

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

**Guía de práctica clínica: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS**

**Trabajo de grado para optar por el título de subespecialista
en Salud Reproductiva Humana**

Dr. Juan David Solarte

Director de tesis

Dra. Ivone Diaz

Co-director de tesis

Juliana Vanessa Rincón López

Fundación universitaria sanitas

Bogotá

Junio 2024

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

JUSTIFICACIÓN

La endometriosis afecta a un 10% a 15% de mujeres, aproximadamente 190 millones de mujeres en el mundo y hasta el 50% de pacientes con infertilidad. Definida como una enfermedad ginecológica sistémica, inflamatoria, crónica y discapacitante dada por la presencia de tejido similar al endometrial y estromal por fuera del endometrio y miometrio causando múltiples síntomas de intensidad leve a incapacitantes como dolor pélvico crónico (cíclico y no cíclico), menstruaciones dolorosas (dismenorrea), sexo doloroso (dispareunia), dolor al defecar (disquecia), al orinar (disuria), migraña, alteraciones psicológicas y en muchos casos infertilidad (1).

la carga para la salud de la endometriosis viene creciendo y esto se debe a que se ha reportado que casi el 60% de las pacientes han consultado a tres o más médicos antes de recibir el diagnóstico, lo cual ocurre después de un promedio de 7 años con síntomas. Durante este tiempo, muchas mujeres reciben manejos médicos que no son en gran medida los adecuados, llevando al empeoramiento de la clínica. Por lo tanto un diagnóstico y manejo tempranos, pueden retrasar o detener la progresión natural de la enfermedad y reducir la carga a largo plazo de los síntomas dolorosos, incluido el riesgo de sensibilización central al dolor (2).

Podemos definir 3 subtipos de endometriosis: Peritoneal superficial que representa el 80% de la endometriosis, la endometriosis ovárica y la endometriosis profunda pudiéndolas encontrar separadas o juntas, haciendo una enfermedad que requiere un enfoque personalizado dependiendo de los requerimientos de cada paciente (3).

OBJETIVOS

- Optimizar el tiempo y los recursos para el diagnóstico de pacientes con sospecha de endometriosis.
- Homogeneizar los criterios de tratamiento médico, quirúrgico y de fertilidad en pacientes diagnosticadas con endometriosis en Centros de atención de la organización keralty.
- Disminuir las tasas de reconsultas en pacientes con dolor pélvico, dismenorrea o subfertilidad relacionada con endometriosis.
- Aclarar el riesgo de cáncer asociado con endometriosis

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

POBLACIÓN OBJETO

Mujeres en edad reproductiva y menopausia con sospecha o diagnóstico de endometriosis llevadas a manejo médico o quirúrgico y que estén afiliadas a las empresas de salud Keralty en Colombia.

POBLACIÓN NO CUBIERTA EN LA GUÍA

Esta guía no hace referencia al manejo de pacientes con dolor pélvico o subfertilidad relacionada con otras causas como vulvodinia, encefalomiелitis miálgica/síndrome de fatiga crónica, síndrome del intestino irritable, cistitis intersticial/síndrome de vejiga dolorosa, fibromialgia, cefalea tensional crónica, migraña, y dolor lumbar crónico.

USUARIOS DE LA GUÍA

Los usuarios finales de la presente guía serán los profesionales de los diferentes niveles de atención, que intervienen en el algoritmo de decisiones del diagnóstico y manejo de pacientes con diagnóstico o sospecha de endometriosis. La guía va dirigida a médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología, médicos generales, cirujanos, médicos familiares, pediatras, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal en formación del área médica que estén en contacto con pacientes con dichos diagnósticos.

GLOSARIO

Endometriosis peritoneal superficial: Lesiones de tejido similares al endometrio que involucran la superficie peritoneal con múltiples apariencias

Endometriosis ovárica: Lesiones de tejido similar al endometrio en forma de quistes ováricos que contienen tejido similar al endometrio y líquido teñido de sangre oscura (endometrioma o "quistes de chocolate")

Endometriosis infiltrativa profunda: Lesiones de tejido similares al endometrio que se extienden o se infiltran en la superficie peritoneal a más de 5mm de profundidad (generalmente nodulares, que invaden estructuras adyacentes al útero y/o los ovarios asociado con fibrosis)

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

Endometriosis extraabdominal y extrapelvica: Tejido similar al endometrio fuera de la cavidad abdominal (por ejemplo, endometriosis torácica, umbilical, cerebral)

Terapias de Reproducción asistida (TRA): Son el conjunto de técnicas y tratamientos médicos que facilitan el embarazo cuando este no se consigue de forma natural.

Los principales tratamientos de fertilidad que existen hoy en día son la inseminación artificial (IA), Relaciones sexuales dirigidas y la fecundación in vitro (FIV), que pueden ser combinados con técnicas como la donación de gametos o el diagnóstico genético preimplantacional (actualmente conocido como test genético preimplantacional, PGT), entre otras.

METODOLOGÍA

La construcción de la presente guía de práctica clínica (GPC) fue orientada por el Manual metodológico de adopción de GPC de Keralty (**Error! Reference source not found.**). Se conformó un equipo de trabajo compuesto por un coordinador, y un panel de Ginecoobstetras especializados en cirugía laparoscópica y Reproducción Humana, quienes definieron el alcance, objetivos y 16 preguntas clínicas de interés (ver tabla 1).

Tabla 1. Preguntas clínicas que resuelve la GPC:

1. ¿La sospecha clínica es suficiente para diagnosticar endometriosis?
2. ¿Cuáles son las imágenes adecuadas para el diagnóstico de endometriosis?
3. ¿En qué pacientes estaría indicada la laparoscopia diagnostica?
4. ¿Es útil el uso de biomarcadores para el diagnóstico de endometriosis
5. ¿En pacientes con sospecha de endometriosis está indicado dar manejo medico sin confirmación histológica?
6. ¿Son efectivos los medicamentos hormonales para el manejo del dolor?
7. ¿Hay evidencia en otros medicamentos (no hormonales) y otras terapias en el manejo del dolor por endometriosis?
8. ¿La cirugía es efectiva para el manejo del dolor?
9. ¿Es la cirugía eficaz para aumentar la posibilidad de embarazo?
10. ¿Son efectivas las terapias medicas como complemento a la cirugía?
11. ¿Cuándo estaría indicado la histerectomía en pacientes con endometriosis?
12. ¿Cuándo estaría indicado el uso de terapias de Reproducción asistida en pacientes con endometriosis?
13. ¿En qué casos estaría indicado la preservación de la fertilidad en la mujer con diagnóstico de endometriosis?
14. ¿Cuál debe ser el abordaje quirúrgico de la paciente con Endometrioma?

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

15. ¿Ante un hallazgo casual de endometriosis en cirugía, cual debe ser el enfoque?
16. ¿Está la endometriosis asociada a mayor riesgo de cáncer?

La identificación de evidencia partió de una búsqueda sistemática de Guías de Práctica Clínica (GPC) en sitios recopiladores y desarrolladores de GPC (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, , Guidelines International Network), CMA infobase, Guía Salud España, Ministerio de Salud de Chile, CENETEC México, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), New Zealand Guidelines Group, Australian Clinical Practice Guidelines y The American College of Obstetricians and Gynecologists), utilizando el término "endometriosis y guías " en inglés o español según la fuente consultada y limitando la búsqueda a los últimos cinco años, donde se obtuvieron 240 resultados y se preseleccionaron seis documentos debido a que cumplían los criterios de guía de práctica clínica para aplicación del instrumento AGREE reporting checklist.

Los seis documentos preseleccionados fueron tamizados (tamización primaria y secundaria) de acuerdo con los criterios del Manual, obteniendo cinco GPC que fueron evaluadas en su calidad metodológica con el instrumento AGREE II (Ver Tabla 2). La guía que fue descartada no tenía grados de recomendación ni sugerencias a pesar de estar publicada en una revista de alto impacto para nuestro gremio, además se enfoca en múltiples causas de dolor pélvico y no solo en endometriosis.

Tabla 2. GPC seleccionadas y evaluación de calidad en dos dominios del instrumento AGREE II.

Guía de Práctica Clínica	% Calidad AGREE II	% Calidad AGREE II
Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al. ESHRE guideline: endometriosis. <i>Hum Reprod Open</i> . 2022;2022(2):hoac009. Published 2022 Feb 26. doi:10.1093/hropen/hoac009		
Burghaus S, Schäfer SD, Beckmann MW, et al. Diagnosis and Treatment of Endometriosis. Guideline of the DGOG, SGGG and OEGGG (S2k Level, AWMF Registry Number 015/045, August 2020). <i>Geburtshilfe Frauenheilkd</i> . 2021;81(4):422-446. doi:10.1055/a-1380-3693		
Harada T, Taniguchi F, Kitajima M, et al. Clinical practice guidelines for endometriosis in Japan (The 3rd edition). <i>J Obstet Gynaecol Res</i> . 2022;48(12):2993-3044. doi:10.1111/jog.15416		

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, et al. Prise en charge de l'endométriose : recommandations pour la pratique clinique CNGOF-HAS (texte court) [Management of endometriosis: CNGOF-HAS practice guidelines]. <i>Gynecol Obstet Fertil Senol.</i> 2018;46(3):144-155. doi:10.1016/j.gofs.2018.02.027		
Kuznetsov L, Dworzynski K, Davies M, Overton C; Guideline Committee. Diagnosis and management of endometriosis: summary of NICE guidance [published correction appears in <i>BMJ.</i> 2017 Sep 11;358:j4227]. <i>BMJ.</i> 2017;358:j3935. Published 2017 Sep 6. doi:10.1136/bmj.j3935		

La formulación de recomendaciones se realizó a partir de la integración de la evidencia contenida en las GPC seleccionadas y en algunos casos a partir de evidencia reciente proveniente de revisiones sistemáticas, consensos de organismos reconocidos en el manejo de pacientes con endometriosis a nivel internacional, estudios primarios y estudios clásicos considerados relevantes por el equipo de trabajo. El equipo realizó un análisis de la pertinencia y aplicabilidad de las recomendaciones en el contexto local, y elaboró las recomendaciones junto a la síntesis de evidencia. Este documento fue enviado a revisión por la Comisión Global de Ginecoobstetricia, donde cada especialista indicó su aprobación, desaprobación, o algún cambio basado en la evidencia.

Los aportes de los revisores fueron analizados por el equipo de trabajo y se realizaron los respectivos ajustes en el documento.

La actualización de las recomendaciones se realizará en cuatro años o antes si existen cambios en la evidencia científica.

Es responsabilidad de los jefes de Servicio de las diferentes empresas Keralty divulgar las recomendaciones aquí contenidas y realizar el plan de implementación y seguimiento de la adherencia a las principales recomendaciones clínicas en sus equipos de salud.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

1. ¿La sospecha clínica es suficiente para diagnosticar endometriosis?

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

Se recomienda que los médicos consideren el diagnóstico de endometriosis en personas que presenten los siguientes signos y síntomas cíclicos y no cíclicos: dismenorrea, dispareunia profunda, disuria, disquecia, sangrado rectal doloroso o hematuria, dolor en la punta del hombro, neumotórax catamenial, tos cíclica / hemoptisis/dolor torácico, hinchazón y dolor cíclico de la cicatriz, fatiga e infertilidad. ESHRE 2022

Se debe realizar examen físico, incluido el examen vaginal cuando corresponda, para identificar nódulos profundos o endometriomas en pacientes con sospecha de endometriosis, aunque la precisión diagnóstica es baja. + ESHRE 2022

En mujeres con sospecha de endometriosis, se deben considerar pasos de diagnóstico adicionales, incluidas imágenes, incluso si el examen clínico es normal. ++ ESHRE 2022

Se recomienda el uso de una escala para medir la intensidad del dolor a la hora de evaluar el dolor o la eficacia analgésica de un tratamiento (Grado A). FRANCESA 2018

No descarte la sospecha de endometriosis si el examen abdominal o pélvico, la ecografía o la resonancia magnética son normales. NICE 2017 . [Basado en baja a evidencia de muy baja calidad procedente de estudios cuantitativos y de la experiencia y opinión del CG]

2. ¿Cuáles son las imágenes adecuadas para el diagnóstico de endometriosis?

Se recomienda a los médicos que utilicen imágenes (ultrasonido o resonancia magnetica RM la que tengan disponible) en el diagnóstico de endometriosis de cualquier subtipo, pero deben ser conscientes que un resultado negativo no excluye la endometriosis, en particular la enfermedad peritoneal superficial.+++ ESHRE 2022.

Para la endometriosis peritoneal superficial, ninguna de las modalidades de imagen mostró sensibilidad y especificidad superiores a la laparoscopia (Wykes, et al., 2004).

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

Para los quistes endometriósicos ováricos, los estudios que evaluaron la ecografía transvaginal mostraron una buena especificidad y sensibilidad (especificidad 96 % y sensibilidad 93 %) haciéndola de primera línea diagnóstica (Nisenblat, et al. al., 2016).

Las pacientes con endometriomas frecuentemente también tienen lesiones endometriósicas profundas por lo que se recomienda la evaluación de endometriosis profunda con ultrasonido o RM por personal entrenado (Grado C) FRANCESA 2018.

Antes de la resección quirúrgica de endometriosis se recomienda confirmar o descartar preoperatoriamente el grado de compromiso para que la paciente pueda tomar una decisión informada y organizar un manejo multidisciplinario si es necesario (Consenso de expertos) FRANCESA 2018

3. ¿En qué pacientes estaría indicada la laparoscopia diagnóstica?

En pacientes con resultados de imagen negativos y donde el tratamiento empírico no tuvo éxito o fue inapropiado, se recomienda que los médicos consideren ofrecer laparoscopia para el diagnóstico y tratamiento de sospecha de endometriosis. ++ ESHRE 2022

4. ¿Es útil el uso de biomarcadores para el diagnóstico de endometriosis?

Los médicos no deben utilizar la medición de biomarcadores en tejido endometrial, sangre, fluidos menstruales o uterinos para diagnosticar la endometriosis. +++ ESHRE 2022.

la medición de CA-125 en un punto de corte de >30 U/ml tiene una sensibilidad del 52,4 % y una especificidad del 92,7 % por lo que no se aconseja su uso. AAGL 2019 (56).

5. ¿En pacientes con sospecha de endometriosis está indicado dar manejo médico sin confirmación histológica?

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

Cuando la historia nos lleva a considerar la endometriosis, las imágenes pueden ayudar aún más en el diagnóstico. Si las imágenes son negativas en centros experimentados, entonces se puede sospechar endometriosis del subtipo peritoneal y ofrecer a las pacientes opciones de terapia empírica.

Se les debe explicar que el tratamiento hormonal puede reducir el dolor y no tiene un efecto negativo permanente sobre la fertilidad posterior. [Basado en evidencia de alta a baja calidad de estudios cuantitativos y la experiencia y opinión del GC] NICE 2017.

Por lo tanto, se recomienda ofrecer tratamiento hormonal a las mujeres con endometriosis sospechada, confirmada o recurrente. [Basado en evidencia de alta a baja calidad de estudios cuantitativos y la experiencia y opinión del GC] NICE 2017.

6. ¿Son efectivos los medicamentos hormonales para el manejo del dolor?

El principio de un tratamiento hormonal eficaz consiste en la inducción de la amenorrea terapéutica para pacientes con sospecha o confirmación de endometriosis por lo tanto se recomienda ofrecer a las mujeres tratamiento hormonal (anticonceptivos hormonales combinados, progestágenos, agonistas de GnRH o antagonistas de GnRH) como una de las opciones para reducir el dolor asociado a la endometriosis.

Se recomienda que los médicos adopten un enfoque de toma de decisiones compartido y tengan en cuenta las preferencias individuales, los efectos secundarios, la eficacia individual, los costos y la disponibilidad al elegir tratamientos hormonales para el dolor asociado con la endometriosis. +++ ESHRE 2022.

Se recomienda de primera línea prescribir a las mujeres un anticonceptivo hormonal combinado (oral, anillo vaginal o transdérmico) para reducir la dispareunia, la dismenorrea y el dolor no menstrual asociados con la endometriosis. ++ ESHRE 2022

A las mujeres que padecen dismenorrea asociada a endometriosis se les puede ofrecer el uso continuo de una píldora anticonceptiva hormonal combinada. ++ ESHRE 2022

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

Se recomienda también prescribir progestágenos a las mujeres para reducir el dolor asociado a la endometriosis. Los médicos deben tener en cuenta los diferentes perfiles de efectos secundarios de los progestágenos al prescribirlos. ++ ESHRE 2022

Se recomienda prescribir a las mujeres un sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (LNG-IUS) o un implante subdérmico liberador de etonogestrel para reducir el dolor asociado con la endometriosis. +++ ESHRE 2022

Se recomienda que los agonistas de GnRH se prescriban como segunda línea (p. ej., si los anticonceptivos hormonales o los progestágenos han sido ineficaces) debido a su perfil de efectos secundarios. Se debe considerar la posibilidad de prescribir una terapia complementaria hormonal combinada junto con la terapia con agonistas de GnRH para prevenir la pérdida ósea y los síntomas hipoestrogénicos. ++ ESHRE 2022

Se recomienda que los antagonistas de la GnRH se prescriban como segunda línea. ESHRE 2022.

En paciente con dolor por endometriosis refractario al manejo médico anterior o a la cirugía se recomienda prescribir inhibidores de aromatasa, estos se pueden prescribir asociados a ACOS, progestageno, análogos de GnRH o antagonistas de GnRH. ++ ESHRE 2022

Si el tratamiento hormonal inicial para la endometriosis no es eficaz, no se tolera o está contraindicado, derivar a la mujer a un servicio de ginecología, servicio especializado en endometriosis o servicio de ginecología pediátrica y adolescente para investigación y opciones de tratamiento. [Basado en evidencia de alta a baja calidad de estudios cuantitativos y la experiencia y opinión del GC] NICE 2017

7. ¿Hay evidencia en otros medicamentos (no hormonales) y otras terapias en el manejo del dolor por endometriosis?

A las mujeres se les pueden ofrecer medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) u otros analgésicos (ya sea solos o en combinación con otros tratamientos hormonales y no hormonales) para reducir el dolor asociado con la endometriosis sin embargo la terapia a largo plazo con AINE no se recomienda debido a sus efectos secundarios gástricos y renales. + ESHRE 2022

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

Se recomienda que los médicos hablen sobre temas no médicos. Estrategias para abordar la calidad de vida y psicología. Sin embargo, el beneficio para terapias no médicas específicas como (medicina china, nutrición, electroterapia, acupuntura, fisioterapia, ejercicio e intervenciones psicológicas) para reducir el dolor o mejorar las medidas de calidad de vida en mujeres con endometriosis es incierto. ESHRE 2022.

8. ¿La cirugía es efectiva para el manejo del dolor?

Se recomienda ofrecer la cirugía como una de las opciones para reducir el dolor asociado a la endometriosis en casos de fracaso del tratamiento inicial, recurrencia o afectación multiorgánica. ++ ESHRE

El abordaje laparoscópico para el tratamiento quirúrgico de la endometriosis se considera ideal por encima de la cirugía abierta (Grado B). FRANCESA 2018.

Si se considera el manejo quirúrgico los médicos deben considerar la escisión en vez de la ablación para reducir el dolor asociado a la endometriosis. ++ recomendación débil. ESHRE 2022.

Se recomienda que las mujeres con endometriosis profunda sean derivadas a un centro de experiencia en el manejo de estos casos. Las pacientes que se someten a cirugía, en particular por endometriosis profunda, deben estar informadas sobre los posibles riesgos, beneficios y efectos a largo plazo sobre la calidad de vida. GPP ESHRE 2022.

Antes de determinar la estrategia de tratamiento para la endometriosis ovárica, se recomienda medir la hormona antimülleriana como marcador de la reserva ovárica +++.

En el tratamiento quirúrgico primario de un endometrioma, se sugiere la extirpación completa en comparación con la coagulación o ablación del ovario ya que aumenta la tasa de embarazo espontáneo y es superior al tratamiento farmacológico con respecto a la reducción del dolor y la prevención de la recurrencia. +++ ALEMANA 2020.

Para la endometriosis del tabique rectovaginal y la vagina, se recomienda realizar una resección completa de la lesión. +++ FRANCESA 2018.

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

La extirpación quirúrgica de una lesión de endometriosis en una cicatriz cutánea permite controlar los síntomas y es el tratamiento de elección. +++ FRANCESA 2018.

El tratamiento de la endometriosis de la vejiga en la mayoría de los casos consiste en una cistectomía parcial. Si el nódulo de endometriosis se localiza cerca de los ostium del uréter, se debe colocar un catéter doble J inmediatamente antes de la intervención. En el caso de endometriosis del uréter el manejo quirúrgico puede ser mediante técnicas conservadoras (ureterólisis) o radicales (resección ureteral con anastomosis término-terminal o resección ureteral y reimplantación en la vejiga) siendo eficaces para reducir los síntomas de dolor, la dilatación del tracto urinario superior y la recurrencia. +++ ALEMANA 2020.

Para la endometriosis torácica y/o el neumotórax asociado a endometriosis (incluido el neumotórax catamenial), inicialmente se deben utilizar medidas farmacológicas conservadoras. Si el tratamiento médico falla o está contraindicado, se debe realizar cirugía torácica. +++ ALEMANA 2020.

En la endometriosis intestinal sintomática el afeitado rectal, la resección discoide y la resección segmentaria son las tres técnicas utilizadas para la escisión quirúrgica de la endometriosis intestinal, este manejo debe ofrecerse bajo la decisión de un grupo multidisciplinario que mínimo incluya un ginecólogo y un cirujano gastrointestinal (Grado C) Cuando la endometriosis del recto inferior se trata quirúrgicamente, se debe discutir la derivación intestinal temporal (ileostomía o colostomía) para reducir las complicaciones asociadas con la formación de fístulas y se debe informar a la paciente y recibir educación preoperatoria adecuada (Consenso de expertos). FRANCESA 2018.

9. ¿Es la cirugía eficaz para aumentar la posibilidad de embarazo?

La laparoscopia operatoria podría ofrecerse como una opción de tratamiento para la infertilidad asociada a la endometriosis en etapa I/II revisada de la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva (rASRM), ya que mejora la tasa de embarazos en curso. WEAK RECOMMENDATION ++. ESHRE 2022.

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

También se puede considerar la laparoscopia quirúrgica para el tratamiento de la infertilidad asociada al endometrioma, ya que puede aumentar sus posibilidades de embarazo natural, aunque no existen datos de estudios comparativos. WEAK RECOMMENDATION + ESHRE 2022.

Aunque no existe evidencia convincente de que la laparoscopia quirúrgica para la endometriosis profunda mejore la fertilidad, puede representar una opción de tratamiento en pacientes sintomáticas que desean concebir. WEAK RECOMMENDATION +. ESHRE 2022.

La decisión de realizar una cirugía debe guiarse por la presencia o ausencia de síntomas de dolor, la edad y preferencias de la paciente, el historial de cirugía previa, la presencia de otros factores de infertilidad, la reserva ovárica y el índice de fertilidad estimado para la endometriosis (EFI). GPP ESHRE 2022.

10. ¿Son efectivas las terapias medicas como complemento a la cirugía?

No se recomienda prescribir tratamiento hormonal preoperatorio para mejorar el resultado inmediato de la cirugía para el dolor en mujeres con endometriosis. ++ ESHRE 2022.

Cuando no se desea el embarazo, se recomienda la terapia hormonal postoperatoria, para reducir el riesgo de recurrencia del dolor relacionado con la endometriosis y mejorar la calidad de vida de las pacientes. ++ ESHRE 2022.

11. ¿Cuándo estaría indicado la histerectomía en pacientes con endometriosis?

Los médicos pueden considerar la histerectomía (con o sin extirpación de los ovarios) y/o escisión de todas las lesiones visibles de endometriosis, en aquellas mujeres que no respondieron a tratamientos más conservadores (terapia medica). Se debe informar a las mujeres que la histerectomía no necesariamente curará los síntomas o la enfermedad.

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

Cuando se toma la decisión de extirpar los ovarios, se deben considerar las consecuencias a largo plazo de la menopausia precoz y la posible necesidad de terapia de reemplazo hormonal.

Se recomienda que cuando se vaya a realizar una histerectomía, se prefiera una histerectomía total WEAK RECOMMENDATION ++. ESHRE 2022.

12. ¿Cuándo estaría indicado el uso de terapias de Reproducción asistida en pacientes con endometriosis?

Si bien el tratamiento médico es eficaz para el dolor y la recurrencia de los síntomas después de la escisión quirúrgica, no ayuda en el tratamiento de la infertilidad, para la cual las únicas opciones consideradas son la cirugía y las TAR. La cirugía aumenta las posibilidades de concebir de forma natural durante los 12 a 18 meses siguientes, independientemente de la etapa de la enfermedad. Sin embargo, la cirugía no es de ayuda cuando se considera la TAR, ya que no mejora el resultado y sólo puede dañar la respuesta ovárica a la estimulación. Por lo tanto, hoy en día, la TAR es comúnmente la opción principal que considerar en mujeres cuya infertilidad está asociada con endometriosis y cuya reserva ovárica está comprometida y/o que tienen más de 35 años, por lo anterior las recomendaciones son las siguientes.

En mujeres infértiles con endometriosis en estadio I/II de rASRM, los médicos pueden realizar inseminación intrauterina (IIU) con estimulación ovárica, en lugar de manejo expectante o IIU sola, ya que aumenta las tasas de embarazo. Aunque el valor de la IIU en mujeres infértiles con endometriosis en estadio III/IV de rASRM con permeabilidad tubárica es incierto, se podría considerar el uso de la IIU con estimulación ovárica. WEAK RECOMMENDATION + ESHRE 2022.

Las terapias de reproducción asistida (TAR) de alta complejidad se puede realizar especialmente si la función tubárica está comprometida, edad de la paciente, si hay infertilidad por factor masculino, en caso de EFI bajo y/o si otros tratamientos han fallado. No se puede recomendar un protocolo específico para terapias de alta complejidad en mujeres con endometriosis. Se pueden ofrecer protocolos tanto antagonistas como de agonistas de GnRH en función de las preferencias de los pacientes y de los médicos, ya que no se ha demostrado ninguna diferencia en la tasa de embarazos o nacidos vivos. WEAK RECOMMENDATION + ESHRE 2022.

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

En mujeres con endometriomas, se recomienda utilizar antibiótico profiláctico en el momento de la extracción de ovocitos por el riesgo de formación de abscesos ováricos después de la extracción de folículos. GPP ESHRE 2022.

No se recomienda realizar cirugía de rutina antes de la TAR ni en endometriomas para mejorar las tasas de nacidos vivos en mujeres con endometriosis en estadio I/II de rASRM, ya que los beneficios potenciales no están claros. STRONG RECOMENDATION ++, la decisión de realizar cirugía en endometriosis profunda antes de llevar a ART debe ser considerada acorde a los síntomas de dolor y no solo en datos reproductivos pues estos son inciertos. STRONG RECOMENDATION +ESHRE 2022.

13. ¿En qué casos estaría indicado la preservación de la fertilidad en la mujer con diagnóstico de endometriosis?

Se recomienda informar a todas las pacientes con endometriosis del posible impacto de esta sobre la fertilidad. Se recomienda la preservación de la fertilidad en caso de endometriosis ovárica extensa (Endometriomas bilaterales, grandes y/o recurrentes) y en pacientes menores de 35 años. ESHRE 2022, STRONG RECOMENDATION +

14. ¿Cuál debe ser el abordaje quirúrgico de la paciente con Endometrioma?

Se recomienda en casos de pacientes que vayan a ser llevadas a cirugía realizar una cistectomía en lugar de drenaje y coagulación, ya que la cistectomía reduce la recurrencia del endometrioma y el dolor asociado a la endometriosis. STRONG RECOMENDATION ++ ESHRE 2022

Al realizar una cirugía para el Endometrioma se debe tener precaución específica para minimizar el daño ovárico. STRONG RECOMENDATION + ESHRE 2022

15. ¿Ante un hallazgo casual de endometriosis en cirugía, cual debe ser el enfoque?

Los médicos no deben realizar una escisión quirúrgica de forma rutinaria o ablación por un hallazgo incidental de endometriosis asintomática en el momento de la cirugía. STRONG RECOMENDATION +

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

Los médicos no deben prescribir tratamiento médico en Mujeres con hallazgo incidental de endometriosis. STRONG RECOMMENDATION + ESHRE 2022.

16. ¿Está la endometriosis asociada a mayor riesgo de cáncer?

Aunque la endometriosis se asocia con un mayor riesgo de cáncer de ovario, mama y tiroides en particular, el aumento del riesgo absoluto en comparación con las mujeres de la población general es bajo. STRONG RECOMMENDATION ++, por lo tanto no se recomienda el cribado de cáncer de ovario en pacientes con endometriosis y si se recomienda que los médicos tranquilicen a las mujeres con endometriosis con respecto a su riesgo de cáncer y aborden su preocupación por reducir su riesgo recomendando medidas generales de prevención del cáncer (evitar fumar, mantener un peso saludable, hacer ejercicio con regularidad, tener una dieta equilibrada con consumo elevado de frutas y verduras y consumo bajo de alcohol, y uso de protección solar). Además de tranquilizar a las mujeres con endometriosis sobre el riesgo de malignidad asociado con el uso de anticonceptivos hormonales. STRONG RECOMMENDATION +

No se recomienda realizar sistemáticamente pruebas de detección de cáncer más allá de las pautas de detección del cáncer basadas en la población existentes STRONG RECOMMENDATION ++ESHRE 2022.

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

La utilización de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia asociadas a las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente se consideran una herramienta fundamental en el marco del Programa de Seguridad del Paciente de la Clínica ColSanitas y deben ser empleadas con el fin de minimizar los riesgos a los que se ve expuesto el paciente durante su proceso de atención.

La presente Guía se asocia con las siguientes Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente:

- Identificación de pacientes y de sus pruebas diagnósticas
- Gestión de la adecuada comunicación en el equipo de salud
- Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud

Para ampliar la información ver "**Programa de seguridad del paciente**".

EVENTOS ADVERSOS Y SU MANEJO*

TIPO DE EVENTO ADVERSO	ACCIÓN INMEDIATA	SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES INMEDIATAS	RESPONSABLE
Lesión neuro/vascular	Realizar reparo primario	Registro en historia clínica, reporte a seguridad del paciente y seguimiento al paciente	Ginecoobstetra. cirugía general.
Infección del sitio quirúrgico	Avisar al médico tratante y al comité de infecciones, e iniciar terapia antibiótica	Registro en historia clínica Informar a Médico Tratante	Ginecoobstetra
Lesión de vejiga	Reparar quirúrgicamente la vejiga por Urología o personal entrenado	Registro en historia clínica, reporte a seguridad del paciente y seguimiento al paciente	Ginecoobstetra Urólogo
Lesión intestinal	Reparar quirúrgicamente la lesión intestinal por cirugía general o personal entrenado	Registro en historia clínica, reporte a seguridad del paciente y seguimiento al paciente	Ginecoobstetra. Cirugía general.

* Para mayor información ver Guía de reacción inmediata

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

META	OBJETIVO	ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Disminuir riesgos de trastornos hemostáticos relacionado con la cirugía.	Disminuir riesgo de inestabilidad hemodinámica	Control de signos vitales (Monitorización de FC, TA, Saturación) cada 30 minutos. Pacientes con alto riesgo de sangrado, tomar muestras para tipificación y rastreo, reserva de sangre según orden médica y protocolo. Control LA - LE, control volemia, diuresis (Sonda vesical a cystoflo calibre 14 a 16). Cateterización de doble acceso venoso con yelco No. 16 o 14. Estar atentos a signos clínico de inestabilidad hemodinámica (palidez, alteración del estado de conciencia, hipotensión, taquicardia, dolor torácico, sangrado vaginal abundante, bajo gasto urinario) y alertar a los servicios involucrados (Banco de sangre, médicos tratantes, ginecólogos de turno, seguridad, camilleros).	Mantener constantes vitales bajo parámetros normales según paciente. Mantener la volemia y diuresis.
Brindar medidas que promueven el confort del paciente	Brindar comodidad y Seguridad a la paciente	Trasladar la paciente en camilla, cubierta, y barandas arriba. Realizar baño genital y limpieza de los miembros inferiores. Colocar toalla higiénica o pañal para estimar sangrado. Pasar la paciente a la cama. Enseñar como movilizarse en la cama. Administrar analgésico según Orden médica, para prevenir el dolor. Lavado de manos en los cinco momentos.	Paciente cómoda sin dolor. Paciente informada sobre la evolución posterior al procedimiento.
Manejo de retención urinaria, náuseas, vómito según Administración de analgesia.	Disminuir síntomas y efectos secundarios producidos por la analgesia.	Control de diuresis. Cateterización urinaria. Si pasadas 6 horas de procedimiento el paciente no puede eliminar espontáneamente o gasto urinario bajo llamar equipo tratante y ginecólogos de turno. Administración de antieméticos (Ondansetron o metoclopramida), según orden médica y protocolo para este tipo de pacientes. Colocar paquetes fríos en región púbica, levantar y asistir al paciente al baño. Proporcionar ambiente cómodo para la micción espontánea. En caso de vómito, evitar el riesgo de broncoaspiración.	Eliminación urinaria. Normal entre 0,5 a 1 cc/kg/hr. Equilibrio de líquidos. Reducir náuseas, y vómitos postoperatorios.

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

Función hemodinámica adecuada	Mantener una función hemodinámica adecuada, brindando cuidados inmediatos a la paciente	<p>Observar y valorar que el sangrado genital sea moderado a escaso.</p> <p>Observar que la herida quirúrgica No presente sangrado reciente, edema o hematoma.</p> <p>El cambio de toalla higiénica debe ser con intervalo de 2 a 3 horas (promedio).</p> <p>Cambio del pañal de dos a tres por turno.</p> <p>Lavado de manos según los cinco momentos.</p> <p>Uso de los Elementos de Protección Individual.</p> <p>Registro de evolución en Historia Clínica o en casos de signos de alerta informar al médico.</p>	<p>Paciente con signos vitales estables.</p> <p>Herida quirúrgica sin presencia de sangrado, edema o hematoma reciente.</p>
-------------------------------	---	---	---

CRITERIOS DE EGRESO HOSPITALARIO

- Dolor leve referido por la paciente
- Sangrado vaginal escaso
- Diuresis espontánea
- Tolerancia a la vía oral
- Deambulación espontánea sin signos de ortostatismo
- Estabilidad hemodinámica
- No fiebre

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES

1. Explicar a la paciente la toma de medicamentos formulados, generalmente analgésicos, anticonceptivos u otros medicamentos hormonales y si aplica el adecuado uso de medias anti embolicas o anticoagulación profiláctica.
2. Dar las indicaciones nutricionales postoperatorias como ingesta abundante de líquidos y alimentos ricos en fibra para evitar constipación al igual que dieta antiinflamatoria para paciente con endometriosis y en posoperatorios.
3. Recomendar realizar actividad física y mantener hábitos de vida saludables.
4. Informar al paciente sobre los signos de alarma que motiven nuevo control por urgencias en posoperatorio: alza térmica cuantificada >38°, sangrado masivo con compromiso hemodinámico, fetidez en la

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS	2023

secreción genital, distensión abdominal, vómito, diarrea, dificultad para orinar, dificultad respiratoria súbita, dolor y edema unilateral de pantorrillas que impida deambulación.

5. Indicar la fecha de cita control por consulta externa.
6. Explicar el aseo y manejo de la cicatriz quirúrgica.

INDICADORES DE ADHERENCIA

- Documentación del manejo medico establecido ante pacientes con sospecha, confirmación o recurrencia de endometriosis
- Documentación del uso de imágenes adecuadas sea ultrasonido o resonancia magnética con protocolos para endometriosis según la necesidad de la paciente y disponibilidad del servicio.

COSTOS Y BENEFICIOS DE LA GUÍA

No aplica.

DIAGRAMAS DE FLUJO

Ver diagrama de flujo.

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS	V1 – Julio 2021

Diagrama de flujo tratamiento paciente con endometriosis

Figura 1. Resumen de las recomendaciones sobre el tratamiento de la infertilidad asociada a endometriosis. EFI: índice de fertilidad por endometriosis; MAR, reproducción médicamente asistida.

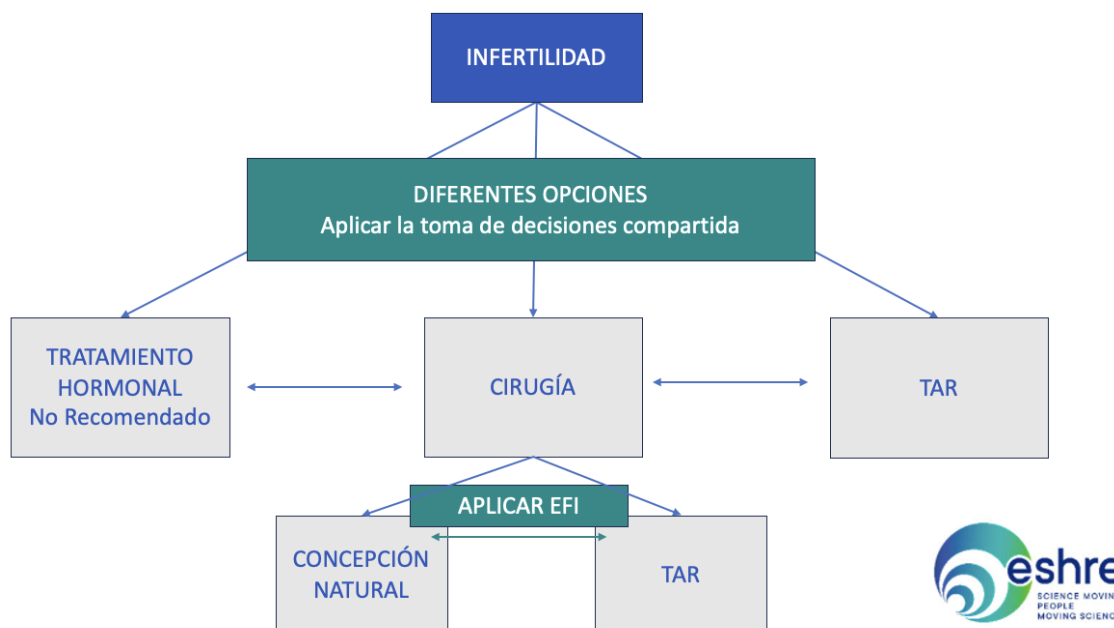
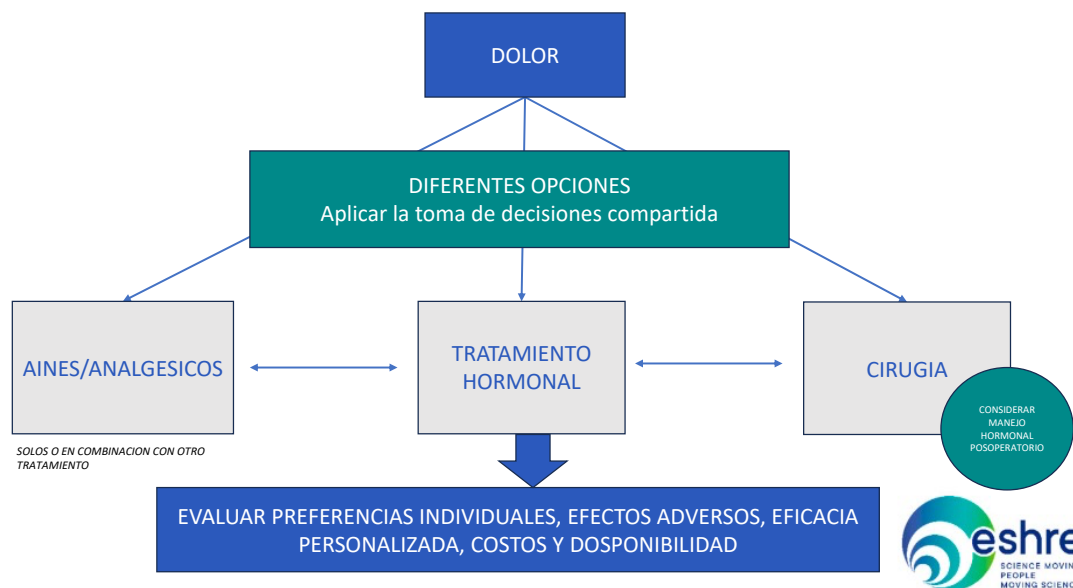


Figura 2. Resumen de las recomendaciones sobre el tratamiento del dolor asociado a endometriosis. AINES: anti inflamatorios no esteroideos.

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS	V1 – Julio 2021



REFERENCIAS

1. Horne AW, Missmer SA. Pathophysiology, diagnosis, and management of endometriosis. *BMJ*. 2022 Nov 14;379:e070750. doi: 10.1136/bmj-2022-070750. PMID: 36375827.
2. Greene R, Stratton P, Cleary SD, Ballweg ML, Sinaii N. Diagnostic experience among 4,334 women reporting surgically diagnosed endometriosis. *Fertil Steril*. 2009 Jan;91(1):32-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.11.020. Epub 2008 Mar 25. PMID: 18367178.
3. Andres MP, Arcoverde FVL, Souza CCC, Fernandes LFC, Abrão MS, Kho RM. Extrapelvic Endometriosis: A Systematic Review. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020 Feb;27(2):373-389. doi: 10.1016/j.jmig.2019.10.004. Epub 2019 Oct 13. PMID: 31618674.

AUTOR PRINCIPAL

Dr. Juan David Solarte

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS	V1 – Julio 2021

Ginecología y Obstetricia
Fellow Reproducción Humana
Fundación Universitaria Sanitas

PANEL DE EXPERTOS CLÍNICOS

Dra. Ivonne Jeannete Diaz
Ginecología y Obstetricia
Subespecialista Reproducción Humana
PMA centro de Fertilidad

Dr. Alberto Enrique Meisel
Ginecología y Obstetricia
Sub en cirugía Laparoscópica
Clínica Reina Sofía

Dr. Jimmy Castañeda
Ginecología y Obstetricia
Subespecialista Reproducción Humana
PMA centro de Fertilidad

COLABORADOR

Dra. Claudia Milena Cuellar Segura
Médica Epidemióloga Clínica
Instituto de Excelencia Clínica Keralty

Dra. Juliana Vanessa Rincón López
Médica Epidemióloga Clínica
Fundación Universitaria Sanitas

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés frente a las recomendaciones de la Guía, no estar involucrados como investigadores en ensayos clínicos en curso sobre el tema, no haber recibido donaciones o beneficios por parte de los grupos interesados en las recomendaciones y no hacer parte de grupos profesionales con conflictos de interés.

REVISADO POR

Comisión Global de Ginecoobstetricia Keralty

GUÍA CLÍNICA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS	V1 – Julio 2021

APROBADO POR

Comisión Global de Ginecoobstetricia Keralty

Fin del documento