E>
26. Di Spiezio Sardo A, Taylor A, Tsirkas P, Mastrogamvrakis G, Sharma M, Magos A. Hysteroscopy: a technique for all? Analysis of 5,000 outpatient hysteroscopies. Fertil Steril. 2008;89(2):438-43. Sitio Web: <https://www.fertstert.org/action/showPdf?pii=S0015-0282%2807%2900527-4>

27. Guin G, Sandhu SK, Lele A, Khare S. Hysteroscopy in evaluation of abnormal uterine bleeding. J. Obstet. Gynaecol India 2011;61(5):546-9. Sitio web: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3257342/pdf/13224_2011_Article_88.pdf
28. Lasmar RB, Dias R, Barrozo PR, et al. Prevalence of hysteroscopic findings and histologic diagnoses in patients with abnormal uterine bleeding. Fertil Steril 2008; 89:1803-7. Sitio Web: <https://www.fertstert.org/action/showPdf?pii=S0015-0282%2807%2901213-7>
29. Abbott J a, Garry R. The surgical management of menorrhagia. Hum. Reprod. Update 2002;8(1):68-78. Sitio web: <https://academic.oup.com/humupd/article-abstract/8/1/68/624508?redirectedFrom=fulltext&login=false>
30. Serden S. Diagnostic hysteroscopy to evaluate the cause of abnormal uterine bleeding. Obstet Gynecol Clin North Am 2000;27: 277–86. Sitio Web: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889854500800200?via%3Dihub>
31. Whitaker L, Critchley HO. Abnormal uterine bleeding. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016 Jul; 34:54-65. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.11.012. Epub 2015 Nov 25. Sitio Web: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4970656/>
32. Dera Campos, D. (2024). *PRINCIPALES CAUSAS DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN PACIENTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL 1º DE MAYO*. Recuperado 16 de junio de 2025, de <https://oldri.ues.edu.sv/id/eprint/34992/2/842-ginecologia.pdf>
33. Franco Domínguez, Rommy Esther. (2012). Hemorragia uterina anormal orgánica. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 4(2), 15-22. Retrieved June 17, 2025, from http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742012000200003&lng=en&tlng=es.
34. Aragón JA. Sangrado Uterino Anormal (y el endocrinólogo). Endocrinol Nutr 2005; 13(1): 39-46. Sitio Web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2005/er051f.pdf>
35. Ewenstein, Bruce M. The pathophysiology of bleeding disorders presenting as abnormal uterine bleeding American Journal of Obstetrics & Gynecology, Volume 175, Issue 3, 770 – 777

XII. ANEXOS

XII.I Formato de recolección de datos

Se integra como anexo el formato utilizado para recabar variables sociodemográficas, clínicas, histeroscópicas e histopatológicas de las pacientes incluidas en el estudio.



SECRETARÍA
DE SALUD - SESEQ

Hospital de Especialidades del niño y la mujer Dr Felipe Nuñez Lara

Formato recolección de datos protocolo investigación

Fecha / / 2025

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

CURP:

Peso: kg Talla: cm IMC: kg/m²

Circula la opción en cada pregunta

1. Edad
 - 1) 10 a 20 años
 - 2) 21 a 30 años
 - 3) 31 a 40 años
 - 4) 41 a 50 años
 - 5) 51 a 60 años
 - 6) > 61 años
2. ¿A que te dedicas?
 - 1) Hogar
 - 2) Empleada
 - 3) Comercio
 - 4) Estudiante
 - 5) Otra: _____
3. Escolaridad
 - 1) Ninguna
 - 2) Primaria
 - 3) Secundaria
 - 4) Bachillerado
 - 5) Licenciatura o posgrado
4. Antecedentes patológicos
 - 1) Diabetes
 - Años de evolución:
 - Tratamiento:
 - 2) Hipertensión Sistémica Crónica
 - Años de evolución:
 - Tratamiento:
 - 3) Sobrepeso/ Obesidad
 - 4) Otro
 - Años de evolución:
 - Tratamiento:
 - 5) Ninguna

Fecha de histeroscopia: / / 2025

Hallazgos histeroscópicos:

Hallazgos histopatológicos:

- Fecha de entrega de biopsia:
- Resultado biopsia:
 - 1) Pólipo
 - 2) Leiomioma
 - 3) Hiperplasia endometrial
 - 4) Adenomiosis
 - 5) Atrofia
 - 6) Sin alteración
 - 7) Otro

XII.II Carta de consentimiento informado

Se integra como anexo la carta de consentimiento informado correspondiente al procedimiento y al uso académico de la información clínica.



SECRETARÍA
DE SALUD - SESEQ Hospital de Especialidades del niño y la mujer Dr Felipe Nuñez Lara

Carta de consentimiento informado

Fecha / / 2025

Nombre de paciente:

Edad:

Por medio de la presente, se me ha explicado que mi participación consistirá en una biopsia tomada por histeroscopia, realizada en consultorio y enviada la muestra al servicio de patología del Hospital General de Querétaro, los cuales darán un reporte con los hallazgos encontrados. Cuyo objetivo es describir los hallazgos histopatológicos encontrados en las pacientes con sangrado uterino anormal para determinar el manejo del mismo.

El encargado principal y el asesor se han comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que se planteen por la paciente acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, el encargado se compromete a dar información oportuna sobre cualquier cambio en el procedimiento o en la obtención de resultados.

Entendiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente.

El encargado me ha dado seguridad de que no me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio si yo no lo deseo y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. Por lo tanto por medio de la presente acepto la participación en el proyecto de investigación de "Biopsia dirigida por Histeroscopia en pacientes con Sangrado Uterino Anormal"

Nombre y firma de paciente

Nombre y firma de investigador