

# Modelo de atención a las mujeres con endometriosis. Revisión sistemática de guías de práctica clínica

Care model for women with  
endometriosis. Systematic review  
of clinical practice guidelines

INFORME DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS  
AETSA

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO  
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN  
DE TECNOLOGÍAS Y PRODUCTOS SANITARIOS (REAES)

**A**  
Junta de Andalucía  
Consejería de Salud y Familias

**AETSA**  
Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía



# Modelo de atención a las mujeres con endometriosis. Revisión sistemática de guías de práctica clínica

Care model for women with  
endometriosis. Systematic review  
of clinical practice guidelines

INFORME DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS  
AETSA

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN**

Blasco Amaro, Juan Antonio

Modelo de atención a las mujeres con endometriosis. Revisión sistemática de guías de práctica clínica. Juan Antonio Blasco Amaro, Trinidad Sabalet Moya, Ana María Carlos Gil, José Luis Castro Campos, Juan Máximo Molina Linde, Isabel Viguera Guerra y María Piedad Rosario Lozano. — Sevilla: AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020.

83 p; 24 cm. (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) .

1. Endometriosis 2. Guías de Práctica Clínica I. Sabalet Moya, Trinidad II. Carlos Gil, Ana María III. Castro Campos, José Luis IV. Molina Linde, Juan Máximo V. Viguera Guerra, Isabel VI. Rosario Lozano, M<sup>a</sup> Piedad VII. Andalucía. AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía VIII. Madrid. Ministerio de Sanidad

**Autores:** Juan Antonio Blasco-Amaro, Trinidad Sabalet-Moya, Ana María Carlos-Gil, José Luis Castro-Campos, Juan Máximo Molina-Linde, Isabel Viguera-Guerra y María Piedad Rosario-Lozano.

Este documento ha sido realizado por AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para el desarrollo de las actividades del Plan anual de Trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS de 15 de noviembre de 2018 (conforme al Acuerdo del Consejo de Ministros de 7 de diciembre de 2018).

Edita: AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía  
Consejería de Salud y Familias

### **JUNTA DE ANDALUCIA**

Avda. de la Innovación s/n, Edificio Arena 1, s/n. Planta baja.

41020 Sevilla

España – Spain

aetsa.csalud@juntadeandalucia.es

Web: www.aetsa.org

**NIPO:** 133-20-044-4

**Depósito Legal:** SE 972-2020



Cita sugerida: Blasco-Amaro JA, Sabalet-Moya T, Carlos-Gil AM, Castro-Campos JL, Molina-Linde JM, Viguera-Guerra I, Rosario-Lozano MP. Modelo de atención a las mujeres con endometriosis. Revisión sistemática de guías de práctica clínica. Sevilla: Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2020.

# Modelo de atención a las mujeres con endometriosis. Revisión sistemática de guías de práctica clínica

Care model for women with  
endometriosis. Systematic review  
of clinical practice guidelines

INFORME DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS  
AETSA

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN**





# Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este informe e influir en su juicio profesional al respecto.



# Autoría y colaboradores

## Grupo de trabajo

### **Grupo de expertos (por orden alfabético)**

- Luis Carlos Álvarez García. Psicólogo Clínico. Unidade de Saúde Mental 4. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS).
- Francisco Carmona Herrera. Médico especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Clinic. Barcelona.
- Anna Carrión Aliaga. Enfermera de Práctica Avanzada. Hospital Clinic. Barcelona.
- Laureano Delange Segura. Médico especialista en Anestesiología y Reanimación. Unidad del Dolor. Hospital Regional Universitario. Málaga.
- Inmaculada García Obrero. Médica especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Francesc Xavier González Argente. Médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.
- Francisco José Guerrero García. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano.
- Alicia Hernández Gutiérrez. Médica especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- Jesús Jiménez López. Médico especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Regional Universitario. Málaga.
- José Luis Muñoz González. Médico especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid.
- Lluís Peri Cusí. Médico especialista en Urología. Hospital Clinic. Barcelona.

### **Grupo elaborador y apoyo metodológico**

- Juan Antonio Blasco Amaro (Coordinador del proyecto). Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. AETSA.
- Trinidad Sabaleta Moya. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. AETSA.
- Ana M<sup>a</sup> Carlos Gil. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. AETSA.
- José Luis Castro Campos. Licenciado en Farmacia. Jefe de Gabinete Investigación y Gestión del Conocimiento. AETSA.

- Máximo Molina Linde. Licenciado en Psicología. AETSA.
- Isabel Viguera Guerra. Licenciada en Farmacia. Especialista en Farmacia Hospitalaria. AETSA.
- María Piedad Rosario Lozano. Licenciada en Documentación. AETSA.

# Revisores externos

- María Carrera Roig. Médica especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.
- Nuria García-Escribano Ráez. SG. de Cartera de Servicios y Fondos de Compensación. Ministerio de Sanidad.
- Teresa Hernández Meléndez. SG. de Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad.
- Jordina Munros Feliu. Médica especialista en Obstetricia y Ginecología. Atención Primaria. Atención a la Salud Sexual y Reproductiva. Región Sanitaria Barcelona Ciudad.
- Amparo Ortega del Moral. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán, Granada.
- Sonia Peláez Moya. SG. de Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad.

Los contenidos del informe son responsabilidad de los autores, procediendo al eximente habitual en el caso de los revisores.

# Agradecimientos

Los autores agradecen a Lorena Aguilera Cobos, técnico de AETSA, su colaboración en el diseño gráfico de los algoritmos que componen el modelo organizativo asistencial.



# Índice

Índice de tablas y figuras .....	15
Introducción .....	17
Alcance y objetivos .....	19
Metodología .....	21
Resultados .....	23
Resultados de la búsqueda .....	23
Recomendaciones seleccionadas .....	26
Modelo organizativo asistencial .....	46
Referencias bibliográficas .....	53
Anexos .....	63
Anexo 1 Metodología complementaria.....	63
Anexo 2 Evaluación de la calidad .....	73
Anexo 3 Estudios excluidos a texto completo y motivos de exclusión .....	75
Anexo 4 Recomendaciones excluidas y modificadas .....	79



# Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Características generales de las guías de práctica clínica incluidas.....	26
Tabla 2. Organización asistencial .....	28
Tabla 3. Aspectos generales de la asistencia a las mujeres con sospecha o diagnóstico de endometriosis .....	29
Tabla 4. Información a la paciente con endometriosis .....	29
Tabla 5. Exámenes iniciales: evaluación clínica y exploraciones complementarias .....	30
Tabla 6. Derivación de mujeres con sospecha de endometriosis o endometriosis confirmada .....	32
Tabla 7. Exámenes diagnósticos de 2º nivel: valoración de la enfermedad endometriósica .....	33
Tabla 8. Exámenes complementarios de 3º nivel .....	35
Tabla 9. Tratamiento farmacológico del dolor .....	36
Tabla 10. Tratamiento quirúrgico .....	40
Tabla 11. Estrategias de atención de la infertilidad en la endometriosis .....	44
Figura 1. Diagrama de documentos seleccionados para la primera pregunta de investigación .....	24
Figura 2. Diagrama de documentos seleccionados para la segunda pregunta de investigación .....	25



# Introducción

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica estrógeno-dependiente de origen desconocido, que consiste en la implantación y crecimiento benigno de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera del útero<sup>1</sup>.

El ovario es la localización más frecuente de los focos de endometriosis; menos habitual es la presencia en el fondo de saco anterior y posterior, ligamento ancho, ligamento útero-sacro, útero, trompas de Falopio, vagina, cuello uterino, tabique recto-vaginal, ciego, íleon, canales inguinales, cicatrices abdominales o peritoneales, vejiga urinaria, uretra y ombligo<sup>2</sup>.

La endometriosis profunda se observa con más frecuencia en el tracto gastrointestinal (recto, colon sigmoideo y apéndice), siendo poco común la localización extrapélvica –parietal, diafragmática o torácica–.

Relacionada con la endometriosis, la adenomiosis se caracteriza por la presencia de glándulas o estroma endometrial en el tejido miometrial uterino<sup>2</sup>.

De manera habitual se ha considerado una prevalencia de endometriosis en las mujeres en edad reproductiva alrededor del 10 %<sup>3</sup>. Un estudio llevado a cabo recientemente por un grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad, realizó una revisión sistemática que mostró un dato de prevalencia entre el 1 y el 5 % y una incidencia entre 0,3 y 1 % anual (datos procedentes de un estudio en proceso de publicación; información facilitada por el Ministerio de Sanidad)<sup>4</sup>.

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva define 4 estadios de endometriosis utilizando 4 parámetros, localización de las lesiones, diámetro, profundidad y densidad de las adherencias determinadas por laparoscopia<sup>5</sup>:

- Estadio I o mínima: implantes aislados y sin adherencias.
- Estadio II o leve: implantes superficiales menores de 5 cm adheridos o diseminados sobre la superficie del peritoneo y ovarios.
- Estadio III o moderada: implantes múltiples, superficiales o invasivos. Adherencias alrededor de las trompas o periováricas, que pueden ser evidentes.
- Estadio IV o grave: implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen grandes endometriomas ováricos. Usualmente se observan adherencias membranosas extensas.

Habitualmente en la práctica clínica también se considera la localización extrapélvica –parietal, diafragmática o torácica–.



# Alcance y objetivos

El alcance de este documento abarca a mujeres de cualquier edad con sospecha o diagnóstico confirmado de endometriosis, que deben ser atendidas de manera integral, en el ámbito de la atención primaria y hospitalaria, y desde la perspectiva del SNS; se abordan aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento, complicaciones, seguimiento clínico, criterios de derivación, abordaje psicosocial y sexual, infertilidad, y calidad de vida.

Los objetivos son los siguientes:

- Elaborar un producto basado en la evidencia, con recomendaciones actualizadas procedentes de guías de práctica clínica de calidad, para la atención a las mujeres con sospecha o diagnóstico confirmado de la enfermedad.
- Generar una propuesta de modelo organizativo asistencial.

Estos objetivos pretenden dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación: (1) En las guías de práctica clínica de calidad ¿qué intervenciones diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento se recomiendan en la atención a las mujeres en las que se sospecha endometriosis o está diagnosticada la enfermedad? y (2) ¿Qué modelo organizativo asistencial se propone para atender a las mujeres en las que se sospecha endometriosis o está diagnosticada la enfermedad?

Este documento está dirigido a los profesionales sanitarios relacionados con la atención a las pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de endometriosis:

- Obstetricia y Ginecología
- Medicina Familiar y Comunitaria
- Medicina Física y Rehabilitación
- Urología
- Cirugía General y del Aparato Digestivo
- Anestesiología y Reanimación
- Radiodiagnóstico
- Obstetricia y Ginecología especialistas en Reproducción
- Psicología Clínica
- Enfermería
- Fisioterapia
- Terapia Ocupacional



# Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura siguiendo las recomendaciones recogidas por la declaración PRISMA<sup>6</sup>.

Se utilizaron como soporte metodológico los documentos “Actualización del Manual Metodológico de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud” (2016)<sup>7</sup>, “Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados” (2009)<sup>8</sup> y *The ADAPTE process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation* (Versión 2.0)<sup>9</sup>.

Se realizó un proceso de adopción de recomendaciones procedentes de guías de práctica clínica, con una planificación y evaluación inicial previa de las mismas, tomando como punto de partida los dos primeros pasos de un proceso de adaptación en 5 etapas que se elaboró para guías de práctica clínica desarrolladas con el sistema GRADE<sup>10</sup>. Al finalizar el procedimiento de búsqueda y selección de documentos se recopilieron todas las recomendaciones originales procedentes de las guías seleccionadas en una tabla *ad hoc* y se incorporó información relevante de las guías incluidas –título, institución de elaboración y fecha de publicación–. Además del nivel de evidencia y calidad de los estudios que soportaban las recomendaciones, se identificó la población diana, los aspectos de la enfermedad estudiados, así como la metodología utilizada para la evaluación de la calidad de la evidencia, formulación de las recomendaciones y graduación de su fortaleza de cada guía incluida.

No se elaboraron recomendaciones *de novo* y solo se matizaron algunas recomendaciones desde el punto de vista gramatical, adaptando el contenido a la práctica asistencial habitual en el SNS o eliminando frases que tuvieran una base de evidencia independiente de la recomendación principal, manteniendo la coherencia de las recomendaciones con la evidencia en la que estaban basadas.

La metodología utilizada para desarrollar el documento con las recomendaciones actualizadas y el procedimiento seguido para la elaboración de una propuesta de modelo organizativo asistencial se describen en el Anexo 1.

## Revisión externa

El documento fue revisado antes de su publicación por expertos relacionados con las áreas de especialización implicadas en el proceso de atención a las pacientes con endometriosis.

Todos los profesionales que intervinieron en la revisión del documento proporcionaron una declaración de confidencialidad e intereses, disponible bajo petición por correo electrónico ([aetsa.org](mailto:info@aetsa.org)).

# Resultados

En este apartado se presentan los resultados de la búsqueda de referencias bibliográficas, así como las características de los documentos seleccionados.

La síntesis de los resultados obtenidos se muestran en 2 subapartados, que incluyen las recomendaciones seleccionadas y el modelo organizativo asistencial.

## Resultados de la búsqueda del subapartado uno. Recomendaciones seleccionadas

Para la identificación de guías de práctica clínica para la elaboración del documento con recomendaciones actualizadas se localizaron 271 publicaciones, de las cuales se eliminaron 83 duplicadas. Se filtraron todos los documentos resultantes por título y resumen, y tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 41 referencias y se descartaron 147.

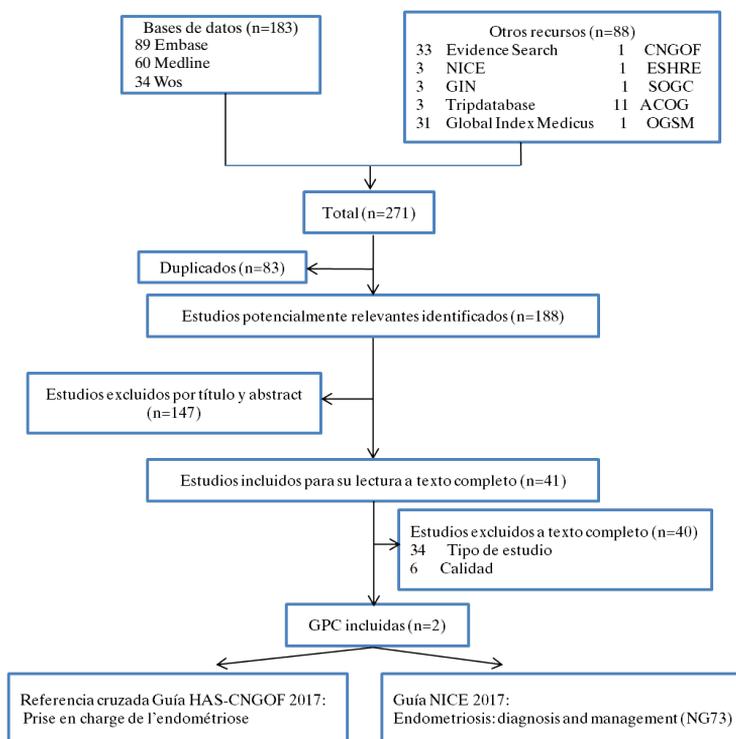
Tras la lectura a texto completo de las 41 referencias seleccionadas, se incluyó una guía para su análisis y se descartaron 40 publicaciones. Los motivos de exclusión fueron el tipo de estudio (34) y la calidad (6).

A partir de una de las guías localizadas elaborada por la *Haute Autorité de Santé* (HAS) y el *Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français* (CNGOF) publicada en la revista *Gynécologie, obstétrique, fertilité & sénologie*<sup>11</sup>, y de la versión corta de la misma publicada en inglés<sup>12</sup>, se localizó la guía completa en la página web de la HAS<sup>13</sup>. Tras la lectura a texto completo y evaluación mediante la herramienta AGREE II<sup>14</sup>, dada la calidad de la guía reseñada, se seleccionó como referencia cruzada, además de las guías incluidas.

Finalmente, los documentos incluidos fueron la guía *Endometriosis: diagnosis and management*, elaborada por NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*)<sup>15</sup> y la guía *Recommandation de bonne pratique. Prise en charge de l'endométriose*, elaborada por HAS<sup>13</sup>, ambas publicadas en 2017. Las dos guías fueron evaluadas mediante la herramienta AGREE II, con el resultado de una elevada puntuación en la mayoría de los dominios, superando el 80 % en los dominios 3 y 6. En el Anexo 2 se muestran las puntuaciones conseguidas y la valoración total de las dos guías incluidas.

A continuación se muestra el diagrama de flujo de referencias bibliográficas incluidas para la elaboración del documento con las recomendaciones actualizadas.

**Figura 1: diagrama de documentos seleccionados para la primera pregunta de investigación**



## Resultados de la búsqueda del subapartado dos. Modelo organizativo

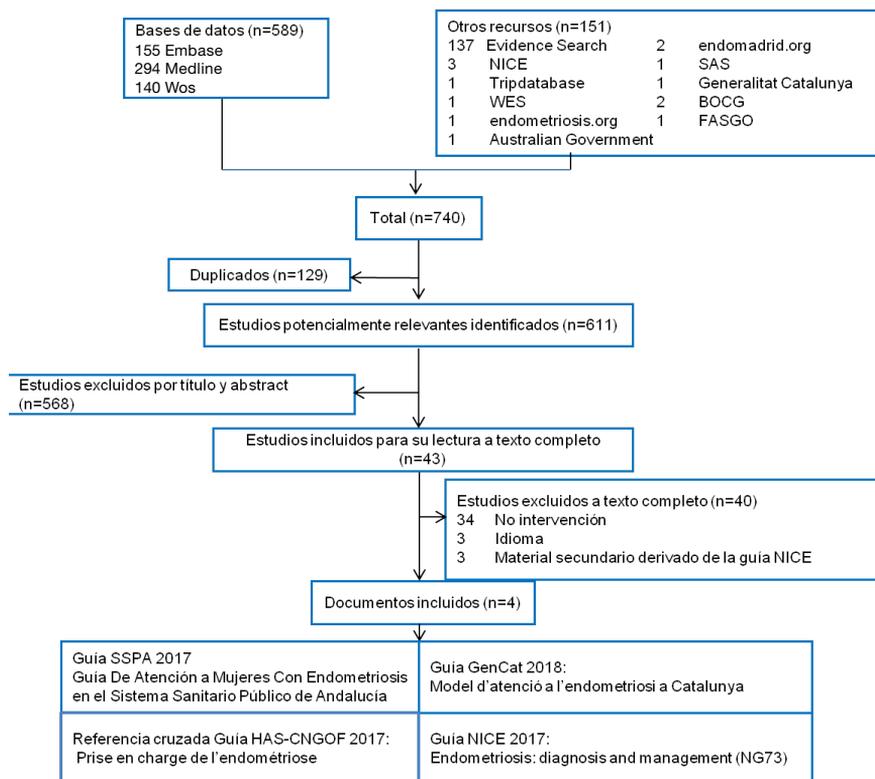
En la búsqueda de documentos para la elaboración de una propuesta de modelo organizativo asistencial se localizaron 740 referencias, de las cuales se eliminaron 129 duplicadas. Se filtraron y seleccionaron todos los documentos por título y resumen, incluyendo 43 y descartando 568.

Tras la lectura a texto completo de las 43 referencias, se seleccionaron dos guías de práctica clínica –una de ellas localizada por referencia cruzada–, que también habían sido incluidas para responder a la primera pregunta<sup>13,15</sup> y 2 documentos de apoyo elaborados dentro del entorno del SNS, la Guía de atención a mujeres con endometriosis en el Sistema Sanitario Público de Andalucía<sup>16</sup> y el *Model d'atenció a l'endometriosis a Catalunya*<sup>3</sup>.

Los motivos de exclusión para descartar los 40 documentos a texto completo fueron la intervención diferente a la definida en la pregunta de investigación (34), idioma (3) y documentación secundaria derivada de la guía NICE (3).

La figura 2 muestra el diagrama de flujo de documentos para elaborar la propuesta de modelo organizativo asistencial y en el Anexo 3 se muestran los estudios excluidos correspondientes a las dos preguntas de investigación y los motivos de exclusión.

**Figura 2: diagrama de documentos seleccionados para la segunda pregunta**



Las guías de práctica clínica incluidas utilizaron una metodología diferente para la elaboración de recomendaciones; la guía NICE utilizó la metodología GRADE<sup>17</sup> y la guía HAS utilizó un método descrito en la guía metodológica *Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode Recommandations pour la pratique clinique*, publicada por HAS<sup>18</sup>.

A continuación, en la tabla 1 se resumen las características generales de las dos guías incluidas para la selección de recomendaciones, que además sirvieron de soporte, junto a dos documentos de apoyo para la elaboración de un modelo organizativo asistencial.

Tabla 1. Características generales de las guías de práctica clínica incluidas				
Título	Entidad responsable de elaboración	País	Fecha de finalización de la búsqueda bibliográfica	Metodología utilizada para graduar las recomendaciones
<i>Endometriosis: diagnosis and management</i>	NICE ( <i>National Institute for Health and Care Excellence</i> )  NGA ( <i>National Guideline Alliance</i> )	Reino Unido  <i>National Health Service</i>	2016 (diciembre)	GRADE
<i>Prise en charge de l'endométriose</i>	HAS/CNGOF  <i>Haute Autorité de Santé /Collège national des gynécologues et obstétriciens français</i>	Francia  <i>Système de Santé Français</i>	2017	Metodología HAS:  A: Evidencia establecida B: Presunción científica C: Bajo nivel de evidencia AE: Acuerdo de expertos

Las recomendaciones seleccionadas para ser incluidas en esta revisión sistemática fueron recopiladas de las guías sintetizadas en la tabla 1; las recomendaciones originales están dirigidas específicamente al sistema de salud en el que se ha elaborado cada una de las guías.

## Recomendaciones seleccionadas

De las dos guías incluidas para responder a la primera pregunta de investigación, se recopilaron 158 recomendaciones que fueron numeradas de manera correlativa siguiendo la estructura de la clasificación. Tras el debate celebrado en las reuniones del grupo de trabajo se incluyeron 143 recomendaciones, de las que 13 fueron modificadas.

Las **recomendaciones excluidas** se enumeran a continuación: 32, 34, 36, 52, 56, 57, 60, 61, 62, 78, 84, 85, 110, 124, 145. En el Anexo 4 se detalla el texto de las recomendaciones reseñadas.

Las 13 **recomendaciones modificadas** fueron las siguientes: 21, 25, 30, 58, 75, 90, 97, 104, 126, 144, 150, 151 y 155. En el Anexo 4 se expone la versión original de las recomendaciones modificadas.

No se han incluido recomendaciones con referencia a fármacos concretos, sino a grupos farmacológicos.

Las recomendaciones seleccionadas se clasificaron en los siguientes apartados:

- Organización asistencial
- Aspectos generales de la asistencia a las mujeres con sospecha o diagnóstico de endometriosis
- Información a la paciente con endometriosis
- Exámenes iniciales: evaluación clínica y exploraciones complementarias
- Derivación de mujeres con sospecha de endometriosis o endometriosis confirmada
- Exámenes diagnósticos de 2º nivel: valoración de la enfermedad endometriósica
- Exámenes complementarios de 3º nivel
- Tratamiento farmacológico del dolor
- Tratamiento quirúrgico
- Estrategias de atención de la infertilidad en un contexto de endometriosis

Para la asignación de la fortaleza de la recomendación intervinieron, además de la certeza o calidad de la evidencia, otros factores asociados al contexto sanitario en el que se elaboraron las guías.

Por ello, se muestra el nivel de evidencia y la guía de origen junto a la recomendación, ya que **las dos guías seleccionadas se han elaborado dentro de contextos sanitarios con particularidades que los diferencian de nuestro SNS.**

A continuación se muestran en las tablas 2 a 11 las recomendaciones seleccionadas.

**Tabla 2. Organización asistencial**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 1 NICE	<p>Establecer una red asistencial compuesta por servicios de atención primaria, servicios de ginecología y unidades de endometriosis para las mujeres con sospecha o endometriosis confirmada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo económico <i>de novo</i>. Experiencia y habilidad del comité</li> </ul>
Nº 2 NICE	<p>Los servicios de atención primaria, servicios de ginecología y unidades de endometriosis deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- proporcionar atención coordinada a las mujeres con sospecha o endometriosis confirmada</li> <li>- establecer procesos para el diagnóstico y tratamiento precoz, ya que los retrasos pueden afectar a la calidad de vida y favorecer la progresión de la enfermedad</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo económico <i>de novo</i>. Experiencia y habilidad del comité</li> </ul>
Nº 3 NICE	<p>Las mujeres con sospecha o endometriosis confirmada, deben tener acceso en los servicios de ginecología a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un especialista en ginecología con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de endometriosis, incluyendo formación y habilidades en cirugía laparoscópica</li> <li>- un profesional de enfermería con experiencia en ginecología y/o endometriosis</li> <li>- un servicio multidisciplinar de tratamiento del dolor</li> <li>- un especialista en imágenes ginecológicas</li> <li>- unidades de fertilidad</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo económico <i>de novo</i>. Experiencia y habilidad del comité</li> </ul>
Nº 4 NICE	<p>Las unidades de endometriosis deben tener acceso a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- especialistas en ginecología con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis, incluyendo habilidades quirúrgicas laparoscópicas avanzadas</li> <li>- un especialista en cirugía colorrectal experto en endometriosis</li> <li>- un especialista en urología especializado en endometriosis</li> <li>- un profesional de enfermería con experiencia en endometriosis</li> <li>- un servicio multidisciplinar de tratamiento del dolor con experiencia en dolor pélvico</li> <li>- un especialista con experiencia en técnicas de imagen ginecológicas de endometriosis</li> <li>- instalaciones avanzadas de diagnóstico (por ejemplo, radiología e histopatología)</li> <li>- unidades de fertilidad</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo económico <i>de novo</i>. Experiencia y habilidad del comité</li> </ul>

NICE: *National Institute for Health and Care Excellence (National Health Service)*

**Tabla 3. Aspectos generales de la asistencia a las mujeres con sospecha o diagnóstico de endometriosis**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 5 HAS	Se recomienda la atención a las mujeres con endometriosis cuando la enfermedad tiene un impacto funcional (dolor, infertilidad) u ocasiona un deterioro del funcionamiento de un órgano • Acuerdo de expertos
Nº 6 HAS	En ausencia de síntomas, no se recomienda el cribado sistemático en la población con un riesgo aumentado debido a factores genéticos (endometriosis en familiares) o factores de riesgo relacionados con la menstruación (volumen de sangre menstrual aumentado, ciclos cortos, menarquia precoz) • Grado C: bajo nivel de evidencia. Nivel de evidencia 2
Nº 7 HAS	En las pacientes en tratamiento por endometriosis y asintomáticas no se recomienda el control sistemático mediante técnicas de imagen • Grado C: bajo nivel de evidencia. Nivel de evidencia 3
Nº 8 HAS	No se recomienda el cribado del cáncer de ovario en pacientes con endometriosis • Grado B: presunción científica. Nivel de evidencia 2
Nº 9 HAS	No se recomienda el cribado de endometriosis en la población general • Acuerdo de expertos

HAS: Haute Autorité de Santé (Système de santé français)

**Tabla 4. Información a la paciente con endometriosis**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 10 NICE	Tener en cuenta que la endometriosis puede ser una enfermedad a largo plazo y con un significativo impacto físico, sexual, psicológico y social. Las mujeres pueden tener necesidades complejas y precisar apoyo a largo plazo • Moderada a baja calidad de la evidencia procedente de estudios cualitativos
Nº 11 NICE	Evaluar las necesidades individuales de información y apoyo de las mujeres con sospecha o endometriosis confirmada, teniendo en cuenta sus circunstancias, síntomas, prioridades, deseo genésico, aspectos de la vida diaria, trabajo y estudio, antecedentes culturales y sus necesidades físicas, psicosexuales y emocionales • Moderada calidad de la evidencia procedente de estudios cualitativos
Nº 12 NICE	Proporcionar información y apoyo a las mujeres con sospecha o endometriosis confirmada, que debe incluir: - qué es la endometriosis - síntomas y signos de endometriosis - cómo se diagnostica la endometriosis - opciones de tratamiento - grupos de apoyo locales, foros en línea y organizaciones benéficas nacionales y cómo acceder a ellos • Moderada calidad de la evidencia procedente de estudios cualitativos

**Tabla 4. Información a la paciente con endometriosis**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 13 NICE	Si la mujer está de acuerdo, involucrar a su pareja (y/o a otros miembros de la familia o personas allegadas) e incluirlos en la toma de decisiones compartida <ul style="list-style-type: none"> <li>Moderada a baja calidad de la evidencia procedente de estudios cualitativos</li> </ul>
Nº 14 HAS	Se recomienda facilitar a las pacientes durante la consulta un documento informativo acordado por profesionales sanitarios y explicado en términos apropiados para la paciente, familiares que la acompañen y pareja <ul style="list-style-type: none"> <li>Acuerdo de expertos</li> </ul>
Nº 15 HAS	En el momento de decidir el tratamiento, se recomienda informar a las pacientes sobre alternativas terapéuticas, beneficios y riesgos esperados de cada tratamiento y riesgo de recurrencia, teniendo en cuenta sus expectativas y preferencias Antes de la cirugía, se proporcionará información adicional sobre su desarrollo, objetivo, beneficios e inconvenientes esperados, posibles complicaciones, cicatrices, consecuencias, así como el curso de la convalecencia <ul style="list-style-type: none"> <li>Grado C: bajo nivel de evidencia. Nivel de evidencia 3</li> </ul>
Nº 16 HAS	En mujeres con endometriosis, se recomienda a los profesionales que proporcionen información explicativa sobre la fertilidad <ul style="list-style-type: none"> <li>Acuerdo de expertos</li> </ul>

NICE: *National Institute for Health and Care Excellence (National Health Service)*; HAS: *Haute Autorité de Santé (Système de santé français)*

**Tabla 5. Exámenes iniciales: evaluación clínica y exploraciones complementarias**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 17 HAS	Los exámenes iniciales en una paciente con sospecha de endometriosis –síntomas referidos a continuación en la recomendación 21– son el examen clínico (ginecológico si es posible) y la ecografía pélvica <ul style="list-style-type: none"> <li>Acuerdo de expertos</li> </ul>
Nº 18 HAS	Ante una paciente con síntomas sugestivos de endometriosis –referidos a continuación en la recomendación 21– se recomienda, cuando sea posible, un examen ginecológico dirigido, incluyendo el fondo de saco vaginal posterior <ul style="list-style-type: none"> <li>Grado C: bajo nivel de evidencia. Nivel de evidencia 3</li> </ul>
Nº 19 NICE	Se recomienda un examen abdominal y pélvico a las mujeres con sospecha de endometriosis –tal como se refiere a continuación en la recomendación 21– para identificar masas abdominales y signos pélvicos, tales como movilidad reducida de los órganos, aumento de tamaño de los mismos, nódulos blandos en el fondo de saco vaginal posterior y lesiones endometriales visibles en la vagina <ul style="list-style-type: none"> <li>3 estudios con moderado riesgo de sesgo</li> </ul>
Nº 20 NICE	Si el examen pélvico no es posible o conveniente, se recomienda un examen abdominal para excluir masas abdominales <ul style="list-style-type: none"> <li>3 estudios con moderado riesgo de sesgo</li> </ul>

**Evaluación clínica**

**Tabla 5. Exámenes iniciales: evaluación clínica y exploraciones complementarias**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 21 NICE	<p>Sospechar la presencia de endometriosis en mujeres (incluyendo mujeres jóvenes de 17 años o menos) que presenten uno o más de los siguientes síntomas o signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dolor pélvico crónico</li> <li>- dolor relacionado con la menstruación (dismenorrea) que afecta a las actividades cotidianas y la calidad de vida</li> <li>- dolor con la penetración profunda durante o después de la relación sexual</li> <li>- síntomas gastrointestinales cíclicos o relacionados con la menstruación, en particular, dolor con la defecación (disquecia)</li> <li>- síntomas urinarios cíclicos o relacionados con la menstruación, en particular sangre en orina (hematuria) o dolor con la micción (disuria)</li> <li>- infertilidad asociada con al menos uno de los síntomas o signos anteriores               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 estudios con moderado riesgo de sesgo</li> </ul> </li> </ul>
Nº 22 HAS	<p>En caso de consulta por dolor pélvico crónico o sospecha de endometriosis se recomienda evaluar la intensidad e impacto del dolor y buscar síntomas sugestivos y localizadores de endometriosis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado B -presunción científica-. Nivel de evidencia 2</li> </ul>
Nº 23 HAS	<p>Al evaluar la intensidad del dolor o la eficacia analgésica de un tratamiento, se recomienda utilizar una escala para medir la intensidad del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado A: evidencia científica establecida. Nivel de evidencia 1</li> </ul>
Nº 24 NICE	<p>Informar a las mujeres con sospecha o endometriosis confirmada que llevar un registro diario del dolor y de los síntomas –referidos en la recomendación 21– puede facilitar las consultas (ayudar en el tratamiento de la enfermedad)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 estudios con moderado riesgo de sesgo</li> </ul>
Nº 25 HAS	<p>Para descartar endometriosis en mujeres sin deseo genésico a corto plazo, con dismenorrea aislada y respuesta favorable al tratamiento con anticonceptivos orales, no se recomiendan más pruebas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo de expertos</li> </ul>
Nº 26 HAS	<p>La endometriosis puede estar asociada a un cambio en el umbral del dolor con discordancia anatomoclínica, que intensifica el dolor –fenómeno de sensibilización–</p> <p>Se recomienda buscar síntomas sugerentes de sensibilización en las pacientes atendidas de endometriosis dolorosa</p> <p>La sensibilización central está asociada a una percepción aumentada del dolor, debido a una modulación anormal del influjo nervioso doloroso a nivel de la corteza cerebral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado B: presunción científica. Nivel de evidencia 2</li> </ul>
Nº 27 HAS	<p>En caso de síndrome de sensibilización, se recomienda una evaluación y atención a la paciente con dolor conforme a las recomendaciones habituales para todos los dolores crónicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: bajo nivel de evidencia</li> </ul>
Nº 28 HAS	<p>Como parte de la atención a las mujeres con endometriosis sintomática, se recomienda evaluar la calidad de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: bajo nivel de evidencia. Nivel de evidencia 3</li> </ul>

**Tabla 5. Exámenes iniciales: evaluación clínica y exploraciones complementarias**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
<b>Exploraciones complementarias: ecografía</b>	
Nº 29 NICE	Se sugiere una ecografía transvaginal para: <ul style="list-style-type: none"> <li>- descartar una endometriosis incluso si el examen pélvico y/o abdominal es normal,</li> <li>- identificar endometriomas y endometriosis profunda que afectan al intestino, vejiga o uréteres               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo económico <i>de novo</i>; baja/muy baja calidad de la evidencia de estudios cuantitativos</li> </ul> </li> </ul>
Nº 30 NICE	Si la ecografía transvaginal no es posible o conveniente (por ejemplo, en mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales o no dan su consentimiento), se sugiere una ecografía transabdominal de la pelvis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo económico <i>de novo</i>; baja/muy baja calidad de la evidencia procedente de estudios cuantitativos</li> </ul>
Nº 31 HAS	Cuando se detecta en la ecografía una masa ovárica indeterminada no típica de endometrioma se recomienda una RM pélvica y/o una nueva ecografía realizada por un experto <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado B: presunción científica. Nivel de evidencia 2</li> </ul>
<b>Exploraciones complementarias: marcador sérico CA125</b>	
Nº 33 NICE	No utilice el marcador sérico CA125 para diagnosticar la endometriosis. Muy baja calidad de la evidencia procedente de estudios cuantitativos.
NICE: <i>National Institute for Health and Care Excellence (National Health Service)</i> ; HAS: <i>Haute Autorité de Santé (Système de santé français)</i>	

**Tabla 6. Derivación de mujeres con sospecha de endometriosis o endometriosis confirmada**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 35 NICE	Se sugiere derivar a las mujeres al servicio de ginecología para su evaluación si presentan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- síntomas graves, persistentes o recurrentes de endometriosis</li> <li>- signos pélvicos de endometriosis</li> <li>- si el tratamiento inicial no es efectivo, no se tolera o está contraindicado               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 estudios con moderado riesgo de sesgo</li> </ul> </li> </ul>
Nº 37 NICE	Se sugiere derivar a las mujeres jóvenes (de 17 años o menos) con sospecha o endometriosis confirmada a un servicio de ginecología, un servicio con experiencia en endometriosis o servicio de ginecología que atienda a pacientes en edad pediátrica y adolescente, dependiendo de los servicios locales disponibles Nota de los autores: esta recomendación se refiere al contexto del <i>National Health Service</i> en el que se ha elaborado la guía <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 estudios con moderado riesgo de sesgo (GRADE no aplicable).</li> </ul>
NICE: <i>National Institute for Health and Care Excellence (National Health Service)</i>	

**Tabla 7. Exámenes diagnósticos de 2º nivel: valoración de la enfermedad endometriósica**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
<b>Estadíaaje</b>	
<b>Nº 38</b> <b>NICE</b>	Se recomienda prescribir tratamiento para la endometriosis de acuerdo con los síntomas, preferencias y prioridades de la mujer, en lugar del estadio de la endometriosis • Acuerdo de expertos. No estudios localizados
<b>Nº 39</b> <b>NICE</b>	Cuando se diagnostica la endometriosis, el especialista en ginecología debe documentar una descripción detallada de la presentación y localización de la enfermedad • Acuerdo de expertos. No estudios localizados
<b>Recomendaciones generales</b>	
<b>Nº 40</b> <b>HAS</b>	En mujeres con dolor pélvico crónico se recomienda descartar una endometriosis profunda en caso de dolor con la defecación durante la menstruación, signos urinarios cíclicos, dispareunia profunda intensa o infertilidad asociada • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)
<b>Nº 41</b> <b>HAS</b>	Los exámenes en una segunda etapa en el diagnóstico de endometriosis consisten en un examen pélvico dirigido, realizado por un especialista en ginecología, una ecografía transvaginal realizada por un ecografista de referencia y una RM pélvica. Estos exámenes se recomiendan para evaluar la extensión de la endometriosis, planificar la atención especializada o si existe una discordancia entre los síntomas de sospecha o localizadores de endometriosis y primeros exámenes negativos • Acuerdo de expertos.
<b>Nº 42</b> <b>HAS</b>	El informe de los exámenes (RM o ecografía) debe describir el tamaño y las localizaciones anatómicas de las lesiones de endometriosis visibles en el examen • Grado B: presunción científica
<b>Nº 43</b> <b>HAS</b>	La ecografía pélvica y la RM aportan información diferente y complementaria. La realización de estos dos exámenes depende del tipo de endometriosis sospechada, de la estrategia terapéutica considerada y de la información que se transmitirá a la paciente • Acuerdo de expertos.
<b>Nº 44</b> <b>NICE</b>	No excluir la posibilidad de endometriosis si el examen abdominal o pélvico, la ecografía o la resonancia magnética son normales. Si la sospecha clínica o los síntomas persisten, se sugiere derivar para una evaluación e investigación adicionales • Baja/muy baja calidad de la evidencia procedente de estudios cuantitativos
<b>Nº 45</b> <b>HAS</b>	En la endometriosis pélvica profunda, la RM pélvica interpretada por un especialista en radiodiagnóstico de referencia y/o la ecografía pélvica de la segunda etapa diagnóstica realizada por un especialista en ecografía de referencia son recomendadas para confirmar el diagnóstico (Grado B) y predecir la necesidad de posibles intervenciones sobre el aparato digestivo o urinario (Grado C) • Grado B: presunción científica. Grado C bajo nivel de evidencia

**Tabla 7. Exámenes diagnósticos de 2º nivel: valoración de la enfermedad endometriósica**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
<b>Resonancia Magnética (RM)</b>	
Nº 46 HAS	Si la RM pélvica es discordante con la clínica o la ecografía, se sugiere una segunda lectura de la RM por un especialista en radiodiagnóstico de referencia • Acuerdo de expertos
Nº 47 HAS	En relación a los criterios de calidad de la RM pélvica, las recomendaciones de sociedades científicas para el diagnóstico de endometriosis pélvica se basan en secuencias multiplanares en T2 y T1 con y sin saturación de grasa (nivel de evidencia 1); se recomienda la utilización de estas secuencias para el diagnóstico de endometriosis • Grado B: presunción científica
Nº 48 HAS	En la RM, la inyección de gadolinio es una opción principalmente para caracterizar una masa anexial compleja La opacificación de la vagina o del recto es útil en ausencia de una preparación digestiva previa. No es indispensable en caso de una preparación digestiva previa, que debe ser la práctica de preferencia Se recomienda hacer una adquisición de la vejiga semillena para no generar interpretaciones erróneas • Acuerdo de expertos
Nº 49 NICE	No utilizar la RM pélvica como prueba inicial para diagnosticar la endometriosis en mujeres con síntomas o signos que sugieran la presencia de endometriosis • Muy baja calidad de la evidencia procedente de estudios cuantitativos
Nº 50 NICE	Se sugiere la RM pélvica para evaluar la extensión de la endometriosis profunda que afecta al intestino, vejiga o uréteres • Muy baja calidad de la evidencia procedente de estudios cuantitativos
Nº 51 NICE	Garantizar que las RM pélvicas sean interpretadas por un especialista con experiencia en imágenes ginecológicas • Muy baja calidad de la evidencia procedente de estudios cuantitativos
<b>Laparoscopia diagnóstica</b>	
Nº 53 HAS	Se sugiere una laparoscopia diagnóstica cuando persiste la sospecha clínica de endometriosis y no se ha diagnosticado con los exámenes preoperatorios. La indicación de esta laparoscopia debe formar parte de una estrategia de atención al paciente con dolor e infertilidad • Grado C: bajo nivel de evidencia
Nº 54 HAS	Cuando se observa una imagen objetiva de endometriosis con elementos específicos y característicos (quiste y/o lesiones profundas) no se recomienda la realización de una laparoscopia con el único propósito de confirmar el diagnóstico • Grado B: presunción científica
Nº 55 NICE	En mujeres con sospecha de endometriosis profunda que afecta al intestino, vejiga o uréteres, se sugiere una ecografía pélvica o una RM antes de una cirugía laparoscópica • Modelo económico <i>de novo</i> ; estudios diagnósticos moderado-alto riesgo de sesgo

**Tabla 7. Exámenes diagnósticos de 2º nivel: valoración de la enfermedad endometriósica**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 58 HAS	En la laparoscopia diagnóstica se recomienda la realización de biopsias dirigidas (con examen anatomopatológico) en lesiones típicas o atípicas para confirmar el diagnóstico de endometriosis (Grado B) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: bajo nivel de evidencia</li> </ul>
Nº 59 HAS	En la laparoscopia diagnóstica se recomienda una descripción exhaustiva y precisa de la cavidad abdómino-pélvica, incluyendo adherencias y diferentes tipos de lesiones, con descripción macroscópica, tamaño, así como localización, para correlacionar los síntomas con la patología y guiar la atención terapéutica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo de expertos</li> </ul>
<b>Fertiloscopia</b>	
Nº 63 HAS	No se recomienda la fertiloscopia para diagnosticar endometriosis. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: bajo nivel de evidencia</li> </ul>

NICE: National Institute for Health and Care Excellence (National Health Service);  
HAS: Haute Autorité de Santé (Système de santé français)

**Tabla 8. Exámenes complementarios 3º nivel**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
<b>Seguimiento</b>	
Nº 64 NICE	Se sugiere un seguimiento en consulta (con o sin examen e imágenes pélvicas) para las mujeres con endometriosis confirmada, en particular las mujeres que optan por no someterse a una cirugía, cuando presentan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- endometriosis profunda que afecte al intestino, vejiga o uréteres o</li> <li>- 1 o más endometriomas de tamaño superior a 3 cm <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 estudios con moderado riesgo de sesgo</li> </ul> </li> </ul>
<b>Endometriosis recto-sigmoidea</b>	
Nº 65 HAS	Antes de realizar una exéresis quirúrgica para una endometriosis profunda con sospecha de afectación del aparato digestivo, se recomienda confirmar el diagnóstico antes de la intervención, para aportar una información clara a las pacientes y organizar, llegado el caso, una atención multidisciplinar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo de expertos</li> </ul>
Nº 66 HAS	Para confirmar la afectación del aparato digestivo y precisar sus características (multi o unifocal, diámetro de la lesión, profundidad de la infiltración, altura, circunferencia, carácter estenosante), se recomienda realizar un examen específico, en función de la experiencia, disponibilidad y localización de las lesiones: ecografía transvaginal, RM pélvica, eco-endoscopia rectal o colonografía por TC <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo de expertos</li> </ul>

**Tabla 8. Exámenes complementarios 3º nivel**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 67 HAS	Cuando la ecografía transvaginal y RM pélvica no confirman la invasión del colon por la endometriosis profunda, los exámenes recomendados son la eco-endoscopia rectal para las localizaciones recto-sigmoideas y colonografía por TAC para las localizaciones en el colon más superiores • Grado C: bajo nivel de evidencia
Nº 68 HAS	La colonoscopia no está recomendada si hay sospecha de endometriosis rectosigmoidea • Grado C: bajo nivel de evidencia
Nº 69 HAS	Se sugiere la colonoscopia para excluir un diagnóstico diferencial. • Acuerdo de expertos
<b>Endometriosis urinaria</b>	
Nº 70 HAS	En caso de descubrir una endometriosis pélvica profunda, se recomienda descartar una dilatación ureteropielocalicial • Grado C: bajo nivel de evidencia
Nº 71 HAS	En caso de dilatación ureteropielocalicial se recomienda una opinión especializada para el estudio de problemas renales asociados • Acuerdo de expertos
Nº 72 HAS	En caso de dolor pélvico crónico asociado a síntomas del tracto urinario inferior y una sospecha de endometriosis, se recomienda en primer lugar una RM o una ecografía para explorar una afectación vesical o ureteral de la endometriosis (nivel de evidencia 2) • Grado C: bajo nivel de evidencia
NICE: <i>National Institute for Health and Care Excellence (National Health Service)</i> ; HAS: <i>Haute Autorité de Santé (Système de santé français)</i>	

**Tabla 9. Tratamiento farmacológico del dolor**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
<b>Analgésicos</b>	
Nº 73 NICE	Para las mujeres con dolor relacionado con la endometriosis, explicar los beneficios y riesgos de los analgésicos, teniendo en cuenta la comorbilidad y las preferencias de la mujer • Muy baja calidad de la evidencia
Nº 74 NICE	Como tratamiento inicial del dolor relacionado con la endometriosis, se sugiere paracetamol o un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE) solo o combinado con otro fármaco, durante un período breve (por ejemplo 3 meses) • Muy baja calidad de la evidencia
Nº 75 NICE	Si el tratamiento con paracetamol o AINE (solo o combinado) no proporciona un alivio adecuado del dolor, se sugieren otras formas de tratamiento y/o la derivación para una evaluación adicional • Muy baja calidad de la evidencia

**Tabla 9. Tratamiento farmacológico del dolor**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 76 HAS	No se recomienda la prescripción prolongada de AINE debido a efectos secundarios gástricos y renales importantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)</li> </ul>
Nº 77 HAS	Si se sospecha un origen neuropático del dolor, se recomienda un tratamiento específico <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: baja calidad de la evidencia</li> </ul>
<b>Tratamiento hormonal de la endometriosis dolorosa</b>	
Nº 79 NICE	Explicar a las mujeres con sospecha o endometriosis confirmada que el tratamiento hormonal puede reducir el dolor y no tiene un efecto negativo permanente sobre la fertilidad posterior <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta a muy baja calidad de la evidencia</li> </ul>
Nº 80 NICE	Se recomienda tratamiento hormonal (por ejemplo, anticonceptivo oral combinado o progestágeno) a mujeres con sospecha de endometriosis, diagnóstico confirmado o recurrencia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta a muy baja calidad de la evidencia</li> </ul>
Nº 81 NICE	Si el tratamiento hormonal inicial de la endometriosis no es efectivo, no es tolerado o está contraindicado, derivar a la mujer a un servicio de ginecología, un servicio con experiencia en endometriosis o un servicio de ginecología que atienda pacientes en edad pediátrica y adolescente para la investigación y tratamientos alternativos Nota de los autores: esta recomendación se refiere al contexto del <i>National Health Service</i> en el que se ha elaborado la guía Alta a muy baja calidad de la evidencia
Nº 82 HAS	Se recomienda tener en cuenta las contraindicaciones, los potenciales efectos indeseables, los tratamientos anteriores y la opinión de la paciente para guiar la elección del tratamiento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo de expertos</li> </ul>
Nº 83 HAS	Cuando una mujer presenta una endometriosis asintomática, no hay indicación de prescribir un tratamiento hormonal en ausencia de solicitud de tratamiento anticonceptivo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: bajo nivel de evidencia</li> </ul>
Nº 86 HAS	Debido al riesgo de tromboembolismo, se recomienda seguir las reglas de buena práctica respecto al uso de anticonceptivos combinados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)</li> </ul>
Nº 87 HAS	En caso de prescripción de un agonista de la GnRH en un contexto de endometriosis, se recomienda prescribir una terapia adicional que debe incluir un estrógeno para prevenir la disminución de densidad mineral ósea y mejorar la calidad de vida de las pacientes. (En la autorización para comercialización se recomienda añadir un progestágeno) Nota de los autores: esta recomendación se refiere al contexto francés en el que se ha elaborado la guía <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)</li> </ul>
Nº 88 HAS	Se sugiere la prescripción de terapia adicional al tratamiento con agonistas de la GnRH antes de 3 meses para limitar los efectos secundarios <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo de expertos</li> </ul>

**Tabla 9. Tratamiento farmacológico del dolor**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 89 HAS	No hay evidencia que apoye una recomendación sistemática de un tratamiento hormonal preoperatorio para prevenir el riesgo de complicaciones quirúrgicas, de facilitar la cirugía, o de disminuir el riesgo de recidiva de la endometriosis • Acuerdo de expertos
Nº 90 HAS	En mujeres con endometriosis sin deseo genésico, se recomienda prescribir un tratamiento hormonal postquirúrgico para reducir el riesgo de recidiva dolorosa y mejorar su calidad de vida • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)
Nº 91 HAS	En mujeres sin deseo genésico, se recomienda prescribir un anticonceptivo oral combinado, en ausencia de contraindicaciones, después del tratamiento quirúrgico de los endometriomas, para prevenir el riesgo de recidiva • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)
Nº 92 HAS	Se recomienda continuar el tratamiento con un anticonceptivo oral combinado mientras la tolerancia sea buena y no haya deseo genésico • Grado C: bajo nivel de evidencia
Nº 93 HAS	Se recomienda la administración continua de un anticonceptivo oral combinado como pauta de preferencia después de la cirugía en caso de dismenorrea • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)
Nº 94 HAS	No se recomiendan los agonistas de la GnRH para prevenir las recidivas de endometrioma después de la cirugía • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)
Nº 95 HAS	En mujeres sin deseo genésico, se recomienda un anticonceptivo oral combinado o un DIU con levonorgestrel 52 mg como tratamiento de primera elección después de la cirugía de endometriosis • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)
Nº 96 HAS	No se recomienda un modulador selectivo del receptor de estrógenos después de la cirugía de endometriosis • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)
Nº 97 HAS	No se recomiendan los inhibidores de aromataza, los moduladores selectivos del receptor de estrógenos, los moduladores selectivos del receptor de progesterona y los anti-TNF- $\alpha$ para la atención a las mujeres con endometriosis dolorosa, al no disponer de datos suficientes • Grado C: bajo nivel de evidencia
<b>Tratamiento hormonal de la endometriosis dolorosa en adolescentes</b>	
Nº 98 HAS	En mujeres adolescentes con endometriosis dolorosa, se recomienda como tratamiento de primera elección un anticonceptivo combinado o mini-píldora con progesterona, en ausencia de contraindicaciones, dada su eficacia sobre la dismenorrea y dolores relacionados con la endometriosis en mujeres adultas, así como por su buena tolerancia • Acuerdo de expertos
Nº 99 HAS	En caso de fracasar el tratamiento de primera elección, se recomienda solicitar la opinión de un especialista que determine la mejor estrategia diagnóstica y terapéutica a adoptar • Acuerdo de expertos

**Tabla 9. Tratamiento farmacológico del dolor**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 100 HAS	En las mujeres adolescentes no se recomiendan los agonistas de GnRH como tratamiento de primera intención debido al riesgo de desmineralización ósea • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)
Nº 101 HAS	En mujeres adolescentes menores de 16 años no se recomiendan los agonistas de GnRH (en la autorización para comercialización no se recomienda la prescripción en menores de 18 años y con una duración de tratamiento inferior a 12 meses) Nota de los autores: esta recomendación se refiere al contexto francés en el que se ha elaborado la guía Los antagonistas de la GnRH deben asociarse a una terapia adicional que incluya al menos un estrógeno para prevenir la disminución de densidad mineral ósea y mejorar la calidad de vida • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)
<b>Opciones terapéuticas no medicamentosas</b>	
Nº 102 HAS	No hay datos suficientes para recomendar regímenes alimentarios o suplementos vitamínicos a las mujeres con endometriosis dolorosa • Acuerdo de expertos
Nº 103 HAS	Como complemento al tratamiento farmacológico de la endometriosis se sugiere el tratamiento con terapias no farmacológicas que hayan mostrado una mejora en la calidad de vida • Acuerdo de expertos
Nº 104 HAS	En caso de dolor crónico, se recomienda una evaluación interdisciplinar • Acuerdo de expertos
Nº 105 NICE	Advertir a las mujeres que la evidencia disponible no apoya el uso de la medicina tradicional china u otras hierbas medicinales chinas o suplementos para el tratamiento de endometriosis • Muy baja a moderada calidad de la evidencia

NICE: *National Institute for Health and Care Excellence (National Health Service)*;  
HAS: *Haute Autorité de Santé (Système de santé français)*

**Tabla 10. Tratamiento quirúrgico**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
<b>Nº 106</b> <b>NICE</b>	Preguntar a las mujeres con sospecha o endometriosis confirmada sobre sus síntomas, preferencias y prioridades con respecto al dolor y la fertilidad, para orientar la toma de decisiones quirúrgicas • Experiencia y opinión del comité de la guía (CG)
<b>Nº 107</b> <b>NICE</b>	Discutir las opciones de tratamiento quirúrgico con las mujeres con sospecha o endometriosis confirmada. Las discusiones pueden incluir: - qué implicaciones tiene una laparoscopia - que la laparoscopia puede incluir tratamiento quirúrgico (con el consentimiento previo de la paciente) - cómo la cirugía laparoscópica podría afectar a los síntomas de endometriosis - los posibles beneficios y riesgos de la cirugía laparoscópica - la posible necesidad de cirugía adicional (por ejemplo, para endometriosis recurrente o si surgen complicaciones) - la posible necesidad de cirugía programada adicional para la endometriosis profunda que afecte al intestino, vejiga o uréteres • Experiencia y opinión del CG
<b>Nº 108</b> <b>NICE</b>	Realizar cirugía laparoscópica para la endometriosis a menos que haya contraindicaciones • Muy baja a alta calidad (se refiere a la calidad de la evidencia de las variables de resultado evaluadas)
<b>Nº 109</b> <b>NICE</b>	Durante una laparoscopia diagnóstica, se sugiere el tratamiento laparoscópico en los siguientes casos: - endometriosis peritoneal que no afecta al intestino, vejiga o uréteres - endometriomas ováricos no complicados • Muy baja a alta calidad (se refiere a la calidad de la evidencia de las variables de resultado evaluadas)
<b>Nº 111</b> <b>NICE</b>	Se sugiere la cirugía de escisión en lugar de la ablación para tratar los endometriomas, teniendo en cuenta el deseo de fertilidad de la mujer y su reserva ovárica • Muy baja a alta calidad
<b>Nº 112</b> <b>HAS</b>	En caso de fracaso del tratamiento inicial, de recidiva o afectación de múltiples órganos por la endometriosis, se recomienda un abordaje médico-quirúrgico y pluridisciplinar consensuado • Acuerdo de expertos
<b>Nº 113</b> <b>HAS</b>	En las mujeres con endometriosis se recomienda el abordaje laparoscópico para tratamiento quirúrgico • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)
<b>Endometriosis pélvica mínima o leve (estadio I y II)</b>	
<b>Nº 114</b> <b>HAS</b>	La cirugía de la endometriosis pélvica mínima a leve reduce el dolor a corto y medio plazo (Nivel de evidencia 1). Se recomienda tratar de manera completa las lesiones endometrióticas pélvicas en el momento de ser descubiertas durante la laparoscopia • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)

**Tabla 10. Tratamiento quirúrgico**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
<b>Endometriosis ovárica</b>	
Nº 115 HAS	Se recomienda la quistectomía intraperitoneal laparoscópica como tratamiento quirúrgico de los endometriomas • Grado A: alto nivel de evidencia
Nº 116 HAS	En ciertas situaciones, la quistectomía por endometrioma puede conducir a una ovariectomía parcial o total, debido a las dificultades de la intervención. En ausencia de un plano de escisión es preferible no realizar la quistectomía si la paciente desea preservar su ovario • Acuerdo de expertos
Nº 117 HAS	El endometrioma ovárico muy raramente se encuentra aislado (nivel de evidencia 3). El riesgo de recidiva aumenta en caso de cirugía incompleta (nivel de evidencia 3). Se recomienda la búsqueda y el tratamiento de otras localizaciones pélvicas de endometriosis tras el diagnóstico o tratamiento quirúrgico de un endometrioma • Grado C: bajo nivel de evidencia
Nº 118 HAS	En las mujeres con endometriosis ovárica dolorosa no se recomienda la actitud expectante o la punción ecoguiada simple como tratamiento de primera línea, debido al riesgo de persistencia o recidiva rápida del dolor y de los endometriomas (nivel de evidencia 3) • Grado C: bajo nivel de evidencia
Nº 119 HAS	En las pacientes que presentan endometriomas recidivantes se sugiere la escleroterapia con etanol, debido a una tasa reducida de recidivas de los quistes en comparación con la punción simple (nivel de evidencia 3) • Acuerdo de expertos
Nº 120 HAS	No se recomienda la técnica destructiva por coagulación bipolar de los endometriomas debido a peores resultados en términos de embarazos postoperatorios y de recidivas de endometriomas (nivel de evidencia 1) • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)
<b>Endometriosis profunda que infiltra la vejiga</b>	
Nº 121 HAS	En pacientes sintomáticas se sugiere tratamiento quirúrgico de la endometriosis vesical mediante cistectomía parcial • Grado C: bajo nivel de evidencia
Nº 122 HAS	No se recomienda la resección de un nódulo endometriósico vesical únicamente por vía transuretral (grado C), ya que solo permite el acceso a la parte intravesical de la lesión y no a la infiltración adyacente del miometrio o de los ligamentos redondos y expone a una tasa más elevada de recidiva (nivel de evidencia 3) • Grado C: bajo nivel de evidencia
<b>Endometriosis profunda de los uréteres</b>	
Nº 123 HAS	En la endometriosis ureteral se recomienda el tratamiento por un equipo quirúrgico multidisciplinar (profesionales de ginecología y urología) cuando se recurre a técnicas radicales (anastomosis, reimplantación). Dado el riesgo de estenosis de la anastomosis uretero-ureteral o del lugar de reimplantación ureterovesical y del riesgo de atrofia renal progresiva pauci-sintomática, está justificada la vigilancia postoperatoria mediante imágenes • Acuerdo de expertos

**Tabla 10. Tratamiento quirúrgico**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
<b>Endometriosis profunda e infiltrante del colon y el recto</b>	
Nº 125 HAS	Se debe informar a las pacientes del riesgo de complicaciones postoperatorias graves relacionadas con la cirugía por endometriosis colorrectal (nivel de evidencia 2) • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)
Nº 126 HAS	En caso de cirugía de endometriosis con afectación del recto, se puede plantear realizar una resección parcial de la pared rectal o una resección rectal con anastomosis terminoterminal. Para reducir las complicaciones relacionadas con la aparición de una posible fístula o una dehiscencia de anastomosis, se recomienda realizar una preparación anterógrada del colon y plantearse la posibilidad de realizar una derivación digestiva temporal (preferentemente una ileostomía o bien una colostomía) por lo que la paciente debe recibir una información y una educación preoperatoria adaptada. Debido a la ausencia de estudios de alta calidad en pacientes con endometriosis colorrectal, no se puede formular una recomendación de mayor grado respecto a la realización sistemática de un estoma.  (Puntualización propuesta por el cirujano experto que fue aprobada por el grupo de trabajo).
Nº 127 HAS	En la cirugía por endometriosis digestiva se recomienda una atención multidisciplinar • Acuerdo de expertos
Nº 128 HAS	En la endometriosis profunda con afectación colorrectal, la realización de una cirugía incompleta que no extirpa todo el tejido, aumenta la tasa de recidivas de dolor postoperatorio y disminuye la tasa de embarazos postoperatorios (nivel de evidencia 3). Cuando se decide el tratamiento quirúrgico, se recomienda hacer una resección de las lesiones pélvicas de endometriosis lo más completa posible • Grado C: bajo nivel de evidencia
Nº 129 HAS	La aplicación de barreras frente a las adherencias postoperatorias que conllevan una anastomosis digestiva durante la cirugía abdómino-pélvica, favorece la aparición de complicaciones postoperatorias graves en estudios aleatorios que no incluyeron específicamente pacientes intervenidas por una endometriosis colorrectal (nivel de evidencia 1). No se recomienda utilizar barreras antiadherentes alrededor de la anastomosis digestiva en el contexto de la cirugía para la endometriosis profunda • Grado C: bajo nivel de evidencia
<b>Histerectomía conservadora con o sin anexectomía bilateral</b>	
Nº 130 HAS	En las mujeres sin deseo genésico, se sugiere la histerectomía con resección de las lesiones endometriósicas, con o sin anexectomía bilateral para reducir el riesgo de recidiva • Acuerdo de expertos
Nº 131 HAS	Teniendo en cuenta los múltiples efectos adversos de la menopausia precoz sobre las expectativas y calidad de vida (nivel de evidencia 2), la preservación de los ovarios debe ser discutida con la paciente en caso de histerectomía por endometriosis profunda • Acuerdo de expertos
Nº 132 HAS	El uso de un tratamiento hormonal en la menopausia (THM) no parece aumentar los síntomas de endometriosis después de la castración quirúrgica (nivel de evidencia 3). Se sugiere THM en las mujeres menopáusicas intervenidas quirúrgicamente por una endometriosis • Grado C: bajo nivel de evidencia

**Tabla 10. Tratamiento quirúrgico**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
<b>Endometriosis extrapélvica: parietal, diafragmática, torácica</b>	
<b>Nº 133 HAS</b>	Se aconseja una consulta con un especialista en ginecología en caso de descubrir una endometriosis torácica, dada la prevalencia de la afectación pélvica asociada (50 a 80 %) (nivel de evidencia 3) • Grado C: bajo nivel de evidencia
<b>Nº 134 HAS</b>	Se sugiere tratamiento quirúrgico en las pacientes sintomáticas con endometriosis parietal, torácica o diafragmática, debido al efecto favorable sobre el dolor (nivel de evidencia 3) • Grado C: bajo nivel de evidencia
<b>Técnicas de preservación nerviosa en la cirugía de endometriosis profunda</b>	
<b>Nº 135 HAS</b>	Durante la cirugía pélvica por endometriosis, se recomienda preservar los nervios vegetativos pélvicos siempre que sea posible • Grado C: bajo nivel de evidencia
<b>Tratamientos combinados</b>	
<b>Nº 136 NICE</b>	Después de la extirpación laparoscópica o ablación de la endometriosis, se sugiere el tratamiento hormonal (por ejemplo con anticonceptivo oral combinado), para prolongar los beneficios de la cirugía y controlar los síntomas • Muy baja a moderada calidad de la evidencia
<b>Histerectomía en combinación con tratamiento quirúrgico</b>	
<b>Nº 137 NICE</b>	Si se indica una histerectomía (por ejemplo, si la mujer tiene adenomiosis o sangrado menstrual abundante que no ha respondido a otros tratamientos), elimine todas las lesiones endometriales visibles en el momento de la histerectomía • Muy baja calidad de la evidencia
<b>Nº 138 NICE</b>	Realice histerectomía (con o sin ooforectomía) vía laparoscópica cuando se combine con tratamiento quirúrgico de la endometriosis, a menos que haya contraindicaciones • Muy baja calidad de la evidencia
<b>Nº 139 NICE</b>	Para las mujeres que se están planteando una histerectomía, discuta: - en qué consiste una histerectomía y cuándo puede ser necesaria - los posibles beneficios y riesgos de la histerectomía - los posibles beneficios y riesgos de realizar una ooforectomía al mismo tiempo - cómo podría afectar una histerectomía (con o sin ooforectomía) a los síntomas de la endometriosis - que la histerectomía debe ser combinada con la extirpación de todas las lesiones endometrióticas visibles - la recurrencia de endometriosis y la posible necesidad de cirugía adicional - los posibles beneficios y riesgos de la terapia de reemplazamiento hormonal después de la histerectomía con ooforectomía • Muy baja calidad de la evidencia

**Tabla 10. Tratamiento quirúrgico**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
<b>Tratamiento quirúrgico cuando la fertilidad es una prioridad</b>	
Nº 140 NICE	Se recomienda la escisión o ablación más adhesiolisis a las mujeres con endometriosis que no afecta al intestino, vejiga o uréteres, ya que mejora la posibilidad de un embarazo espontáneo <ul style="list-style-type: none"> <li>• El comité de la guía calificó la evidencia como “no mejor que moderada calidad”</li> </ul>
Nº 141 NICE	En mujeres con endometriomas se recomienda la quistectomía ovárica laparoscópica con escisión de la pared del quiste, ya que mejora la posibilidad de embarazo espontáneo y reduce la recurrencia. Tenga en cuenta la reserva ovárica de la mujer <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decisión basada en consenso</li> </ul>
Nº 142 NICE	Discuta los beneficios y riesgos de la cirugía laparoscópica como una opción de tratamiento para mujeres con deseo genésico y endometriosis profunda que afecta al intestino, vejiga o uréteres (asistidas por un especialista en fertilidad). Los temas a discutir pueden incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>- si la cirugía laparoscópica puede alterar la posibilidad de un embarazo futuro</li> <li>- el posible impacto en la reserva ovárica</li> <li>- el posible impacto en la fertilidad si surgen complicaciones</li> <li>- alternativas a la cirugía</li> <li>- otros factores que afectan a la fertilidad</li> <li>• Bajo-alto riesgo de sesgo</li> </ul>
Nº 143 NICE	No se recomienda tratamiento hormonal en mujeres con endometriosis y deseo genésico ya que no mejora las tasas de embarazo espontáneo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo-alto riesgo de sesgo</li> </ul>
NICE: <i>National Institute for Health and Care Excellence (National Health Service)</i> ; HAS: <i>Haute Autorité de Santé (Système de santé français)</i>	

**Tabla 11. Estrategias de atención de la infertilidad en la endometriosis**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 144 HAS	Excepto en el contexto de la fecundación in vitro (FIV), no se recomienda terapia hormonal antigonadotrópica en mujeres con endometriosis e infertilidad para aumentar la posibilidad de embarazo ni como tratamiento postquirúrgico <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado A: alto nivel de evidencia</li> </ul>
Nº 146 HAS	Para guiar la atención a las pacientes con deseo genésico e infertilidad, se recomienda el uso del <i>Índice de fertilidad en endometriosis</i> después de la cirugía <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: bajo nivel de evidencia</li> </ul>
<b>Atención a las pacientes con endometriosis en la FIV</b>	
Nº 147 HAS	En mujeres con endometriosis la inyección intracitoplasmática de espermatozoides no es de primera elección respecto a la FIV clásica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo de expertos</li> </ul>

**Tabla 11. Estrategias de atención de la infertilidad en la endometriosis**

Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 148 HAS	No se recomienda la elección de un protocolo agonista o antagonista en pacientes con endometriosis • Grado C: bajo nivel de evidencia
Nº 149 HAS	En mujeres con endometriosis, en el contexto de una FIV, se recomienda un tratamiento previo antes de la estimulación con agonistas de la GnRH y similares (Grado B) o con anticonceptivos combinados (Grado C) • Grado B/C: Grado B presunción científica (estudios de nivel intermedio) / Grado C bajo nivel de evidencia
<b>Estrategias en FIV y casos particulares: Endometriosis superficial</b>	
Nº 150 HAS	En mujeres con endometriosis e infertilidad, no se recomienda un tratamiento quirúrgico de la endometriosis superficial para aumentar la posibilidad de embarazo en la FIV • Grado C: bajo nivel de evidencia
<b>Estrategias en FIV y casos particulares: Endometrioma</b>	
Nº 151 HAS	No se recomienda el tratamiento quirúrgico de los endometriomas con la única indicación de mejorar los resultados de la FIV • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)
Nº 152 HAS	No se recomienda realizar una aspiración transvaginal sistemática bajo control ecográfico de los endometriomas antes de la FIV para aumentar la tasa de embarazo • Grado C: bajo nivel de evidencia
Nº 153 HAS	Se sugiere el drenaje por vía vaginal eco-guiada, con o sin alcoholización, de los endometriomas que puedan dificultar la punción de ovocitos • Grado C: bajo nivel de evidencia
<b>Estrategias en FIV y casos particulares: Endometriosis profunda</b>	
Nº 154 HAS	En mujeres con endometriosis profunda e infertilidad, se sugiere la FIV para aumentar la tasa de embarazo y natalidad • Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)
Nº 155 HAS	No se recomienda un tratamiento quirúrgico previo de la endometriosis profunda para mejorar los resultados de FIV • Grado C: bajo nivel de evidencia
Nº 156 HAS	En caso de fracaso de uno o más intentos de FIV en un contexto de endometriosis profunda, se recomienda una consulta médico-quirúrgica para discutir una cirugía de endometriosis • Acuerdo de expertos
<b>Estrategias en FIV y casos particulares: Endometriosis recidivante</b>	
Nº 157 HAS	En un contexto de endometriosis recidivante y de infertilidad, se recomienda una consulta médico-quirúrgica para discutir una atención adaptada • Acuerdo de expertos
<b>Estrategias en FIV y casos particulares: Preservación de la fertilidad en caso de endometriosis</b>	
Nº 158 HAS	En caso de cirugía por endometrioma ovárico, se deben discutir con la paciente las posibilidades de preservación de la fertilidad • Acuerdo de expertos

HAS: Haute Autorité de Santé (Système de santé français)

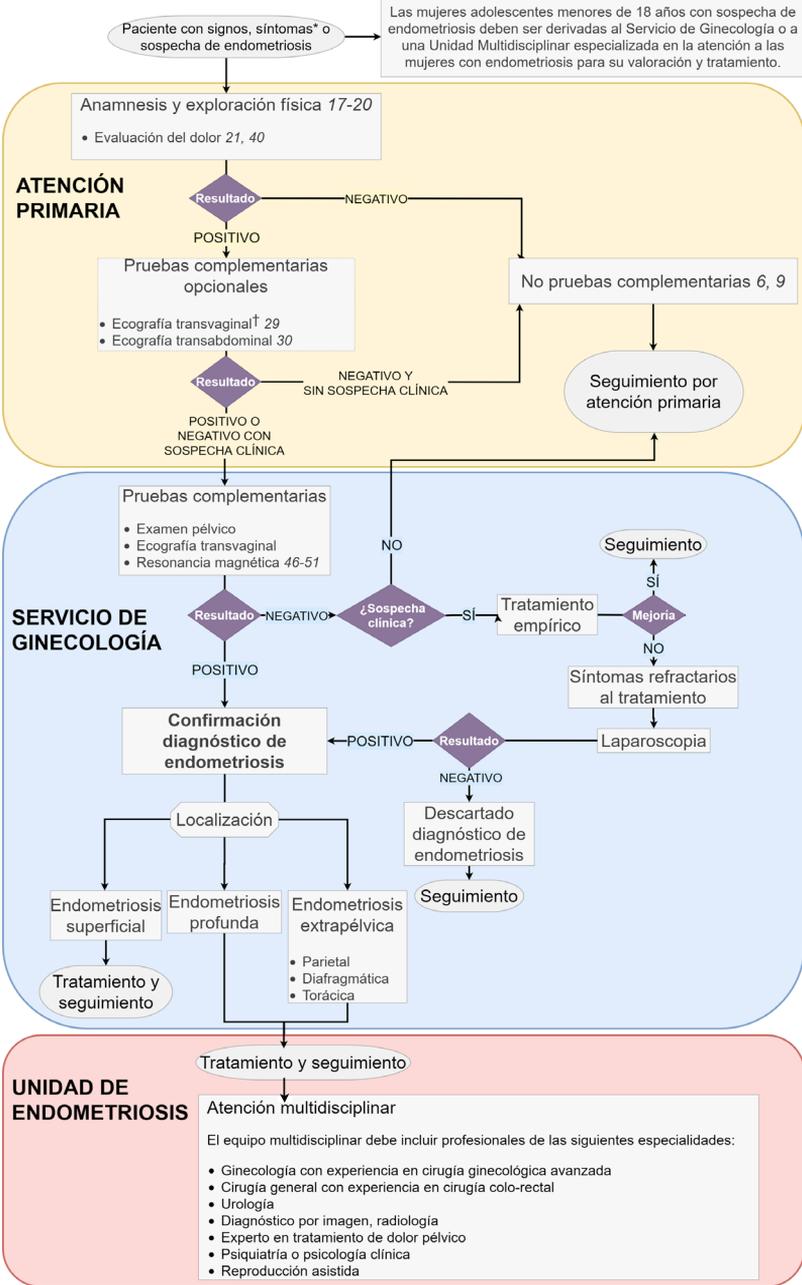
## Modelo organizativo asistencial

Se seleccionaron 4 documentos para elaborar la propuesta de modelo organizativo asistencial, 2 guías de práctica clínica – *Endometriosis: diagnosis and management*, elaborada por NICE<sup>15</sup> y *Recommandation de bonne pratique. Prise en charge de l'endométriose*, elaborada por HAS<sup>13</sup>– y 2 documentos de apoyo elaborados dentro del entorno del SNS –Guía de atención a mujeres con endometriosis en el Sistema Sanitario Público de Andalucía<sup>16</sup> y *Model d'atenció a l'endometriosis a Catalunya*<sup>3</sup>.

La propuesta de modelo organizativo asistencial fue presentada y debatida en las reuniones de trabajo, y como resultado se desarrollaron 3 algoritmos –diagnóstico, tratamiento y fertilidad– que conformaron el modelo organizativo asistencial a las mujeres con sospecha o diagnóstico confirmado de endometriosis. En los algoritmos se ha incorporado una numeración que corresponde a las recomendaciones más representativas, conservando la misma numeración que la mostrada en las tablas que contienen las recomendaciones.

A continuación se presentan los tres algoritmos.

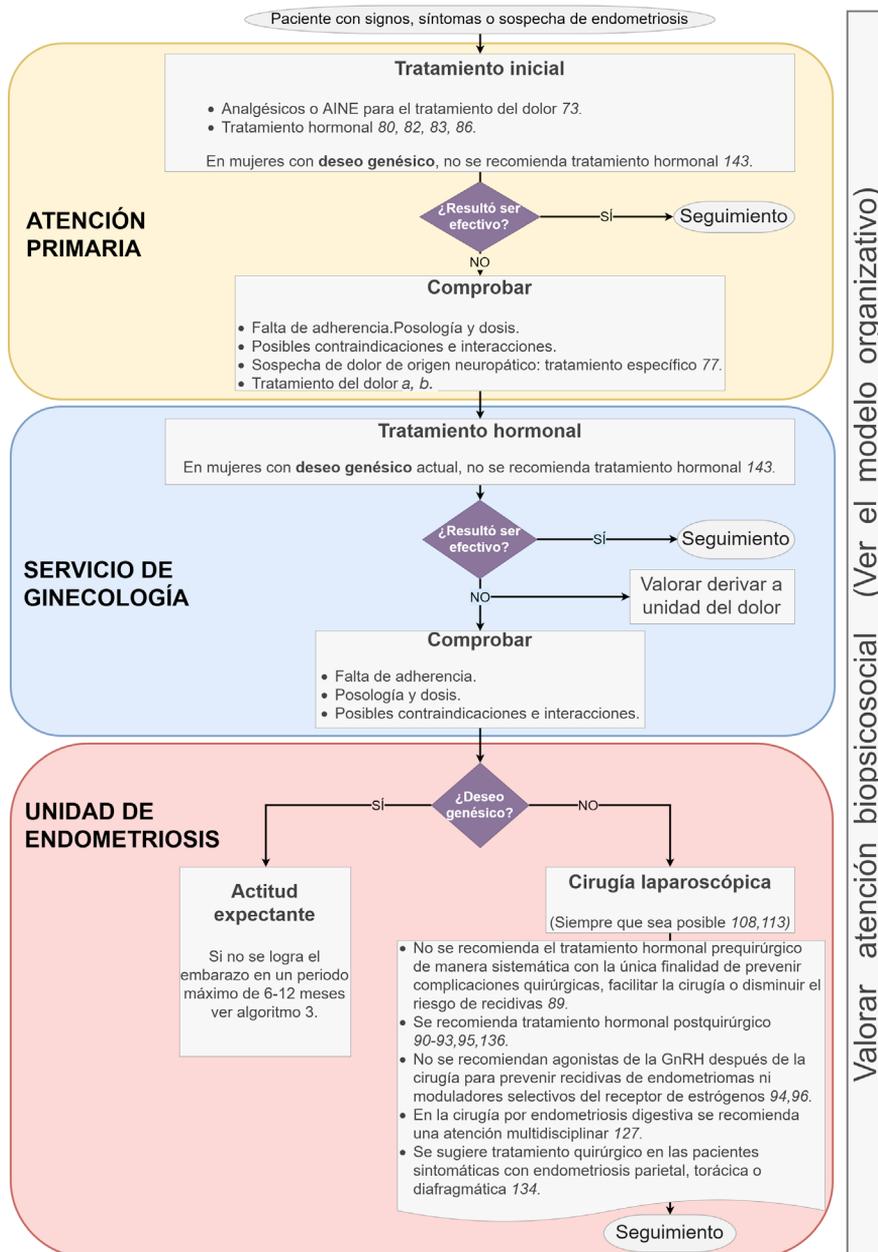
# DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSIS



\*Dolor pélvico crónico, dolor relacionado con la menstruación (dismenorrea) que afecta a las actividades cotidianas y la calidad de vida, dolor con la penetración profunda durante o después de la relación sexual, síntomas gastrointestinales/urinarios cíclicos o relacionados con la menstruación, en particular, dolor con la defecación (disquecia), sangre en orina (hematuria) o dolor con la micción (disuria), infertilidad asociada con al menos uno de los síntomas o signos anteriores (**Recomendación 21**).

† En caso de que la prueba esté disponible en el centro.

## TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS

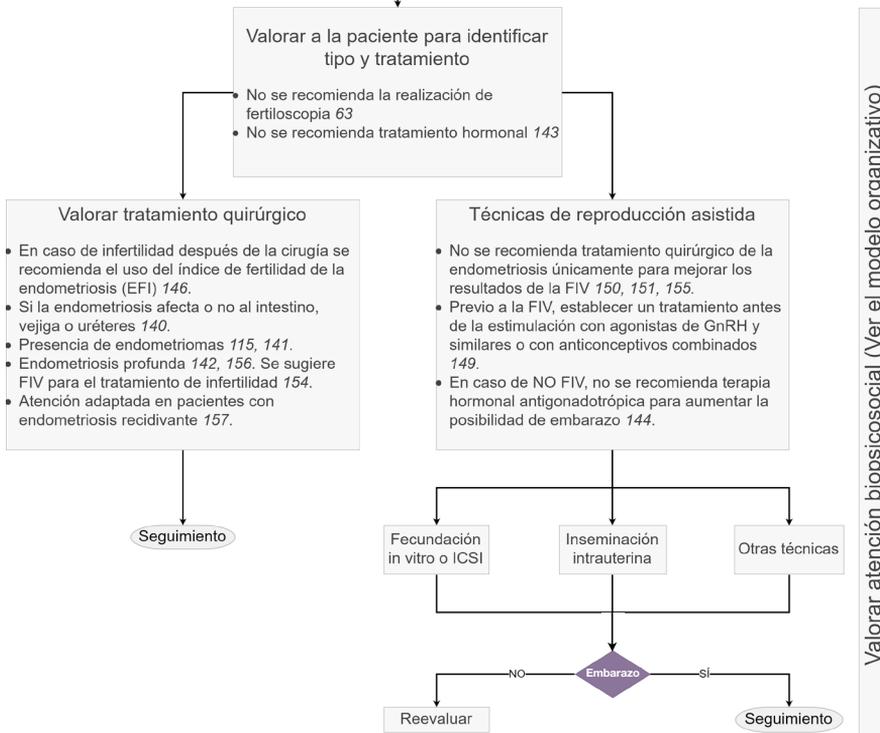


Valorar atención biopsicosocial (Ver el modelo organizativo)

a: National Institute for Health and Care Excellence. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in nonspecialist settings (NICE guideline 173). 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg173>

b: Guía de Práctica Clínica sobre el Tratamiento Farmacológico del Dolor Neuropático Periférico en Atención Primaria. 2016. <https://www.sedolor.es/grupos-de-trabajo/dolor-neuropatico/>

## ABORDAJE DE LA FERTILIDAD EN MUJERES CON ENDOMETRIOSIS Y DESEO GENÉSICO DERIVADAS A LA UNIDAD DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA



Se ha publicado recientemente una guía dentro del contexto sanitario español, elaborada por el grupo de trabajo de Endometriosis de la Sociedad Española de Fertilidad que aborda este apartado de forma específica:

*Manejo de la paciente con endometriosis durante la edad fértil. Guía de práctica clínica basada en la evidencia 2018.* Carrera M, Domínguez JA, Pérez Milán F, Gris JA, Caballero M, Álvarez C, Puente JM, Segura C, Ricciarelli E, Iniesta S, Muñoz T, García-Velasco JA.

## Consideraciones adicionales

### Equipo multidisciplinar de atención a la endometriosis

El grupo de expertos destacó el carácter multidisciplinar de los equipos de atención a la endometriosis.

El grupo de expertos identificó, dentro del equipo multidisciplinar de atención a las mujeres con endometriosis, especialistas de diferentes áreas con el conocimiento científico y experiencia en el manejo clínico de la endometriosis.

### Impacto biopsicosocial

El grupo de trabajo aportó un documento sobre el impacto biopsicosocial de las mujeres con endometriosis, que incluye el impacto de la endometriosis en la calidad de vida de las pacientes, impacto psicológico e impacto sobre la vida sexual, familiar, social y laboral.

#### • ***Impacto sobre la calidad de vida***

La enfermedad puede ser motivo de aislamiento social, fatiga, pérdida de interés, disminución del deseo sexual, imagen negativa de sí misma, pesimismo y sentimientos de inutilidad<sup>19</sup>. Por otro lado, en pacientes con problemas de fertilidad, la ira y la desesperación están muy presentes<sup>20</sup>.

Todos estos aspectos, junto al impacto que producen los tratamientos médicos y quirúrgicos interfieren en la calidad de vida de las mujeres con endometriosis<sup>1</sup>.

#### • ***Impacto psicológico***

La sintomatología ansiosa y depresiva se presenta como una comorbilidad relacionada con la endometriosis, tanto en pacientes que no tienen dolor como en las que lo tienen, siendo en estas últimas más frecuente<sup>21</sup>.

La exploración de los síntomas depresivos en mujeres con endometriosis que presentan dolor pélvico crónico puede realizarse con diferentes tipos de escalas, las más usadas son la BDI (*Beck Depressive Inventory*), que mide principalmente la dimensión depresiva del dolor y la HAD (*Hospital Anxiety and Depressive Scale*).

Los abordajes cognitivo-conductuales, estrategias orientadas a disminuir el estrés y el desarrollo de mecanismos de afrontamiento adaptativo, sumados al resto de los tratamientos médicos y quirúrgicos, se han revelado útiles como forma de reducir la sintomatología depresiva y alivio del dolor, mejorando la calidad de vida<sup>22</sup>.

• ***Impacto sobre la vida sexual***

La presencia de dispareunia es un factor importante de la calidad de vida de las mujeres con endometriosis, ya que produce dificultad para tener una vida sexual plena, afectando a la autoestima, a veces de manera profunda, y a las relaciones de pareja. No obstante, y a pesar de que la investigación en este campo es limitada, intervenciones de tipo psicosexual se han mostrado efectivas en la reducción del dolor asociado y mejora en la esfera sexual<sup>23</sup>.

• ***Impacto familiar, social y laboral***

El dolor pélvico crónico puede afectar a la relación con otras personas y alterar la vida y convivencia familiar; cuando el dolor es muy incapacitante afecta notablemente la capacidad laboral, produciéndose bajas laborales, y en muchos casos incapacidades laborales temporales o absolutas. Todo ello, al igual que se ha observado con otras enfermedades, genera una mayor sensación de aislamiento social y estigma.

La información proporcionada por el personal sanitario constituye una herramienta de valor para las mujeres afectadas, personas del entorno cercano y población general<sup>1</sup>.



# Referencias bibliográficas

1. Guía de Atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [consultado 30 mayo 2018]. URL: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf>.
2. Muñoz JL. La endometriosis: formas de presentación y manejo. Todo un mundo de posibilidades [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 2015.
3. Model d'atenció a l'endometriosi a Catalunya. Barcelona: Departament del Salut. Generalitat de Catalunya; 2018.
4. Sarría A, Asúnsolo A. Estudio para conocer la prevalencia, morbilidad atendida y carga que supone la endometriosis para el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad. De próxima aparición.
5. American Society for Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*. 1997;67(5):817-21.
6. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff fJ, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, *et al*. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *BMJ*. 2009;339:b2700.
7. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [consultado 30 mayo 2018]. URL: [http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion\\_2/?capitulo](http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/?capitulo)
8. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. 2ª ed [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2009 [consultado 30 mayo 2018]. URL: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af1956c9e59e\\_guia\\_diseno\\_mejora.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956c9e59e_guia_diseno_mejora.pdf)
9. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process. Resource Toolkit for Guideline Adaptation; 2009. Report N°: version 2.0. URL: <https://g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/resources/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>

10. Kristiansen A, Brandt L, Agoritsas T, Akl EA, Berge E, Bondi J, *et al.* Adaptation of trustworthy guidelines developed using the GRADE methodology: a novel five-step process. *Chest*. 2014;146(3):727-34.
11. Fritel X, Collinet P, Revel-Delhom C, Canis M. CNGOF-HAS Endometriosis guidelines: Aim, method, organisation and limits. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018;46(3):139-43
12. Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, *et al.* Management of endometriosis: CNGOF/HAS clinical practice guidelines - Short version. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2018;47(7):265-74.
13. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'endométriose. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine Cedex: CNGOF-HAS; 2017.
14. Consorcio AGREE. Instrumento AGREE II. Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica [Internet]. Canada: AGREE Trust; 2009 [consultado 30 mayo 2018]. URL: [https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE\\_II\\_Spanish.pdf](https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf)
15. National institute for Health and Care Excellence. Endometriosis: diagnosis and management. Guidance [Internet]. London: NICE; 2017 [consultado 30 mayo 2019]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73>.
16. Guía de atención a mujeres con endometriosis en el Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud; 2017 [consultado 30 mayo 2019]. URL: [http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/692/pdf/guia\\_endometriosis\\_2018.pdf](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/692/pdf/guia_endometriosis_2018.pdf)
17. National institute for Health and Care Excellence. Developing NICE guidelines: the manual [Internet]. London: NICE; 2014 [consultado 30 mayo 2019]. URL: <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/resources/developing-nice-guidelines-the-manual-pdf-72286708700869>
18. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique. Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine Cedex: HAS; 2010.
19. Kumar A, Gupta V, Maurya A. Mental health and quality of life in chronic pelvic pain and endometriosis patients. *SIS J. Proj. Psy. & Ment. Health*. 2010;17(2):153-57.
20. Kaatz J, Solari-Twadell PA, Cameron J, Schultz R. Coping with endometriosis. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2010;39(2):220-5.

21. Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(1):88-92.
22. Donatti L, Ramos DG, Andres M de P, Passman LJ, Podgaec S. Patients with endometriosis using positive coping strategies have less depression, stress and pelvic pain. *Einstein (Sao Paulo).* 2017;15(1):65-70.
23. Aerts L, Grangier L, Streuli I, Dällenbach P, Marci R, Wenger J *et al.* Psychosocial impact of endometriosis: From co-morbidity to intervention. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;50:2-10.
24. Bazot M, Bharwani N, Huchon C, Kinkel K, Cunha TM, Guerra A, *et al.* European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. *Eur Radiol.* 2017;27(7):2765-75.
25. Young S, Burns MK, DiFrancesco L, Nezhat A, Nezhat C. Diagnostic and treatment guidelines for gastrointestinal and genitourinary endometriosis. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2017;18(4):200-9.
26. Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, *et al.* Management of endometriosis: CNGOF/HAS clinical practice guidelines - Short version. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2018;47(7):265-74.
27. Fang J, Piessens S. A step-by-step guide to sonographic evaluation of deep infiltrating endometriosis. *Sonography.* 2018;5(2):67-75.
28. Hwang H, Chung YJ, Lee SR, Park HT, Song JY, Kim H, *et al.* Clinical evaluation and management of endometriosis: guideline for Korean patients from Korean Society of Endometriosis. *Obstet Gynecol Sci.* 2018;61(5):553-64.
29. Saridogan E, Becker CM, Feki A, Grimbizis GF, Hummelshoj L, Keckstein J, *et al.* Recommendations for the surgical treatment of endometriosis— part 1: ovarian endometrioma. *Gynecol Surg.* 2017;14(1):27.
30. ACOG Committee Opinion No. 760 Summary: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):1517-8.
31. Subramaniam R, Sinthamoney E, Damodaran P, *et al.* Clinical guidelines for the management of endometriosis 2016 [Internet]. Kuala Lumpur: Obstetrical and Gynaecological Society of Malaysia (OGSM); 2016 [consultado 3 junio 2018]. URL: <https://www.ogsm.org.my/docs/Endometriosis-guideline.pdf>
32. Ulrich U, De Wilde RL. New guidelines on diagnosis and treatment of endometriosis in German-speaking countries. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy.* 2016;5(1):41-3.

33. Zannoni L, Forno SD, Paradisi R, Seracchioli R. Endometriosis in Adolescence: Practical Rules for an Earlier Diagnosis. *Pediatr Ann.* 2016;45(9):e332-5.
34. Ballester M, Roman H. Surgical management of deep endometriosis with colorectal involvement: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):290-5.
35. Bolze PA, Paparel P, Golfier F. Urinary tract involvement by endometriosis. Techniques and outcomes of surgical management: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):301-8.
36. Borghese B, Santulli P, Marcellin L, Chapron C. Definition, description, clinicopathological features, pathogenesis and natural history of endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):156-67.
37. Bourdel N, Chauvet P, Canis M. Diagnostic strategies for endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):209-13.
38. Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B *et al.* Management of endometriosis: CNGOF-HAS practice guidelines (short version). *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):144-55.
39. Chauffour C, Pouly JL, Gremeau AS. Endometrioma and management by assisted reproductive technology: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):349-56.
40. Chauffour C, Pouly JL, Gremeau AS. Management by assisted reproductive technology in women with endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):338-48.
41. Decanter C, d'Argent EM, Boujenah J, Poncelet C, Chauffour C, Collinet P, *et al.* Endometriosis and fertility preservation: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):368-72.
42. Denouel A, Fauconnier A, Torre A. Expectations of women with endometriosis: What information to deliver? CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):214-22.
43. Fauconnier A, Borghese B, Huchon C, Thomassin-Naggara I, Philip CA, Gauthier T *et al.* Epidemiology and diagnosis strategy: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):223-30.
44. Geoffron S, Cohen J, Sauvan M, Legendre G, Wattier JM, Daraï E, *et al.* Endometriosis medical treatment: Hormonal treatment for the

- management of pain and endometriotic lesions recurrence. CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):231-47.
45. Huchon C, Aubry G, Ploteau S, Fauconnier A. Specific clinical signs suggestive of endometriosis (excluding adenomyosis) and questionnaires of symptoms, pain and quality of life: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):168-76.
  46. Legendre G, Delbos L, Hudon E, Chabbert-Buffet N, Geoffron S, Sauvan M, *et al.* New medical treatments for painful endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):256-63.
  47. Loriau J, Petit E, Mephon A, Angliviél B, Sauvanet E. Evidence-based ways of colorectal anastomotic complications prevention in the setting of digestive deep endometriosis resection: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):296-300.
  48. Mathieu d'Argent E, Cohen J, Chauffour C, Pouly JL, Boujenah J, Poncelet C *et al.* Deeply infiltrating endometriosis and infertility: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):357-67.
  49. Merlot B, Ploteau S, Abergel A, Rubob C, Hocke C, Canis M, *et al.* Extragenital endometriosis: Parietal, thoracic, diaphragmatic and nervous lesions. CNGOF-HAS Endometriosis. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):319-25.
  50. Niro J, Panel P. Interest of hysterectomy with or without bilateral oophorectomy in the surgical treatment of endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):314-8.
  51. Philip CA, Dubernard G. Performances and place of sonography in the diagnostic of endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):185-99.
  52. Ploteau S, Merlot B, Roman H, Canis M, Collinet P, Fritel X. Minimal and mild endometriosis: Impact of the laparoscopic surgery on pelvic pain and fertility. CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):273-7.
  53. Rabischong B, Botchorishvili R, Bourdel N, Curinier S, Campagne-Loiseau S, Pouly JL, *et al.* Nerve sparing techniques in deep endometriosis surgery to prevent urinary or digestive functional disorders: Techniques and results: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):309-13.

54. Roman H, Ballester M, Loriau J, Canis M, Bolze PA, Niro J, *et al.* Strategies and surgical management of endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):326-30.
55. Rubod C, Jean Dit Gautier E, Yazbeck C. Surgical management of endometrioma: Different alternatives in term of pain, fertility and recurrence. CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):278-89.
56. Santulli P, Collinet P, Fritel X, Canis M, d'Argent EM, Chauffour C, *et al.* Management of assisted reproductive technology (ART) in case of endometriosis related infertility: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):373-5.
57. Sauvan M, Chabbert-Buffet N, Canis M, Collinet P, Fritel X, Geoffron S, *et al.* Medical treatment for the management of painful endometriosis without infertility: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018 ;46(3):267-72.
58. Sauvan M, Chabbert-Buffet N, Geoffron S, Legendre G, Wattier JM, Fernandez H. Management of painful endometriosis in adolescents: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):264-6.
59. Tardieu A, Sire F, Gauthier T. Diagnosis accuracy of endoscopy (laparoscopy, hysteroscopy, fertiloscopy, cystoscopy, colonoscopy) in case of endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):200-8.
60. Thomassin-Naggara I, Bendifallah S, Rousset P, Bazot M, Ballester M, Darai E. Diagnostic performance of MR imaging, coloscan and MRI/CT enterography for the diagnosis of pelvic endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):177-84.
61. Wattier JM. Conventional analgesics and non-pharmacological multidisciplinary therapeutic treatment in endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(3):248-55.
62. Burghaus S, Fehm T, Fasching PA, Blum S, Renner SK, Baier F, *et al.* The International Endometriosis Evaluation Program (IEEP Study) - A Systematic Study for Physicians, Researchers and Patients. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2016;76(8):875-81.
63. de la Fuente L, Ortega S, Monzó A, Martín B, Iñarra MJ, Hernández C, *et al.* Preserving fertility in endometriosis: Current state of knowledge and role of the public health system. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica.* 2016;3(3):119-27.

64. Hirsch M, Duffy JM, Barker C, Hummelshoj L, Johnson NP, Mol B, *et al.* Protocol for developing, disseminating and implementing a core outcome set for endometriosis. *BMJ Open.* 2016;6(12):e013998.
65. Khine YM, Taniguchi F, Harada T. Clinical management of endometriosis-associated infertility. *Reprod Med Biol.* 2016;15(4):217-25.
66. Schleedoorn MJ, Nelen WL, Dunselman GA, Vermeulen N; EndoKey Group. Selection of key recommendations for the management of women with endometriosis by an international panel of patients and professionals. *Hum Reprod.* 2016;31(6):1208-18.
67. Schneider C, Oehmke F, Tinneberg HR, Krombach GA. MRI technique for the preoperative evaluation of deep infiltrating endometriosis: current status and protocol recommendation. *Clin Radiol.* 2016;71(3):179-94.
68. Bazot M, Bharwani N, Huchon C, Kinkel K, Cunha TM, Guerra A, *et al.* European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. *Eur Radiol.* 2017;27(7):2765-75.
69. Gemmell LC, Webster KE, Kirtley S, Vincent K, Zondervan KT, Becker CM. The management of menopause in women with a history of endometriosis: a systematic review. *Hum Reprod Update.* 2017; 23(4):481-500.
70. Méndez Fernández R, Barrera Ortega J. Magnetic resonance imaging of pelvic endometriosis. *Radiologia.* 2017;59(4):286
71. Mettler L, Alkatout I, Keckstein J, Meinhold-Heerlein I, editors. *Endometriosis: A concise practical guide to current diagnosis and treatment.* 1st ed. Tuttlingen: Endo Press ® GmbH; 2017.
72. Pissetti VC, Nunes RD, Zomer M T, Kondo W. Fast-Track Surgery in Intestinal Deep Infiltrative Endometriosis. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders.* 2017;9(4):263-9.
73. Rogers PA, Adamson GD, Al-Jefout M, Becker CM, D'Hooghe TM, Dunselman GA, *et al.* Research Priorities for Endometriosis. *Reprod Sci.* 2017;24(2):202-26.
74. Ugwumadu L, Chakrabarti R, Williams-Brown E, Rendle J, Swift I, John B, *et al.* The role of the multidisciplinary team in the management of deep infiltrating endometriosis. *Gynecol Surg.* 2017;14(1):15.
75. Young S, Burns MK, DiFrancesco L, Nezhat A, Nezhat C. Diagnostic and treatment guidelines for gastrointestinal and genitourinary endometriosis. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2017;18(4):200-9.
76. Zalewski M, Zeppernick F, Wölfler MM, Keckstein J, Sillem M, Schweppe KW, *et al.* Pattern of endometriosis care in German-speaking countries:

- The QS ENDO Project. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*. 2017;14(6):311-2.
77. Australian Department of Health. National action plan for endometriosis [Internet]. Canberra: Australian Department of Health; 2018 [consultado 7 junio 2018]. URL: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/national-action-plan-for-endometriosis.pdf>
  78. Barra F, Scala C, Biscaldi E, Vellone VG, Ceccaroni M, Terrone C, *et al.* Ureteral endometriosis: a systematic review of epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment, risk of malignant transformation and fertility. *Hum Reprod Update*. 2018;24(6):710-730.
  79. Bendifallah S, Roman H, Rubod C, Leguevaque P, Watrelot A, Bourdel N, *et al.* Impact of hospital and surgeon case volume on morbidity in colorectal endometriosis management: a plea to define criteria for expert centers. *Surg Endosc*. 2018;32(4):2003-11.
  80. Daniilidis A, Pados G. Comments on the ESHRE recommendations for the treatment of minimal endometriosis in infertile women. *Reprod Biomed Online*. 2018;36(1):84-7.
  81. Geukens EI, Apers S, Meuleman C, D'Hooghe TM, Dancet EAF. Patient-centeredness and endometriosis: Definition, measurement, and current status. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;50:11-17.
  82. Golfier F, Chanavaz-Lacheray I, Descamps P, Agostini A, Poilblanc M, Rousset P, *et al.* The definition of Endometriosis Expert Centres. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2018;47(5):179-81.
  83. Hirsch M, Begum MR, Paniz É, Barker C, Davis CJ, Duffy J. Diagnosis and management of endometriosis: a systematic review of international and national guidelines. *BJOG*. 2018;125(5):556-64.
  84. Hogg S, Vyas S. Endometriosis update. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2018;28(3):61-9.
  85. Hwang H, Chung Y-J, Lee SR, Park H-T, Song J-Y, Kim H, *et al.* Clinical evaluation and management of endometriosis: guideline for Korean patients from Korean Society of Endometriosis. *Obstet Gynecol Sci*. 2018;61(5):553-64.
  86. Kho RM, Andres MP, Borrelli GM, Neto JS, Zanluchi A, Abrao MS, *et al.* Surgical treatment of different types of endometriosis: Comparison of major society guidelines and preferred clinical algorithms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;51:102-10.
  87. Siristatidis C, Rigos I, Pergialiotis V, Karageorgiou V, Christoforidis N, Daskalakis G, *et al.* Endometrial injury for patients with endometriosis and

- polycystic ovary syndrome undergoing medically assisted reproduction: current data and a protocol. *Horm Mol Biol Clin Investig*. 2018;35(1).
88. Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (SBU). Endometriosis: diagnosis, treatment and patient experiences. A systematic review and assessment of medical, economic, social and ethical aspects [Internet]. Stockholm: SBU; 2018 [consultado 7 junio 2018]. URL: [https://www.sbu.se/contentassets/35858a6d8b2847b1b3839198f8c6618a/endometriosis\\_summary\\_2018.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/35858a6d8b2847b1b3839198f8c6618a/endometriosis_summary_2018.pdf)
  89. Chanavaz-Lacheray I, Darai E, Descamps P, Agostini A, Poilblanc M, Rousset P *et al*. Définition des centres experts en endométrie. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018;46(3):376-82.
  90. Darai E, Bendifallah S, Chabbert-Buffet N, Golfier F. Creation of expert centers on endometriosis. *Presse Med*. 2017;46(12 Pt 1):1218-22.
  91. Bourdel N, Chauvet P, Canis M. Stratégies diagnostiques dans l'endométrie, RPC Endométrie CNGOF-HAS. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018;46(3):209-13.
  92. Alkatout I, Egberts JH, Mettler L, Doniec M, Wedel T, Jünemann KP, *et al*. Interdisciplinary Diagnosis and Treatment of Deep Infiltrating Endometriosis. *Zentralbl Chir*. 2016;141(6):630-8.
  93. Imesch P, Fink D. Endometriosis Update 2016. *Praxis (Bern 1994)*. 2016;105(5):253-7.
  94. Schäfer SD, Kiesel L. Diagnosis and treatment of endometriosis according to the S2k guidelines [Diagnostik und Therapie der Endometriose nach der S2k-Leitlinie]. *Gynakologe*. 2018;51(1):49-60.
  95. National Institute for Health and Care Excellence. Endometriosis. Quality standard [Internet]. London: NICE; 2018 [acceso 9 junio 2018]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs172/resources/endometriosis-pdf-75545657547973>
  96. National institute for Health and Care Excellence. Endometriosis: diagnosis and management. Tools and resources [Internet]. London: NICE; 2017 [consultado 30 mayo 2019]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73/resources>
  97. National Institute for Health and Care Excellence. Health and social care directorate: quality standards and indicators briefing paper [Internet]. London: NICE; 2017 [consultado 9 junio 2018]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs142/documents/briefing-paper>



# Anexos

## Anexo 1. Metodología complementaria

### Planificación del proyecto

En la planificación del proyecto intervinieron profesionales pertenecientes a AETSA. Se elaboró el protocolo y se definieron el alcance, objetivos, las preguntas de investigación en formato PICOd y la metodología para la elaboración del documento.

### Estrategia y búsqueda bibliográfica

Para el desarrollo de la estrategia de búsqueda, se definieron 2 preguntas de investigación en formato PICOd –población, intervención, comparación, *outcomes*/resultados y diseño de los estudios–. Las 2 búsquedas bibliográficas se limitaron por idioma –inglés, francés y español– y, en el caso de la primera pregunta de investigación, por tipo de estudio –guías de práctica clínica–. A partir de la búsqueda exploratoria para alcance y objetivos se identificaron guías nacionales e internacionales de reciente publicación relacionadas con la atención a las mujeres con endometriosis, por lo que se limitó la búsqueda a documentos publicados desde 2016 –últimos tres años– hasta marzo de 2019.

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática e independiente para cada pregunta de investigación. Se exploraron las bases de datos MEDLINE –a través de la plataforma OvidSP–, EMBASE y *Science Citation Index Expanded –web of Science–*. Se utilizó una terminología específica para cada base de datos –*meSH* y *Emtree*– que se completó con lenguaje natural.

Para localizar documentos adicionales se consultaron otros recursos y se realizó una búsqueda cruzada de las referencias de las guías incluidas. Las estrategias de búsqueda efectuadas en las bases de datos referenciales MEDLINE y EMBASE fueron las editadas por Ovid. La correspondiente a *Science Citation Index Expanded*, fue la editada por Web of Science (WOS). Los criterios específicos utilizados para cada búsqueda se muestran a continuación.

## Primera pregunta

Búsqueda MEDLINE

**Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions®**

**Fecha de búsqueda: 10 de enero de 2018**

- 1 Endometriosis/ or adenomyosis/
- 2 (endometriosis#s or endometrioma? or adenomyosis#s or adenomyoma? or adenometrit#s or adenomyositis#s or adenomyometrit#s).ti,ab.
- 3 1 or 2
- 4 exp guideline/ or Health Planning Guidelines/ or consensus/ or exp consensus development conference/ or exp Guidelines as Topic/
- 5 (GUIDELINE or PRACTICE-GUIDELINE or Consensus-Development-Conference).pt.
- 6 (rand method or rand near method or modified delphi or (guideline? or consensus)).ti.
- 7 4 or 5 or 6
- 8 3 and 7
- 9 (letter or “case report\*” or “historical article\*” or (comment or editorial or in vitro or news)).pt.
- 10 8 not 9
- 11 limit 10 to yr=”2016 -Current”

Búsqueda EMBASE

**Fecha de búsqueda: 10 de enero de 2018**

- 1 ‘endometriosis’/de OR ‘adenomyosis’/de
- 2 endometriosis?s:ti,ab OR endometrioma?:ti,ab OR adenomyosis?s:ti,ab OR adenomyoma?:ti,ab OR adenometrit?s:ti,ab OR adenomyositis?s:ti,ab OR adenomyometrit?s:ti,ab
- 3 #1 OR #2
- 4 ((rand\*NEAR/1 method\*):ti,ab) OR ((modifiedNEAR/1 delphi):ti,ab) OR guideline\$:ti,ab OR consensus:ti,ab
- 5 ‘practice guideline’/exp OR ‘health care planning’/exp OR ‘medical decision making’/exp
- 6 #4 OR #5
- 7 #3 AND #6
- 8 ‘conference abstract’/it OR ‘conference paper’/it OR ‘note’/it OR ‘short survey’/it OR ‘abstract report’/exp OR ‘letter’/exp
- 9 #7 NOT #8

- 10 #9 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)  
 11 #9 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND  
 [2016-2018]/py

## Segunda pregunta

Búsqueda MEDLINE

### **Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions®**

**Fecha de búsqueda: 14 de enero de 2018**

- 1 Endometriosis/ or adenomyosis/
- 2 (endometriosis#s or endometrioma? or adenomyosis#s or adenomyoma?  
 or adenometritis#s or adenomyositis#s or adenomyometritis#s).ti,ab.
- 3 1 or 2
- 4 og.fs.
- 5 exp Health Services/ and exp Organizations/
- 6 Community Health Services/og [Organization & Administration]
- 7 Health Services Administration/ or models, organizational/ or  
 Program Development/ or Health Planning Organizations/ or Public  
 Health Administration/ or decision making, organizational/
- 8 health planning/ or health plan implementation/ or national health  
 programs/ or regional health planning/ or community health planning/
- 9 “health care economics and organizations”/ or health services  
 administration/ or patient care management/ or patient care  
 planning/
- 10 organizational policy/ or public policy/ or health policy/
- 11 “delivery of health care”/ or “delivery of health care, integrated”/
- 12 Personal Health Services/ or “Health Services Needs and Demand”/
- 13 Patient Care Team/ or interprofessional relations/ or interdisciplinary  
 communication/
- 14 patient care management/ or Patient Care Planning/ or Comprehensive  
 Health Care/ or “Continuity of Patient Care”/
- 15 Patient-Centered Care/og [Organization & Administration]
- 16 (health adj3 (polic\* or strateg\$ or program\$ or organi?ation\$ or  
 model\$ or pathway\$)).ti,ab.
- 17 (Endometriosis adj3 (service\$ or program\$ or system\$ or resource\$  
 or intervention\$ or scheme\$)).ti,ab.
- 18 critical pathway/ or clinical protocols/ or algorithms/
- 19 ((clinical adj3 pathway?) or (practice adj3 parameter?) or “care  
 pathway?” or protocol? or algorithm?).ti,ab.

- 20 exp guideline/ or Health Planning Guidelines/ or consensus/ or exp  
 consensus development conference/ or exp Guidelines as Topic/  
 21 (Guideline or practice-guideline or Consensus-Development-  
 Conference).pt.  
 22 (rand method or rand near method or modified delphi or (guideline?  
 or consensus)).ti.  
 23 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17  
 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22  
 24 3 and 23  
 25 (letter or “case report\*” or “historical article\*” or (comment or  
 editorial or in vitro or news)).pt.  
 26 24 not 25  
 27 limit 26 to yr=”2016 -Current”

Búsqueda EMBASE

**Fecha de búsqueda: 14 de enero de 2018**

- 1 'endometriosis'/de OR 'adenomyosis'/de  
 2 endometriosis?:ti,ab OR endometrioma?:ti,ab OR adenomyosis?:ti,ab  
 ORadenomyoma?:ti,abORadenometritis?:ti,abORadenomyositis?:ti,ab  
 OR adenomyometritis?:ti,ab  
 3 #1 OR #2  
 4 'organization':lnk  
 5 'health care organization'/de  
 6 'community care'/de AND 'organization and management'/de  
 7 'health service'/de OR 'non biological model'/de OR 'program  
 development'/de OR 'health care planning'/de OR 'public health  
 service'/de OR 'decision making organizational':ti,ab  
 8 'health care planning'/de OR 'health plan implementation':ti,ab OR  
 'public health'/de OR 'national health programs':ti,ab OR 'regional  
 health planning':ti,ab  
 9 'health care cost'/de OR 'health services administration':ti,ab  
 10 'organizational policy'/de OR 'public policy'/de OR 'health care  
 policy'/de  
 11 'health care delivery'/de OR 'integrated health care system'/de  
 12 'health service'/de OR 'personal health services':ti,ab OR 'health  
 services needs and demand':ti,ab  
 13 'patient care'/de OR 'public relations'/de OR 'interdisciplinary  
 communication'/de  
 14 'patient care management':ti,ab OR 'patient care planning'/de OR  
 'comprehensive health care' OR 'continuity of patient care':ti,ab

15 'patient care'/de AND 'organization and management'/de  
 16 (health NEAR/3 (poli\* OR strateg\$ OR program\$ OR organi?ation\$  
 OR model\$ OR pathway\$)):ti,ab  
 17 ('endometriosis' NEAR/3 (service\$ OR program\$ OR system\$ OR  
 resource\$ OR intervention\$ OR scheme\$)):ti,ab  
 18 'clinical pathway'/de OR 'clinical protocol'/de OR 'algorithm'/de  
 19 ((clinical NEAR/3 pathway?):ti,ab) OR ((practice NEAR/3  
 parameter?):ti,ab) OR 'care pathway?':ti,ab OR protocol?:ti,ab OR  
 algorithm?:ti,ab  
 20 'practice guideline'/exp OR 'health care planning'/exp OR 'medical  
 decisión making'/exp  
 21 ((rand\* NEAR/1 method\*):ti,ab) OR ((modified NEAR/1  
 delphi):ti,ab) OR guideline\$:ti,ab OR consensus:ti,ab  
 22 #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13  
 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21  
 23 #3 AND #22  
 24 'conference abstract'/it OR 'conference paper'/it OR 'note'/it OR  
 'short survey'/it OR 'abstract report'/exp OR 'letter'/exp  
 25 #23 NOT #24  
 26 #25 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND  
 [2016-2018]/py

## Selección y evaluación de documentos

La selección y evaluación de las guías incluidas se realizó por dos investigadores de manera independiente y las discrepancias se resolvieron por consenso.

Para la selección y clasificación de la documentación localizada en la búsqueda bibliográfica se utilizó el programa de gestión de referencias *Mendeley Desktop* versión 1.8.3. Se tuvieron en cuenta unos criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente y basados en los componentes de la pregunta PICOd.

Para la valoración de las guías de práctica clínica incluidas se utilizó la herramienta AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*)<sup>14</sup>. Para la inclusión de la guía en el proceso de síntesis de recomendaciones se consideró como criterio de calidad necesario una puntuación mínima en AGREE II del 80 % en al menos 3 dominios de los 6 que componen la herramienta y que incluyeran el rigor y la independencia editorial.

El proceso de selección de documentos se realizó, en primer lugar, mediante la lectura del título y resumen de todos los documentos localizados. En una segunda etapa se llevó a cabo la lectura del texto completo de todos

los documentos seleccionados y se incluyeron las guías que cumplieron los criterios de selección.

Los criterios de inclusión y exclusión para cada una de las preguntas de investigación se describen a continuación:

### **Criterios de inclusión:**

Primera pregunta (Formato PICO)

- Población: mujeres de cualquier edad con sospecha o diagnóstico de endometriosis.
- Intervención: cualquier intervención diagnóstica, terapéutica y de seguimiento de endometriosis.
- Comparador: no aplicable.
- Resultados: mortalidad, morbilidad, eventos graves, calidad de vida, frecuentación hospitalaria, fertilidad, impacto en recursos...
- Diseño: guías de práctica clínica.

Segunda pregunta (Formato PICO)

- Población: mujeres con sospecha o diagnóstico de endometriosis.
- Intervención: modelos organizativos de sistemas sanitarios incluyendo procesos asistenciales, rutas clínicas, vías clínicas y protocolos.
- Comparador: no aplicable.
- Resultados: cualquiera en términos de salud (mortalidad, morbilidad, eventos graves, calidad de vida, frecuentación hospitalaria, fertilidad, impacto en recursos...) económicos y organizativos.
- Diseño: guías de práctica clínica, planes de atención y documentos para la toma de decisiones.

### **Criterios de exclusión:**

- Documentos que no incluyeran en el título o resumen la intervención correspondiente a cada una de las 3 preguntas de investigación planteadas.
- Guías que no cumplieran unos criterios de calidad especificados previamente y evaluados mediante la herramienta AGREE II<sup>14</sup>.
- Documentos publicados en un idioma diferente a español, inglés o francés.

## Constitución del grupo de trabajo

Se constituyó un grupo de trabajo con el objeto de validar el alcance y objetivos del proyecto, identificar profesionales de referencia con la finalidad de contar con todas las áreas de conocimiento relacionadas con la enfermedad, establecer la tipología y clasificación de cada recomendación, establecer los criterios de inclusión, exclusión y matizaciones de cada una de las recomendaciones identificadas, elaborar una propuesta de modelo organizativo en función de las recomendaciones incluidas y/o matizadas, identificación de limitaciones y áreas de mejora y de un análisis del impacto biopsicosocial.

El grupo de trabajo se constituyó por un grupo de profesionales expertos y un grupo elaborador y de apoyo metodológico compuesto por profesionales de AETSA.

El grupo de expertos se constituyó con profesionales del SNS especializados en las áreas de conocimiento relacionadas con la atención a las pacientes con endometriosis, tanto en atención primaria como hospitalaria:

- Ginecología: especialistas con experiencia en endometriosis.
- Medicina Familiar y Comunitaria: especialistas con experiencia en el manejo de pacientes con sospecha o diagnóstico de endometriosis.
- Medicina Física y Rehabilitación: especialistas con experiencia en la rehabilitación del suelo pélvico.
- Urología: especialistas con experiencia en implantes de endometriosis en las vías urinarias.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo: especialistas con experiencia en implantes de endometriosis.
- Anestesiología y Reanimación: especialistas en el tratamiento del dolor.
- Psicología clínica: profesionales con experiencia en la terapia de apoyo a las pacientes con endometriosis.
- Enfermería: profesionales con conocimiento de la enfermedad y sus posibles complicaciones.

Todos los profesionales que formaron parte del equipo de trabajo proporcionaron un documento de confidencialidad y una declaración de intereses, disponible bajo petición por correo electrónico ([aetsa.org](mailto:aetsa.org)).

## Reuniones de trabajo para la selección de recomendaciones y elaboración del modelo organizativo

Se programaron 3 reuniones de trabajo. Una primera reunión se celebró por videoconferencia y dos reuniones se realizaron de manera presencial.

La comunicación entre los componentes del grupo de trabajo continuó de manera periódica por correo electrónico para compartir documentos y resolver discrepancias durante el proceso de elaboración del proyecto.

En la primera reunión participaron los profesionales de AETSA y dos especialistas en ginecología expertos en endometriosis a los que se les presentó el protocolo de elaboración del proyecto, la metodología de trabajo y el cronograma previsto. Se les solicitó su colaboración para la localización de profesionales de referencia en las diferentes áreas de especialización relacionadas con la atención a la endometriosis, para su incorporación al grupo elaborador.

En las dos reuniones presenciales celebradas con el grupo de trabajo se establecieron 3 grupos de recomendaciones:

- Recomendaciones seleccionadas.
- Recomendaciones no seleccionadas.
- Recomendaciones matizadas.

La decisión para la exclusión de recomendaciones se basó en los siguientes criterios:

- Duplicidad.
- Preferencia por recomendaciones generales frente a específicas.
- Preferencia por recomendaciones basadas en una mejor calidad de evidencia.

La selección de recomendaciones se debatió en las reuniones presenciales y a través de correos electrónicos. Se alcanzó un acuerdo con el 70 % de votos a favor o en contra de seleccionar una recomendación.

Se elaboró un modelo organizativo utilizando como soporte las recomendaciones seleccionadas y agrupando las actividades de todo el proceso asistencial en 3 algoritmos –diagnóstico, tratamiento y fertilidad–. Para la elaboración de los algoritmos se utilizó la herramienta online draw.io ([www.draw.io](http://www.draw.io)).

En las dos reuniones presenciales del grupo de trabajo se presentaron a las personas asistentes el alcance y objetivos propuestos en el protocolo y las recomendaciones clasificadas sobre la base del alcance del proyecto y la

clasificación de las guías seleccionadas, así como una propuesta de modelo organizativo.

Las personas asistentes validaron el alcance y objetivos del proyecto, revisaron y aprobaron la clasificación de las recomendaciones presentadas, e identificaron aquellas que podrían incorporarse al documento. Se propusieron matizaciones en 13 recomendaciones. Los comentarios continuaron a través de correos electrónicos, hasta llegar a un acuerdo.

Los participantes del grupo de trabajo identificaron puntos débiles, ausencias y dificultades, así como áreas de mejora en la propuesta presentada de modelo organizativo de atención a las pacientes con endometriosis.

Además, se solicitó la colaboración del grupo de expertos para que analizara los requisitos necesarios de un equipo multidisciplinar de atención a las mujeres con endometriosis y el impacto biopsicosocial de la enfermedad. Los participantes del grupo enviaron la información solicitada por correo electrónico para su incorporación al documento de trabajo.

## Resumen de recomendaciones y tipificación de términos utilizados en la redacción de recomendaciones

Las recomendaciones fueron estructuradas en apartados, tomando como base el alcance del proyecto y la clasificación de las dos guías incluidas.

Se procedió a la tipificación de los términos empleados en la redacción de las recomendaciones en cada una de las guías seleccionadas, debido a la diferencia en la metodología utilizada para la elaboración de recomendaciones.

La metodología GRADE, utilizada por la guía NICE, usa el verbo *to offer* como terminología específica para reflejar que la recomendación es fuerte y el verbo *to consider* para reflejar que la recomendación es débil<sup>17</sup>; por ello, se adecuaron los términos a los descritos en el apartado de redacción de recomendaciones del manual metodológico para la elaboración de Guías de Práctica Clínica en el SNS<sup>7</sup>, de la siguiente manera:

- *Se recomienda* como terminología específica para las recomendaciones fuertes: equivalente a *to offer* en la guía NICE.
- *Se sugiere* como terminología específica para las recomendaciones débiles: equivalente a *to consider* en la guía NICE.

En la guía metodológica para la elaboración de recomendaciones de buena práctica publicada por la *Haute Autorité de Santé* (HAS) no se menciona una relación entre el uso de determinados verbos y la fortaleza de la recomendación<sup>18</sup>. Para que la redacción fuera homogénea, los verbos utilizados en las recomendaciones seleccionadas de la guía HAS se tradujeron de dos maneras, siempre que fue posible:

- *Se recomienda* se equiparó a *il est recommandé, encouragée* o *conseillée* en la guía HAS.
- *Se sugiere* se equiparó a *peut être proposée, peut être envisagée, peut être utile, peut être indiquée* en la guía HAS.

Para evitar interpretaciones erróneas respecto a la fortaleza de las recomendaciones procedentes de la guía HAS, se ha incluido el grado de recomendación y el nivel de la evidencia que la apoya en cada una de las recomendaciones seleccionadas y que se expone en la tabla siguiente:

<b>GRADUACIÓN DE RECOMENDACIONES GUÍA HAS*</b>	
<b>Niveles de evidencia científica (estudios terapéuticos)</b>	<b>Grado de recomendaciones</b>
Nivel 1: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECA de alta potencia</li> <li>• Meta-análisis de ECA</li> <li>• Análisis de decisión basados en estudios bien dirigidos</li> </ul>	A: evidencia científica establecida
Nivel 2: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECA de baja potencia</li> <li>• Estudios comparativos no aleatorizados bien dirigidos</li> <li>• Estudios de cohortes</li> </ul>	B. presunción científica
Nivel 3: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de casos-controles</li> </ul>	C: bajo nivel de evidencia
Nivel 4: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios comparativos con sesgos importantes</li> <li>• Estudios retrospectivos</li> <li>• Series de casos</li> </ul>	
*traducido de la guía metodológica <i>Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode Recommandations pour la pratique clinique</i> <sup>18</sup>	

# Anexo 2. Evaluación de la calidad

Seven-point AGREE II Score Calculator						
NICE 2017						
Total # of Appraisers	Appraiser					
	1	2	3	4		
<b>Domain 1 - Scope and Purpose</b>						
Q1 - The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.	7	7				14
Q2 - The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.	7	7				14
Q3 - The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.	7	7				14
NICE	21	21	Caution: Empty Cells	Caution: Empty Cells		42
					#REF!	#REF!
<b>Domain 2 - Stakeholder Involvement</b>						
Q4 - The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.	6	7				13
Q5 - The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.	6	4				10
Q6 - The target users of the guideline are clearly defined.	6	7				13
NICE	18	18	Caution: Empty Cells	Caution: Empty Cells		36
					#REF!	#REF!
<b>Domain 3 - Rigour of Development</b>						
Q7 - Systematic methods were used to search for evidence.	7	7				14
Q8 - The criteria for selecting the evidence are clearly described.	7	7				14
Q9 - The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.	7	7				14
Q10 - The methods for formulating the recommendations are clearly described.	4	5				9
Q11 - The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.	7	7				14
Q12 - There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.	7	7				14
Q13 - The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.	6	4				10
Q14 - A procedure for updating the guideline is provided.	6	6				12
NICE	51	50	Caution: Empty Cells	Caution: Empty Cells		101
					#REF!	#REF!
<b>Domain 4 - Clarity of Presentation</b>						
Q15 - The recommendations are specific and unambiguous.	7	6				13
Q16 - The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.	7	7				14
Q17 - Key recommendations are easily identifiable	7	7				14
NICE	21	20	Caution: Empty Cells	Caution: Empty Cells		41
					#REF!	#REF!
<b>Domain 5 - Applicability</b>						
Q18 - The guideline describes facilitators and barriers to its application.	4	7				11
Q19 - The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	7	7				14
Q20 - The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.	7	7				14
Q21 - The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.	3	4				7
NICE	21	25	Caution: Empty Cells	Caution: Empty Cells		46
					#REF!	#REF!
<b>Domain 6 - Editorial Independence</b>						
Q22 - The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.	7	6				13
Q23 - Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.	7	7				14
NICE	14	13	Caution: Empty Cells	Caution: Empty Cells		27
					#REF!	#REF!
<b>Overall Guideline Assessment</b>						
1. Rate the overall quality of this guideline. Scoring: 1 (Least Quality) - 7 (Highest Quality)	6	6				
2. I would recommend this guideline for use. Scoring: "Yes", "Yes, with modifications", "No"	Yes	Yes				
NICE						

## Seven-point AGREE II Score Calculator

HAS 2017					
Total # of Appraisers	Appraiser				
2	1	2	3	4	
<b>Domain 1 - Scope and Purpose</b>					
Q1 - The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.	7	7			14
Q2 - The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.	7	7			14
Q3 - The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.	7	7			14
HAS	21	21	Caution: Empty Cells	Caution: Empty Cells	42
<b>Domain 1 Score for Appraiser(s):</b>					<b>#IREF!</b>
<b>Domain 2 - Stakeholder Involvement</b>					
Q4 - The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.	6	5			11
Q5 - The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.	7	7			14
Q6 - The target users of the guideline are clearly defined.	7	7			14
HAS	20	19	Caution: Empty Cells	Caution: Empty Cells	39
<b>Domain 2 Score for Appraiser(s):</b>					<b>#IREF!</b>
<b>Domain 3 - Rigour of Development</b>					
Q7 - Systematic methods were used to search for evidence.	7	7			14
Q8 - The criteria for selecting the evidence are clearly described.	6	6			12
Q9 - The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.	5	6			11
Q10 - The methods for formulating the recommendations are clearly described.	6	6			12
Q11 - The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.	6	5			11
Q12 - There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.	7	7			14
Q13 - The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.	7	7			14
Q14 - A procedure for updating the guideline is provided.	7	7			14
HAS	51	51	Caution: Empty Cells	Caution: Empty Cells	102
<b>Domain 3 Score for Appraiser(s):</b>					<b>#IREF!</b>
<b>Domain 4 - Clarity of Presentation</b>					
Q15 - The recommendations are specific and unambiguous.	7	7			14
Q16 - The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.	7	7			14
Q17 - Key recommendations are easily identifiable	7	7			14
HAS	21	21	Caution: Empty Cells	Caution: Empty Cells	42
<b>Domain 4 Score for Appraiser(s):</b>					<b>#IREF!</b>
<b>Domain 5 - Applicability</b>					
Q18 - The guideline describes facilitators and barriers to its application.	3	2			5
Q19 - The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	3	3			6
Q20 - The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.	1	1			2
Q21 - The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.	3	2			5
HAS	10	8	Caution: Empty Cells	Caution: Empty Cells	18
<b>Domain 5 Score for Caution: Empty Cells Appraiser(s):</b>					<b>#IREF!</b>
<b>Domain 6 - Editorial Independence</b>					
Q22 - The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.	7	7			14
Q23 - Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.	7	7			14
HAS	14	14	Caution: Empty Cells	Caution: Empty Cells	28
<b>Domain 6 Score for Domain 1 Score for Appraiser(s): Appraiser(s):</b>					<b>#IREF!</b>
<b>Overall Guideline Assessment</b>					
1. Rate the overall quality of this guideline. Scoring: 1(Least Quality) - 7(Highest Quality)	6	6			
2. I would recommend this guideline for use. Scoring: "Yes", "Yes, with modifications", "No"	Yes	Yes			
HAS					

## Anexo 3. Estudios excluidos a texto completo y motivos de exclusión

<b>PREGUNTA</b>
<b>Motivo de exclusión</b>
<b>Autor y año</b>
<b>PRIMERA PREGUNTA</b>
<b>No cumple los criterios mínimos de calidad</b>
Bazot M, Bharwani N, Huchon C, Kinkel K, Cunha TM, Guerra A, <i>et al.</i> 2017 <sup>24</sup>
Young S, Burns MK, DiFrancesco L, Nezhat A, Nezhat C. 2017 <sup>25</sup>
Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, <i>et al.</i> 2018 <sup>26</sup>
Fang J., Piessens S. 2018 <sup>27</sup>
Hwang H, Chung YJ, Lee SR, Park HT, Song JY, Kim H, <i>et al.</i> 2018 <sup>28</sup>
Working group of ESGE, ESHRE, and WES, Saridogan E, Becker CM, Feki A, <i>et al.</i> 2017 <sup>29</sup>
<b>Tipo de estudio</b>
ACOG Committee Opinion. 2016 <sup>30</sup>
Subramaniam R, Sinthamoney E, Damodaran P, Kumarasamy S, Wai TS. 2016 <sup>31</sup>
Ulrich U, De Wilde RL. 2016 <sup>32</sup>
Zannoni L, Forno SD, Paradisi R, Seracchioli R. 2016 <sup>33</sup>
Ballester M, Roman H. 2018 <sup>34</sup>
Bolze PA, Paparel P, Golfier F. 2018 <sup>35</sup>
Borghese B, Santulli P, Marcellin L, Chapron C. 2018 <sup>36</sup>
Bourdel N, Chauvet P, Canis M. 2018 <sup>37</sup>
Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, <i>et al.</i> 2018 <sup>38</sup>
Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, <i>et al.</i> 2018 <sup>12</sup>
Chauffour C, Pouly JL, Gremeau AS. 2018 <sup>39</sup>
Chauffour C, Pouly JL, Gremeau AS. 2018 <sup>40</sup>
Decanter C, d'Argent EM, Boujenah J, Poncelet C, Chauffour C, Collinet P, <i>et al.</i> 2018 <sup>41</sup>
Denouel A, Fauconnier A, Torre A. 2018 <sup>42</sup>
Fauconnier A, Borghese B, Huchon C, Thomassin-Naggara I, Philip CA, Gauthier T, <i>et al.</i> 2018 <sup>43</sup>
Fritel X, Collinet P, Revel-Delhom C, Canis M. CNGOF-HAS. 2018 <sup>11</sup>

<b>PREGUNTA</b>
<b>Motivo de exclusión</b>
<b>Autor y año</b>
<b>PRIMERA PREGUNTA</b>
<b>Tipo de estudio</b>
Geoffron S, Cohen J, Sauvan M, Legendre G, Wattier JM, Daraï E, <i>et al.</i> 2018 <sup>44</sup>
Huchon C, Aubry G, Ploteau S, Fauconnier A. 2018 <sup>45</sup>
Legendre G, Delbos L, Hudon E, Chabbert-Buffet N, Geoffron S, Sauvan M, <i>et al.</i> 2018 <sup>46</sup>
Loriau J, Petit E, Mephon A, Angliviel B, Sauvanet E. 2018 <sup>47</sup>
Mathieu d'Argent E, Cohen J, Chauffour C, Pouly JL, Boujenah J, Poncelet C, Decanter C, <i>et al.</i> 2018 <sup>48</sup>
Merlot B, Ploteau S, Abergel A, Rubob C, Hocke C, Canis M, <i>et al.</i> 2018 <sup>49</sup>
Niro J, Panel P. 2018 <sup>50</sup>
Philip CA, Dubernard G. 2018 <sup>51</sup>
Ploteau S, Merlot B, Roman H, Canis M, Collinet P, Fritel X. 2018 <sup>52</sup>
Rabischong B, Botchorishvili R, Bourdel N, Curinier S, Campagne-Loiseau S, Pouly JL, <i>et al.</i> 2018 <sup>53</sup>
Roman H, Ballester M, Loriau J, Canis M, Bolze PA, Niro J, <i>et al.</i> 2018 <sup>54</sup>
Rubod C, Jean Dit Gautier E, Yazbeck C. 2018 <sup>55</sup>
Santulli P, Collinet P, Fritel X, Canis M, d'Argent EM, Chauffour C, <i>et al.</i> 2018 <sup>56</sup>
Sauvan M, Chabbert-Buffet N, Canis M, Collinet P, Fritel X, Geoffron S, <i>et al.</i> 2018 <sup>57</sup>
Sauvan M, Chabbert-Buffet N, Geoffron S, Legendre G, Wattier JM, Fernandez H. 2018 <sup>58</sup>
Tardieu A, Sire F, Gauthier T. 2018 <sup>59</sup>
Thomassin-Naggara I, Bendifallah S, Rousset P, Bazot M, Ballester M, Daraï E. 2018 <sup>60</sup>
Wattier JM. 2018 <sup>61</sup>
<b>SEGUNDA PREGUNTA</b>
<b>Intervención no coincidente con la pregunta de investigación</b>
Burghaus S, Fehm T, Fasching PA, Blum S, Renner SK, Baier F, <i>et al.</i> 2016 <sup>62</sup>
de la Fuente L, Ortega S, Monzó A, Martín B, Iñarra MJ, Hernández C <i>et al.</i> 2016 <sup>63</sup>
Hirsch M, Duffy JM, Barker C, Hummelshoj L, Johnson NP, Mol B, <i>et al.</i> 2016 <sup>64</sup>
Khine YM, Taniguchi F, Harada T. 2016 <sup>65</sup>
Schleedoorn MJ, Nelen WL, Dunselman GA, Vermeulen N; EndoKey Group. 2016 <sup>66</sup>
Schneider C, Oehmke F, Tinneberg HR, Krombach GA. 2016 <sup>67</sup>
Ulrich U, Leon De Wilde R. 2016 <sup>32</sup>
Bazot M, Bharwani N, Huchon C, Kinkel K, Cunha TM, Guerra A, <i>et al.</i> 2017 <sup>68</sup>
Gemmell LC, Webster KE, Kirtley S, Vincent K, Zondervan KT, Becker CM. 2017 <sup>69</sup>

<b>PREGUNTA</b>
<b>Motivo de exclusión</b>
<b>Autor y año</b>
<b>SEGUNDA PREGUNTA</b>
<b>Intervención no coincidente con la pregunta de investigación</b>
Méndez Fernández R, Barrera Ortega J. 2017 <sup>70</sup>
Mettler L, Alkatout I, Keckstein J, Meinhold-Heerlein I, editors. 2017 <sup>71</sup>
Pissetti VC, Nunes RD, Zomer M T, Kondo W. 2017 <sup>72</sup>
Rogers PA, Adamson GD, Al-Jefout M, Becker CM, D'Hooghe TM, Dunselman GA, <i>et al.</i> 2017 <sup>73</sup>
Ugwumadu L, Chakrabarti R, Williams-Brown E, Rendle J, Swift I, John B, <i>et al.</i> 2017 <sup>74</sup>
Young S, Burns MK, DiFrancesco L, Nezhat A, Nezhat C. 2017 <sup>75</sup>
Zalewski M, Zeppernick F, Wölfler MM, Keckstein J, Sillem M, Schweppe KW, <i>et al.</i> 2017 <sup>76</sup>
Aerts L, Grangier L, Streuli I, Dällenbach P, Marci R, Wenger JM, <i>et al.</i> 2018 <sup>23</sup>
Australian Department of Health. 2018 <sup>77</sup>
Barra F, Scala C, Biscaldi E, Vellone VG, Ceccaroni M, Terrone C, <i>et al.</i> 2018 <sup>78</sup>
Bendifallah S, Roman H, Rubod C, Leguevaque P, Watrelot A, Bourdel N, <i>et al.</i> 2018 <sup>79</sup>
Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, <i>et al.</i> 2018 <sup>26</sup>
Daniilidis A, Pados G. 2018 <sup>80</sup>
Geukens El, Apers S, Meuleman C, D'Hooghe TM, Dancet EAF. 2018 <sup>81</sup>
Golfier F, Chanavaz-Lacheray I, Descamps P, Agostini A, Poilblanc M, Rousset P, <i>et al.</i> 2018 <sup>82</sup>
Hirsch M, Begum MR, Paniz É, Barker C, Davis CJ, Duffy J. 2018 <sup>83</sup>
Hogg S, Vyas S. 2018 <sup>84</sup>
Hwang H, Chung Y-J, Lee SR, Park H-T, Song J-Y, Kim H, <i>et al.</i> 2018 <sup>85</sup>
Kho RM, Andres MP, Borrelli GM, Neto JS, Zanluchi A, Abrao MS, <i>et al.</i> 2018 <sup>86</sup>
Siristatidis C, Rigos I, Pergialiotis V, Karageorgiou V, Christoforidis N, Daskalakis G, <i>et al.</i> 2018 <sup>87</sup>
Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (SBU). 2018 <sup>88</sup>
Chanavaz-Lacheray I, Darai E, Descamps P, Agostini A, Poilblanc M, Rousset P <i>et al.</i> 2017 <sup>89</sup>
Darai E, Bendifallah S, Chabbert-Buffer N, Golfier F. 2017 <sup>90</sup>
Bourdel N, Chauvet P, Canis M. 2018 <sup>91</sup>
Fauconnier A, Borghese B, Huchon C, Thomassin-Naggara I, Philip CA, Gauthier T, <i>et al.</i> 2018 <sup>43</sup>

<b>PREGUNTA</b>
<b>Motivo de exclusión</b>
<b>Autor y año</b>
<b>SEGUNDA PREGUNTA</b>
<b>Idioma</b>
Alkatout I, Egberts JH, Mettler L, Doniec M, Wedel T, Jünemann KP, <i>et al.</i> 2016 <sup>92</sup>
Imesch P, Fink D. 2016 <sup>93</sup>
Schäfer SD, Kiesel L. 2018 <sup>94</sup>
<b>Documentos secundarios derivados de la guía NICE</b>
Endometriosis Quality standard. 2018 <sup>95</sup>
Endometriosis: diagnosis and management. Tools and resources. 2017 <sup>96</sup>
Health and social care directorate: quality standards and indicators briefing paper. 2017 <sup>97</sup>

## Anexo 4. Recomendaciones excluidas y modificadas

Recomendaciones excluidas	
Nº de recomendación Guía de origen	Texto de la recomendación • Nivel de evidencia
Nº 32 HAS	En caso de detección de endometrioma se recomienda descartar una endometriosis profunda debido a su frecuente asociación con este tipo de endometriosis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: bajo nivel de evidencia</li> </ul>
Nº 34 NICE	Si se dispone de un nivel de CA125 en suero, tenga en cuenta que: <ul style="list-style-type: none"> <li>- un aumento de CA125 en suero (es decir, 35 UI/ml o más) puede ser consistente con el diagnóstico de endometriosis</li> <li>- el diagnóstico de endometriosis es compatible con valores séricos normales de CA125 (menos de 35 UI/ml)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy baja calidad de la evidencia de estudios cuantitativos</li> </ul> </li> </ul>
Nº 36 NICE	Se sugiere derivar a las mujeres a una unidad especializada en endometriosis si se sospecha o se confirma la presencia de endometriosis profunda en el intestino, vejiga o uréteres <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 estudios con moderado riesgo de sesgo (GRADE no aplicable)</li> </ul>
Nº 52 NICE	Se sugiere la laparoscopia en mujeres con sospecha de endometriosis, incluso cuando la ecografía es normal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo económico <i>de novo</i>; estudios diagnósticos moderado-alto riesgo de sesgo</li> </ul>
Nº 56 NICE	Durante la laparoscopia diagnóstica, un especialista en ginecología, experto en cirugía laparoscópica para endometriosis debe realizar una inspección sistemática de la pelvis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo económico <i>de novo</i>; estudios diagnósticos moderado-alto riesgo de sesgo</li> </ul>
Nº 57 NICE	Durante la laparoscopia diagnóstica, se sugiere tomar una biopsia del tejido con sospecha de endometriosis para: <ul style="list-style-type: none"> <li>- confirmar el diagnóstico de endometriosis (tenga en cuenta que un resultado histológico negativo no excluye la endometriosis)</li> <li>- excluir la neoplasia maligna en caso de tratamiento de un endometrioma que no es extirpado               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo económico <i>de novo</i>; estudios diagnósticos moderado-alto riesgo de sesgo</li> </ul> </li> </ul>
Nº 60 HAS	Se recomienda clasificar las lesiones para describir la extensión de la endometriosis y facilitar el intercambio de información entre profesionales de diferentes especialidades <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo de expertos</li> </ul>

<b>Recomendaciones excluidas</b>	
<b>Nº de recomendación</b> <b>Guía de origen</b>	<b>Texto de la recomendación</b> <b>• Nivel de evidencia</b>
<b>Nº 61</b> <b>NICE</b>	Si se realiza una laparoscopia completa y sistemática y es normal, explicar a la mujer que no tiene endometriosis y recomiende un tratamiento alternativo. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo económico <i>de novo</i>; estudios diagnósticos moderado-alto riesgo de sesgo</li> </ul>
<b>Nº 62</b> <b>HAS</b>	Se puede descartar endometriosis cuando la laparoscopia diagnóstica no revela lesiones macroscópicas visibles y la exploración de la región abdómino-pélvica ha sido satisfactoria <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo de expertos</li> </ul>
<b>Nº 78</b> <b>NICE</b>	Se recomienda elegir entre un antidepresivo tricíclico (amitriptilina), gabapentinoide (pregabalin) o inhibidor de la recaptación de la serotonina (duloxetina) como tratamiento inicial del dolor neuropático Esta recomendación está basada en la guía <i>Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings</i> (NICE CG173) <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay evidencia de estos tratamientos en la endometriosis. El comité de la guía acordó adoptar las recomendaciones de la guía CG 173, basadas en una moderada a muy baja calidad de la evidencia y el cálculo de la efectividad de estos tratamientos</li> </ul>
<b>Nº 84</b> <b>HAS</b>	Como tratamientos hormonales de primera elección en las pacientes con endometriosis dolorosa se recomiendan los anticonceptivos orales combinados y el DIU con 52 mg de levonogestrel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)</li> </ul>
<b>Nº 85</b> <b>HAS</b>	Los tratamientos hormonales de segunda elección recomendados en las pacientes con endometriosis dolorosa son la mini-píldora oral con solo desogestrel, el implante de etonogestrel, los agonistas de la GnRH asociado a una terapia adicional –macroprogestágeno y estrógeno– y dienogest <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: bajo nivel de evidencia</li> </ul>
<b>Nº 110</b> <b>NICE</b>	Como complemento de la cirugía para la endometriosis profunda que afecta al intestino, vejiga o uréteres, se sugiere 3 meses de tratamiento con agonistas de la GnRH antes de la intervención <ul style="list-style-type: none"> <li>• No estudios localizados, experiencia y opinión de CG</li> </ul>
<b>Nº 124</b> <b>HAS</b>	Se sugiere la cirugía en mujeres sintomáticas con endometriosis colorrectal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: bajo nivel de evidencia</li> </ul>
<b>Nº 145</b> <b>HAS</b>	Excepto en la FIV, en la atención postquirúrgica a la endometriosis mínima o leve (estadio I y II) diagnosticada por laparoscopia, se sugiere el uso de estimulación ovárica, con o sin inseminación intra-uterina <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: bajo nivel de evidencia</li> </ul>

<b>Recomendaciones modificadas</b>	
<b>Nº de recomendación</b> <b>Guía de origen</b>	<b>Texto de la recomendación</b> • <b>Nivel de evidencia</b>
<b>Nº 21</b> <b>NICE</b>	<p>Sospechar la presencia de endometriosis en mujeres (incluyendo mujeres jóvenes de 17 años o menos) que presenten uno o más de los siguientes síntomas o signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dolor pélvico crónico</li> <li>- dolor relacionado con la menstruación (dismenorrea) que afecta a las actividades cotidianas y la calidad de vida</li> <li>- dolor profundo durante o después de la relación sexual</li> <li>- síntomas gastrointestinales cíclicos o relacionados con la menstruación, en particular, dolor con la defecación (disquecia)</li> <li>- síntomas urinarios cíclicos o relacionados con la menstruación, en particular sangre en orina (hematuria) o dolor con la micción (disuria)</li> <li>- infertilidad asociada con al menos uno de los síntomas o signos anteriores. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 estudios moderado riesgo de sesgo</li> </ul> </li> </ul>
<b>Nº 25</b> <b>HAS</b>	<p>En caso de dismenorrea aislada, sin otro síntoma doloroso ni deseo de embarazo inmediato, no se recomienda descartar un diagnóstico de endometriosis en caso de efectividad de los anticonceptivos hormonales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo de expertos</li> </ul>
<b>Nº 30</b> <b>NICE</b>	<p>Si la ecografía transvaginal no es posible o conveniente, se sugiere una ecografía transabdominal de la pelvis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo económico <i>de novo</i>; baja/muy baja calidad de la evidencia de estudios cuantitativos</li> </ul>
<b>Nº 58</b> <b>HAS</b>	<p>Durante la laparoscopia diagnóstica se recomienda la realización de biopsias dirigidas (con examen anatomopatológico) en caso de lesiones típicas o atípicas para confirmar el diagnóstico de endometriosis (Grado B)</p> <p>Las biopsias en peritoneo sano no están recomendadas (Grado C)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)</li> </ul>
<b>Nº 75</b> <b>NICE</b>	<p>Si el tratamiento con paracetamol o un AINE (solo o combinado) no proporciona un alivio adecuado del dolor, se sugieren otras formas de tratamiento y la derivación para una evaluación adicional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy baja calidad de la evidencia</li> </ul>
<b>Nº 90</b> <b>HAS</b>	<p>En ausencia de embarazo, se recomienda prescribir un tratamiento hormonal postquirúrgico para reducir el riesgo de recidiva dolorosa de endometriosis y mejorar la calidad de vida de las pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)</li> </ul>

<b>Recomendaciones modificadas</b>	
<b>Nº de recomendación</b> <b>Guía de origen</b>	<b>Texto de la recomendación</b> • <b>Nivel de evidencia</b>
<b>Nº 97</b> <b>HAS</b>	<p>En ausencia de datos suficientes, no se recomiendan los inhibidores de aromatasas, los moduladores selectivos del receptor de estrógenos, los moduladores selectivos del receptor de progesterona y los anti-TNF-<math>\alpha</math> para la atención de la endometriosis dolorosa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: bajo nivel de evidencia</li> </ul> <p>Los datos actuales no permiten recomendar elagolix fuera de los ensayos clínicos para el tratamiento de la endometriosis dolorosa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: bajo nivel de evidencia</li> </ul>
<b>Nº 104</b> <b>HAS</b>	<p>En caso de dolor crónico, se recomienda una evaluación interdisciplinar (médicos especialistas en ginecología, médicos del dolor, sexólogos, psicólogos y asistentes sociales)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo de expertos</li> </ul>
<b>Nº 126</b> <b>HAS</b>	<p>En caso de cirugía de endometriosis del recto inferior, para reducir las complicaciones relacionadas con la aparición de una fístula, debe plantearse la realización de una derivación digestiva temporal (ileostomía o colostomía) y la paciente debe recibir una información y una educación preoperatoria adaptada. Debido a la ausencia de estudios de alta calidad en pacientes con endometriosis colorrectal, no se puede formular una recomendación de mayor grado respecto a la realización sistemática de un estoma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo de expertos</li> </ul>
<b>Nº 144</b> <b>HAS</b>	<p>Excepto en la fecundación in vitro (FIV), no se recomienda prescribir una terapia hormonal antigonadotrópica en una paciente infértil con endometriosis para aumentar la posibilidad de embarazo ni como tratamiento postquirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado A: alto nivel de evidencia</li> </ul>
<b>Nº 150</b> <b>HAS</b>	<p>En un contexto de endometriosis e infertilidad, no se recomienda realizar un tratamiento quirúrgico de la endometriosis superficial para aumentar la posibilidad de embarazo durante la FIV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: bajo nivel de evidencia</li> </ul>
<b>Nº 151</b> <b>HAS</b>	<p>No se recomienda el tratamiento quirúrgico de los endometriomas para mejorar los resultados de la FIV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado B: presunción científica (estudios de nivel intermedio)</li> </ul>
<b>Nº 155</b> <b>HAS</b>	<p>No se recomienda realizar un tratamiento quirúrgico previo de la endometriosis profunda para mejorar los resultados de FIV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado C: bajo nivel de evidencia</li> </ul>

