

RESOLUCIÓN DE 24 DE ABRIL DE 2019 POR LA QUE SE MODIFICA LA RESOLUCIÓN DEL 12 DE ABRIL 2018 DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA POR LA QUE SE DICTAN INSTRUCCIONES PARA LA GESTIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS.

La endometriosis se define como la implantación y crecimiento benigno de tejido endometrial fuera del útero, siendo las localizaciones más frecuentes afectadas por la endometriosis el peritoneo pélvico y los ovarios, si bien, ocasionalmente pueden encontrarse lesiones en otras muchas partes como el intestino, vejiga, estómago, pulmón, etc. Se trata de una enfermedad crónica cuya causa se desconoce, aunque se ha comprobado una cierta predisposición genética.

A pesar de la dificultad existente para conocer con exactitud la prevalencia de la enfermedad, se estima que la endometriosis afecta por lo menos a un 10% de la población femenina en edad fértil.

Establecer el diagnóstico de endometriosis en base sólo a los síntomas es difícil ya que la presentación es muy variable y existe un solapamiento con otras entidades. Como consecuencia de ello puede conllevar a un retraso de varios años en el diagnóstico definitivo.

Las manifestaciones clínicas abarcan un amplio espectro, encontrando desde personas asintomáticas hasta formas severas y crónicas con síntomas dolorosos intensos y/o infertilidad asociada que requieren varias intervenciones quirúrgicas y para las que no se consigue un tratamiento curativo. Para el subgrupo con endometriosis más grave denominada endometriosis profunda la [European Society for Human Reproducción and Embriology](#) enfatizó la necesidad de referir las pacientes a centros que dispongan de la experiencia necesaria para ofrecer todos los tratamientos disponibles en un contexto multidisciplinar.

Por lo tanto y debido a su alta prevalencia, la dificultad del diagnóstico, la necesidad de una oferta de servicios adecuada a los distintos grados y fases de la enfermedad y su repercusión en la calidad de vida de las mujeres que la padecen resulta pertinente regular para todo el territorio de Aragón las actuaciones a realizar en los centros sanitarios de Atención Primaria y

Hospitales, así como disponer de criterios clínicos contrastados que puedan servir de guía para la práctica de los profesionales.

Por todo ello y en virtud de las competencias reguladas en el [Decreto 23/2016, de 9 de febrero, del Gobierno de Aragón](#), por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud, se dictan las siguientes

INSTRUCCIONES

Primera.- Objeto

Esta Resolución tiene como objeto aprobar las instrucciones que regulan la oferta de servicios en los centros sanitarios del SALUD para la atención a las pacientes con sospecha o diagnóstico de endometriosis en algún momento de su proceso asistencial.

Segunda.- Objetivos

Estas instrucciones tienen como objetivos:

- La atención equitativa a todas las pacientes en el territorio de Aragón
- Disminuir el tiempo en que se realiza el diagnóstico desde la aparición de los primeros síntomas.
- Establecer criterios clínicos que sirvan como referente a los profesionales sanitarios.
- Mejorar la continuidad asistencial mediante el desarrollo de una red de referentes en los hospitales del SALUD y la utilización de la misma documentación clínica.
- Establecer unidades y equipos multiprofesionales de referencia para la atención a los casos de mayor complejidad.

Tercera.- Criterios clínicos

Siguiendo las recomendaciones de la [“Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud”](#) se han desarrollado, a través de un Grupo de Expertos en Endometriosis de la Comunidad Autónoma de Aragón

(Ver Anexo I), los criterios clínicos para la gestión de cada subproceso (Ver Anexo II) al objeto de:

- Ayudar a los profesionales en la toma de decisiones sobre diagnóstico, tratamiento, cuidados, prevención y derivación.
- Avanzar en pautas comunes de actuación en el SALUD, contribuyendo a la atención integral de las mujeres afectas.

Cuarta.- Equipos de Atención Primaria

Los médicos de atención primaria en colaboración con las matronas de atención primaria valorarán a las mujeres que acudan al centro de salud con algún síntoma compatible con endometriosis, derivando los casos de sospecha a su servicio de ginecología de referencia.

En coordinación con el servicio de ginecología de su sector sanitario realizarán el seguimiento y control de las mujeres con endometriosis leve o asintomática.

Los médicos de familia, en los casos establecidos como endometriosis severa, podrán remitir directamente a la mujer a la **Unidad de Referencia de Endometriosis (Hospital Universitario Miguel Servet, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa)** si se presenta un episodio de agudización o mal control clínico. Igualmente podrán remitir directamente a la Unidad de Reproducción si presenta un problema de esterilidad.

A los efectos de disminuir el periodo de tiempo entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico de la enfermedad se ofertará a los profesionales de atención primaria, especialmente a matronas, formación clínica e información sobre la gestión del proceso.

Quinta.- Servicios de Ginecología del Sector Sanitario

Los servicios de Ginecología de cada sector sanitario tendrán las siguientes funciones

- Confirmación de diagnóstico y estadío de la endometriosis.
- En caso de confirmarse endometriosis grado leve o moderado, establecer plan de cuidados individualizado según edad, deseo genésico y clínica presentada.

- En caso de diagnóstico de endometriosis grave y/o profunda, remitir a la paciente a la Unidad de Referencia de Endometriosis.
- Si se descarta el diagnóstico de endometriosis, derivar a atención primaria para descartar otras patologías.
- Si se confirma diagnóstico de endometriosis leve/moderada: remitir informe a atención primaria con diagnóstico y plan de cuidados.

En cada hospital existirá un facultativo especialista en ginecología, nombrado por la dirección asistencial, que será responsable de la implantación de estas instrucciones, de la continuidad asistencial, de la remisión de las pacientes a la Unidad de Referencia de Endometriosis y del seguimiento y evaluación del proceso.

Los Sectores Sanitarios de Calatayud, Huesca, Barbastro y Sector III de Zaragoza derivarán a las pacientes a la oferta de servicios de la Unidad de Referencia de Endometriosis del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Los Sectores Sanitarios de Alcañiz, Teruel, Sector I y II de Zaragoza derivarán a las pacientes a la oferta de servicios de la Unidad de Referencia de Endometriosis del Hospital Universitario Miguel Servet.

Sexta.- Unidad de Referencia de Endometriosis

La Unidad de Referencia de Endometriosis es una Unidad Funcional Multihospitalaria dependiente de los Servicios de Ginecología del Hospital Universitario Miguel Servet y del Hospital Clínico Lozano Blesa. Son funciones de la Unidad:

- El tratamiento y seguimiento de la paciente con sospecha/confirmación de endometriosis grave y/o profunda.
- El asesoramiento clínico al resto de profesionales que intervienen en la atención al proceso de endometriosis.
- Una vez finalizado el seguimiento específico en la Unidad de Endometriosis, se realizará un Informe que se remitirá a Atención Primaria y al Ginecólogo del hospital de su Sector Sanitario, resumiendo la estrategia que se ha seguido con la paciente y la pauta de tratamiento recomendada.

La oferta de servicios de la Unidad incluirá:

- Consulta presencial, que deberá realizarse en un periodo inferior a 30 días desde la solicitud
- Consulta virtual con otros facultativos
- Procedimientos de diagnóstico
- Procedimientos quirúrgicos
- Interconsulta con otras especialidades: endocrino, inmunología, digestivo, urología, rehabilitación.
- Ingreso hospitalario.
- Seguimiento periódico de aquellas pacientes con endometriosis grave/profunda

Las consultas ofertadas se incluirán en el Sistema de Información Hospitalaria (HIS) identificándose como consulta de referencia de endometriosis.

La Unidad estará constituida, de forma permanente, por dos facultativos de ginecología del Hospital Universitario Miguel Servet y dos facultativos de ginecología del Hospital Clínico Lozano Blesa. A ella podrán incorporarse en virtud de la complejidad clínica de los casos otros facultativos de Cirugía General, Digestivo, Endocrinología, Urología, Reproducción Asistida, Rehabilitación, Salud Mental...

La Unidad estará coordinada por un facultativo designado por las Direcciones Asistenciales de los dos hospitales, siendo responsable del seguimiento y evaluación de la práctica clínica y de la convocatoria periódica de los facultativos de la Unidad para la presentación, discusión y decisión terapéutica de los casos clínicos relevantes.

Séptima.- Unidad de Reproducción

A las mujeres con endometriosis se les informará de la repercusión de esta patología en la fertilidad, ofreciéndoseles, según los criterios establecidos en la gestión clínica del proceso (Ver Anexo II), su derivación a la Unidad de Reproducción.

Octava.- Continuidad asistencial

Para garantizar la continuidad asistencial se dispondrá:

- Interconsulta virtual entre los ginecólogos responsables del proceso en cada uno de los hospitales con la Unidad de Referencia.
- Registro y seguimiento de casos mediante historia clínica común con acceso desde la Historia Clínica Digital.
- Accesibilidad a la información de la historia clínica por parte de la paciente y a continuidad de relación en el vínculo médico paciente.

Novena.- Participación y Decisión Compartida

Durante todo el proceso de atención las mujeres tendrán derecho a ser informadas de la evolución de su proceso, de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas así como de su riesgo y efectos secundarios. Se garantizará la autonomía de las pacientes a través de procedimientos de “decisiones compartidas”

Décima.- Grupo Director para el desarrollo y seguimiento de la estrategia de atención a la endometriosis.

Se constituye el Grupo Director de la Estrategia de Endometriosis con la siguiente composición (**Anexo I**):

- Un director/a del Grupo, facultativo de ginecología, designado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria
- Los facultativos de ginecología de la Unidad de Referencia
- Los facultativos de ginecología responsables del proceso en cada Sector Sanitario
- Dos representantes de la Asociación de Afectadas de Endometriosis

Son funciones del Grupo Director:

- Seguimiento y evaluación de la implantación del procedimiento de endometriosis en Aragón.
- Implantación y seguimiento del registro de casos y de la documentación clínica.
- El análisis y discusión de los casos clínicos relevantes.

- Actualizar los criterios clínicos que se consideren convenientes para mejorar el procedimiento de endometriosis de Aragón.
- Valorar las necesidades formativas, tanto para los profesionales de atención primaria como de hospitales.
- Elaborar anualmente un informe sobre la situación de la endometriosis en Aragón.

Al menos el Grupo Director se reunirá trimestralmente y será convocado por el Director/a del Grupo.

Undécima.- Implantación y Seguimiento

Las direcciones médicas de Atención Primaria y Hospitales garantizarán la implantación y funcionamiento correcto de los procedimientos descritos y realizarán de forma sistemática y periódica su evaluación y seguimiento.

Duodécima.- Ámbito y Fecha de Aplicación

Los procedimientos recogidos en estas instrucciones serán de aplicación en todos los Equipos de Atención Primaria y Hospitales del SALUD.

Décimotercera.- Disposición adicional

Mediante la presente Resolución se modifica la Resolución de 12 de abril de 2018, incluyéndose las siguientes actualizaciones:

Anexo I: Miembros del Grupo Director

Anexo II: Proceso de atención. Subproceso de tratamiento médico

Anexo C: Itinerario de atención y derivación.

Zaragoza, 24 de abril de 2019

**EL DIRECTOR GENERAL DE
ASISTENCIA SANITARIA**



Fdo.: José M^a Abad Díez

ANEXO I: Miembros del Grupo Director de la Estrategia de Endometriosis

Directora del Grupo

Dra. Ana Cristina Lou Mercadé (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza)

Facultativos de ginecología de la Unidad de Referencia

Dra. Ana Cristina Lou Mercadé (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza)

Dr. Raul Bolea Tobajas (Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza)

Dr. Miguel Díaz Vega (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza)

Dr. Salvador García Aguirre (Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza)

Facultativos de ginecología responsables del proceso en cada Sector Sanitario

Hospital Provincial Nstra Sra. De Gracia de Zaragoza: Dra. Concepción Blasco Gimeno

Hospital Ernest Lluch de Calatayud: Dr. Manuel Farrer Velázquez

Hospital San Jorge de Huesca: Dr. Juan Manuel Ramón Cajal

Hospital de Barbastro: Dra. Jessica Valeria Hernández Pimenta

Hospital Obispo Polanco de Teruel: Dra. Elena Schumacher Ansuategui

Hospital de Alcañiz: Dra. Beatriz Vicente López

Hospital de la Defensa: Dra. Pilar De La Cueva Barrao

Representantes de la Asociación de Afectadas de Endometriosis

Doña Inmaculada Menés Casado

Doña Beatriz Valbuena Martínez

ANEXO II: PROCESO DE ENDOMETRIOSIS

RELACIÓN DE SUBPROCESOS

- 1. Subproceso diagnóstico.**
 - a. Síntomas guía
 - b. Niveles de atención
- 2. Subproceso estudio de extensión (Clasificación)**
- 3. Subproceso diagnóstico diferencial**
- 4. Subproceso tratamiento:**
 - a. Subproceso tratamiento médico
 1. Tratamiento hormonal
 2. Tratamiento analgésico
 - b. Subproceso tratamiento quirúrgico
- 5. Subproceso Fertilidad**
- 6. Subproceso de tratamiento postquirúrgico/seguimiento.**
- 7. Subproceso Itinerario de atención**
- 8. Subproceso de apoyo psicológico**

Los criterios que se recogen para la gestión de cada subproceso han sido establecidos por consenso en el Grupo de Expertos en Endometriosis de la Comunidad Autónoma de Aragón constituido para la planificación y desarrollo del proceso asistencial de la endometriosis y para su implantación en los Sectores Sanitarios.

Las recomendaciones incluidas se basan en la "Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS) 2013", con los siguientes objetivos:

- Ayudar a los profesionales en la toma de decisiones sobre diagnóstico, tratamiento, cuidados, prevención y derivación.
- Avanzar en pautas comunes de actuación en el SALUD, contribuyendo a la atención integral de las mujeres afectas.
- Mejorar la calidad y equidad en la atención de la endometriosis.

Durante todo el proceso se garantizará la información a pacientes y familiares, con contenidos claros sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento, que les permita una toma de decisión informada.

Para cada acto diagnóstico o terapéutico a aplicar que lo requiera se deberá firmar un consentimiento informado específico.

1-Subproceso diagnóstico

A. SINTOMAS GUÍA

Los síntomas guía de sospecha de la endometriosis son:

- el **DOLOR**:
 - **Dismenorrea (dolor cíclico durante la menstruación)** que no cede con el tratamiento habitual
 - **Dispareunia** intensa con la penetración profunda
 - **Estreñimiento y Disquecia (dolor con la defecación)** con o sin rectorragia
 - **Disuria cíclica**, con o sin hematuria
 - **Dolor pélvico crónico** (no cíclico)
- la **INFERTILIDAD**.

Los anteriores han de ser considerados síntomas guía que deben hacer sospechar la presencia de endometriosis y derivar siempre al servicio de ginecología de forma precoz, con el fin de diagnosticar correctamente a la mujer afectada.

B. NIVELES DE ATENCIÓN:

ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

- El médico de Atención Primaria realizará una valoración de las mujeres que acuden con alguna sintomatología de endometriosis mediante la anamnesis.
- Ante sospecha de endometriosis, el médico de Atención Primaria remitirá a la paciente a la Consulta Atención Especializada de Ginecología General.
- Ante paciente con un diagnóstico establecido de endometriosis severa:
 - si presenta un episodio de agudización o mal control clínico, podrá ser remitida directamente a la Unidad Específica de Endometriosis
 - si presenta problema de esterilidad podrá ser remitida directamente a la Unidad de Reproducción

ACTUACIÓN EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA GENERAL

La secuencia de actividades será la siguiente:

1. El médico especialista en ginecología realizará una valoración inicial de la paciente mediante historia clínica y exploración (especuloscopia y tacto vaginal):
 - palpación de pelvis dolorosa
 - útero fijo en retroversión
 - ligamentos útero-sacos dolorosos
 - aumento del tamaño de los ovarios
 - palpación de nódulos infiltrativos en ligamentos útero-sacos o fondo de saco de Douglas
 - visualización directa de lesiones características en vagina

2. Realización de estudios de imagen en acto único (si se dispone de ecógrafo en la consulta):
 - Ecografía pelviana.
3. Diagnóstico clínico / Diagnóstico de sospecha:
 - La historia clínica y la exploración son suficientes para establecer el diagnóstico de sospecha e iniciar tratamiento médico del cuadro.
 - No es necesario establecer el diagnóstico de certeza de endometriosis que exigiría pasar por la intervención quirúrgica (laparoscopia diagnóstica) y posterior verificación histológica.
 - Se informará a la paciente de los hallazgos y procedimientos a seguir según cada caso, en función de los síntomas referidos.
 - Endometrioma sintomático o asintomático
 - Manejo en Ginecología General (remitir a unidad de referencia si precisa valoración)
 - Esterilidad
 - Remitir a consulta de Fertilidad
 - Nódulo o clínica compatible con endometriosis profunda
 - Remitir a Unidad de Endometriosis
 - Dificultad para filiar y controlar el dolor pélvico crónico
 - Remitir a Unidad de Endometriosis

ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE ENDOMETRIOSIS

La secuencia de actividades será la siguiente:

1. Historia clínica detallada:
 - a. Evaluación de tipo de dolor:
 - i. dolor pélvico cíclico (dismenorrea progresiva)
 - ii. dolor pélvico crónico
 - b. Valoración de trastornos del sangrado menstrual
 - c. Antecedentes obstétricos/historia de esterilidad/deseo gestacional
 - d. Presencia de síntomas extragenitales: dolor abdominal o lumbar, dolor al orinar o defecar, hemorragia (hematuria, rectorragia, hemoptisis)
 - e. Evaluación de tratamientos previos y respuesta a los mismos
2. Exploración pelviana (especuloscopia y tacto vaginal):
 - a. palpación de pelvis dolorosa
 - b. útero fijo en retroversión
 - c. ligamentos útero-sacros dolorosos
 - d. aumento del tamaño de los ovarios
 - e. palpación de nódulos infiltrativos en ligamentos útero-sacros o fondo de saco de Douglas
 - f. visualización directa de lesiones características en vagina

3. Realización de estudio de imagen básico:
 - a. Ecografía pelviana
4. Solicitud de estudios de imagen específicos, en función de la sospecha clínica
 - a. Resonancia Magnética
 - b. Enema de Bario
 - c. Uro-TAC
5. Solicitud de interconsulta a otras especialidades integradas en la Unidad multidisciplinar de endometriosis, en función de los síntomas y sospecha de extensión extragenital de la enfermedad
 - a. Cirugía General sección colorrectal
 - b. Urología
 - c. Digestivo
 - d. Endocrinología
 - e. Inmunología
 - f. Clínica del dolor
 - g. Psiquiatría/Psicosomática, sexología
6. Diagnóstico clínico: Se informará a la paciente de los hallazgos y procedimientos a seguir según cada caso, en función de los síntomas referidos, edad, deseo de gestación y extensión de la enfermedad.

2- Subproceso - estudio de extensión/clasificación

Existen tres formas básicas de presentación de la enfermedad:

- 1. endometriosis peritoneal superficial (tipo I)**
 - lesiones "típicas" superficiales negras en los ovarios o en la serosa peritoneal
 - lesiones "atípicas":
 - lesiones rojas (aspecto como lesiones petequiales, polipoides, hemorrágicas, en llamarada, etc.)
 - lesiones vesiculares
 - lesiones blancas (se corresponden con áreas de fibrosis y cicatrización)
- 2. endometriosis ovárica (tipo II): endometriomas**
- 3. endometriosis profunda (tipo III):** nódulos que infiltran más de 5 mm el peritoneo subyacente y pueden afectar
 - ligamentos útero-sacros
 - fondo de saco de Douglas
 - tabique recto-vaginal
 - vejiga
 - uréteres
 - intestino

Los tres tipos de lesión pueden hallarse por separado o en combinación. La enfermedad puede abarcar desde pocas lesiones focales hasta grandes y extensas lesiones que convierten la endometriosis en una enfermedad sistémica crónica, compleja y grave en algunas pacientes.

No existe correlación entre tamaño, tipo de lesiones y severidad de la enfermedad en cuanto a los síntomas dolorosos.

Clasificación de la endometriosis según la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (*American Society for Reproductive Medicine, 1996*):

- **Estadio I Mínima:** Implantes aislados y sin adherencias.
- **Estadio II Leve:** Implantes superficiales < 5 mm. sobre la superficie del peritoneo y ovarios.
- **Estadio III Moderada:** Implantes múltiples superficiales o invasivos. Adherencias alrededor de las trompas o periováricas.
- **Estadio IV Severa:** Implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen grandes endometriomas ováricos.

3- Subproceso – Diagnóstico Diferencial

El síntoma inespecífico dolor pelviano, la localización extragenital de la endometriosis y el solapamiento con otras condiciones puede hacer derivar a las pacientes a otras especialidades y retrasar el diagnóstico definitivo varios años.

Diagnóstico diferencial del dolor pelviano crónico	
Ginecológico cíclico	Dismenorrea Endometriosis Síndrome premenstrual
Ginecológico no cíclico	Enfermedad Pélvica Inflamatoria Retroflexión uterina Síndromes congestivos Dispareunia Adherencias pelvianas
Gastrointestinales	Colon irritable Enfermedad inflamatoria intestinal Diverticulosis Apendicitis Dolor neoplásico Dolor del esfínter anal
Urológicas	Síndrome uretral crónico Cistitis intersticial Vejiga irritable
Músculo-esqueléticas	Fibromialgia Miositis Traumatismos
Alteraciones Psiquiátricas	Depresión Somatización Hipocondriasis

4- Subproceso - Tratamiento

El tratamiento se basa en 4 **objetivos básicos**:

- Suprimir el dolor
- Restaurar la fertilidad
- Eliminar la endometriosis visible
- Evitar la progresión de la enfermedad

Conceptos básicos relativos al tratamiento de la endometriosis:

- No existe un tratamiento idóneo capaz de lograr los cuatro objetivos terapéuticos básicos.
- Los tratamientos médicos pueden frenar de manera transitoria la progresión de la enfermedad.
- La terapia médica es efectiva en el tratamiento del dolor, pero no hay fármacos efectivos en la eliminación definitiva de la endometriosis.
- Ningún fármaco es superior a otro en cuanto a reducción de la extensión de las lesiones.
- El tratamiento médico de elección debe ser el menos invasivo, el que produzca menos efectos secundarios y el más eficaz a largo plazo.
- Todos los tratamientos hormonales son eficaces para disminuir el dolor, sin embargo, hay que tener en cuenta que algunas mujeres responden al tratamiento mejor que otras y la respuesta a los diferentes tratamientos hormonales puede diferir de unas mujeres a otras.
- Se debe evaluar regularmente los efectos secundarios del tratamiento, con mayor frecuencia al inicio del mismo.
- El tratamiento definitivo es la cirugía, pero siempre se debe optar inicialmente por tratamiento farmacológico dado que:
 - o La cirugía ovárica (extirpación de quistes): puede reducir la reserva ovárica, comprometiendo la fertilidad de la paciente.
 - o La cirugía no está exenta de complicaciones

Se debe informar a la paciente de las opciones terapéuticas, considerando la edad y el deseo gestacional, la gravedad de los síntomas, la localización y la gravedad de la enfermedad, además de la respuesta a tratamientos previos, para decidir con ella un tratamiento individualizado (empoderamiento).

SUBPROCESO TRATAMIENTO MÉDICO

A. Tratamiento hormonal (la endometriosis es hormono-dependiente). Mecanismo de acción: reducir los efectos de los estrógenos sobre el endometrio ectópico.

Las opciones en cuanto a fármacos hormonales son las siguientes, siendo todos igualmente eficaces, aunque difieren en los efectos secundarios y perfil de coste (grado de recomendación A). Todo ello hace que de primera línea se opte por los fármacos más baratos y mejor tolerados, escalonando la prescripción de los mismos del modo que se describe a continuación. La ausencia de respuesta al dolor, o la aparición de efectos secundarios, marcará el paso a fármacos de 2ª o 3ª línea, y así sucesivamente.

1º Progestágenos:

- **Desogestrel** (pauta continua): buena tolerancia. Producen decidualización del tejido endometrial y anovulación.
- **Dispositivo intrauterino con Levonorgestrel (DIU-LNG):** buena tolerancia y alta eficacia.

2º Anticonceptivos hormonales combinados (pauta cíclica o continua, preferiblemente en pauta continua): buena tolerancia. Producen anovulación.

3º Análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas. Se aconseja combinarlos con terapia "add-back" (estrógenos combinados con progesterona o tibolona) para evitar la pérdida de masa ósea y los síntomas vasomotores.

4º Danazol: mal tolerado por efectos secundarios (efecto androgénico), por ello no es muy aconsejable. Se recomienda utilizarlo por vía vaginal para disminuir los efectos secundarios.

B. Tratamiento analgésico:

Puede ser necesaria la atención por parte de las Unidades del dolor, además de apoyo psicológico. En ocasiones el dolor se cronifica por fenómenos de sensibilización central.

La secuencia de analgesia será la siguiente:

- **Analgésicos/Antiinflamatorios:** paracetamol, ibuprofeno, metamizol, dexketoprofeno trometamol, etc.
- **Antihiperálgicos:** amitriptilina, duloxetina, gabapentina, pregabalina, etc.
- **Opioides:** morfina, fentanilo, metadona, adolonta.
- **Tratamientos intervencionistas:** bloqueos nerviosos, neuromodulación.

SUBPROCESO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Es de elección el abordaje laparoscópico: mejor visualización de las lesiones, menor riesgo de adherencias, mejor disección tubo-ovárica, mejor recuperación postoperatoria y menor estancia hospitalaria.

La técnica dependerá de las diferentes localizaciones de la endometriosis y estructuras afectadas.

- **Tratamiento quirúrgico de la endometriosis ovárica (endometriomas)**
 - Técnica de elección: quistectomía (mejor que el drenaje, la coagulación o la vaporización con láser)
 - La indicación de cirugía depende del tamaño (a partir de 5-6 cm), pero fundamentalmente de la sintomatología (dolor a pesar del tratamiento médico) o de que interfiera para la punción de folículos en tratamientos de reproducción asistida.
- **Tratamiento quirúrgico de la endometriosis peritoneal**
 - Técnica: escisión, coagulación o vaporización con láser por vía laparoscópica.
- **Tratamiento quirúrgico de la endometriosis profunda**
 - Principios básicos a tener en cuenta:
 - Tratar solamente pacientes con lesiones sintomáticas.
 - Informar detalladamente de las lesiones que se van a extirpar, advirtiendo de que los hallazgos intraoperatorios pueden modificar la técnica.
 - Informar de las posibles secuelas y complicaciones que pueden derivarse de la cirugía.

- Valorar el deseo genésico y la posibilidad de preservar ovocitos en función del pronóstico reproductivo.
- Informar de que en algunas ocasiones la cirugía no resuelve el cuadro de dolor.
- Liberar todas las adherencias para visualizar correctamente las lesiones.
- Escisión quirúrgica completa, en un solo procedimiento (evitar cirugías repetidas consecuencia de cirugías previas incompletas).
- Debe ser tratada por especialistas con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada, la mayoría de las veces por **equipos multidisciplinares** que cuenten con la participación de ginecólogos, cirujanos generales y urólogos.
- Técnica:
 - Localización genital de la endometriosis: informar a la paciente de que puede ser necesaria la extirpación de 1 o los 2 ovarios, de 1 o las 2 trompas, del útero y alguna porción de la vagina.
 - Localización urinaria: informar a la paciente de que puede ser necesaria la resección de parte de la pared vesical o parte del uréter, siendo necesario su sutura, reimplante o anastomosis posterior (sondaje vesical y catéter ureteral temporal).
 - Localización intestinal: informar a la paciente de que puede ser necesaria la resección intestinal, con o sin colostomía de descarga.

Tras informar detalladamente a la paciente de lo anteriormente referido, se le entregará **consentimiento informado de "cirugía de endometriosis"** para su lectura y firma, previo a la cirugía (**Anexo A**).

5- Subproceso - Fertilidad

El diagnóstico precoz y el correcto manejo y seguimiento son fundamentales para evitar las consecuencias de la endometriosis sobre la fertilidad.

Las mujeres con endometriosis tienen mayor dificultad para concebir. Aproximadamente entre el 20-30% de las pacientes que acuden a la consulta de esterilidad padecen endometriosis. La tasa de fecundación mensual mediante concepción natural desciende del 15-20% de la población general al 2-10% en la endometriosis no tratada. Existe un 30-50% de subfertilidad en las pacientes con endometriosis. A pesar de estos datos epidemiológicos, no todas las mujeres con endometriosis son estériles, y en el caso de serlo, disponemos de soluciones para conseguir el embarazo.

EFFECTO DE LA ENDOMETRIOSIS A LA FERTILIDAD:

- a) Alteración de la anatomía pélvica y obstrucción tubárica (por adherencias o por presencia de endometriosis a nivel de las mismas).
- b) Alteraciones inflamatorias e inmunológicas que pueden afectar:
 - Foliculogénesis y esteroidogénesis.
 - Calidad ovocitaria.
 - Embriogénesis.
 - Implantación.

RECOMENDACIONES DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD (SEF) Y SOCIEDAD EUROPEA DE REPRODUCCIÓN HUMANA Y EMBRIOLOGÍA (ESHRE) PARA EL MANEJO DE LA FERTILIDAD EN MUJERES CON ENDOMETRIOSIS (Ver Anexo B):

a. Pacientes con endometriosis en edad fértil: sin deseo reproductivo actual, pero sí en el futuro

- Derecho a información.
 - Su enfermedad, estadiaje y evolución
 - Repercusión en el futuro sobre la fertilidad.
 - Aconsejar gestación sin demoras.
 - Valorar la vitrificación de óvulos.
- Valorar tratamiento médico más adecuado de la endometriosis para evitar la progresión de la enfermedad (ver apartado tratamiento médico).
- Evitar la cirugía, solo recomendable en casos de dolor resistente a tratamiento médico.

b. Pacientes con endometriosis en edad fértil: con deseo reproductivo

- **Tratamiento quirúrgico:**
 - No se aconseja tratamiento médico ni antes, ni después, de realizar cirugía.
 - La decisión de realizar laparoscopia debe tomarse en función de la edad de la paciente, duración de la esterilidad y la presencia de dolor pélvico.
 - Si se realiza laparoscopia por estudio de esterilidad, es aconsejable realizar la resección de implantes y la adhesiolisis quirúrgica.
 - No realizar quistectomía del endometrioma mayor de 3 cm antes de comenzar la Técnicas de reproducción asistida (TRA), salvo en los casos de dolor asociado a la endometriosis o accesibilidad de los folículos comprometida.
 - Si se opera un endometrioma, es preferible la quistectomía que la punción y/o ablación de la cápsula.
 - En casos de cirugía, siempre avisar a la paciente de la posibilidad de disminución de la reserva ovárica y pérdida del ovario.
- **Técnicas de reproducción asistida**
 - **Inseminación intrauterina (IIU):**
 - El tratamiento de la IIU en caso de endometriosis mínima o leve (tipo I-II) mejora la fertilidad.
 - La IIU con estimulación con gonadotrofinas es eficaz, pero se desconoce el papel de la inseminación.
 - Hay estudios que indican el aumento de la tasa de embarazo con estimulación ovárica con o sin inseminación en caso de endometriosis leve.
 - **Fecundación in vitro (FIV):**
 - Está indicado en el tratamiento de la endometriosis III y IV, si hay afectación de la función ovárica, con o sin factor tubárico, en caso de factor masculino y si han fallado otros tratamientos.
 - Las endometriosis avanzadas tienen peor resultado que las leves.

- La quistectomía del endometrioma se debe realizar en caso que impida el acceso a los folículos.
- El tratamiento con análogos previo a la FIV en caso de endometriosis puede ser considerado, dado que aumenta la tasa de embarazo.
- Los tratamientos de FIV no aumentan la recurrencia ni la progresión de la endometriosis.
- **Donación óvulos:**
 - Mala reserva folicular.
 - Fracaso de FIV.
 - Endometriosis severa con mala estimulación o imposibilidad de punción folicular.
- **Preservación de la Fertilidad:**
 - Las pacientes deben ser informadas del beneficio de intentar la gestación en edades tempranas. La vitrificación de óvulos puede ser una alternativa eficaz en algunos casos de endometriosis, pero su efectividad depende de la edad de la mujer, de su reserva ovárica y de la cantidad y calidad de ovocitos obtenidos.
 - Dado que la endometriosis es una enfermedad frecuente, con diferentes formas de lesiones en extensión y repercusión, la preservación de la fertilidad tiene que ser selectiva en casos muy seleccionados.
 - Las pacientes serán remitidas a las unidades de reproducción del SALUD para su evaluación.
 - Indicaciones:
 - ✓ Pacientes con fertilidad muy comprometida por el avance de la endometriosis, a pesar de los tratamientos médicos.
 - ✓ En casos que la cirugía de la endometriosis pueda comprometer de manera importante la fertilidad
 - Requisitos:
 - ✓ < 36 años.
 - ✓ Reserva folicular adecuada: HAM > 1 ng/ml; recuento folículos antrales > 6 y FSH < 10.
 - ✓ Endometrioma bilateral >5 cm, que tras 6-12 meses de tratamiento médico no disminuya de tamaño.
 - ✓ Recurrencia postquirúrgica: pacientes con antecedente de escisión de endometrioma (>5 cm) y que requieran cirugía por recurrencia contralateral, a pesar de llevar tratamiento médico.

La secuencia de actividades será la siguiente:

- Pacientes de menos de 35 años, con cuadros de endometriosis leve, remitir a unidades de reproducción tras un año de búsqueda de embarazo sin lograrlo.
- Pacientes de más de 35 años, con cuadros de endometriosis leve, remitir a unidades de reproducción tras 6 meses de búsqueda de embarazo sin lograrlo.

- Pacientes con endometriosis severa que deseen gestación: remitir directamente a unidades de reproducción.

6-Subproceso de tratamiento postquirúrgico/seguimiento

Unidad de Endometriosis

La secuencia de actividades será la siguiente:

1. Cita para primera visita postoperatoria en 15-30 días (en función de la complejidad de la cirugía realizada) en consulta de Unidad de Endometriosis.
2. Recoger en la historia clínica el informe histológico de la pieza quirúrgica junto al protocolo quirúrgico.
3. Cita con otros especialistas de la Unidad (urología, cirugía general, clínica del dolor) en función de la cirugía realizada y necesidades (retirada de sonda vesical/catéter ureteral, control de resección intestinal y, en su caso, colostomía, control de pauta de analgesia, etc.).
4. Planificar las visitas de seguimiento y la actuación ante agudizaciones junto con la mujer. La frecuencia de visitas se establecerá en función del control de la sintomatología y hasta el correcto control de la misma.

Una pauta modelo (a modificar según cada caso) podría ser:

- o Endometriosis leve: Anual (ginecología general)
 - o Endometriosis severa: Semestral (consulta endometriosis)
5. Una vez finalizado el seguimiento específico en la Unidad de Endometriosis, en ésta se realizará un Informe con toda la estrategia que se ha seguido con la paciente y la pauta de tratamiento recomendada.
 6. Desde la Unidad de Endometriosis se garantizará la comunicación y coordinación con el Médico de Familia y Ginecología General para el seguimiento conjunto de la paciente, con objeto de realizar una atención integral de las mujeres con endometriosis.
 7. Envío de la paciente a Atención Primaria o Ginecología General, si se ha logrado control/resolución del cuadro clínico.

7-Subproceso Itinerario de atención

Para implementar el "Proceso Endometriosis" en la Comunidad Autónoma es imprescindible difundir el presente documento entre los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada (**Anexo C: Algoritmo itinerario de atención**).

El itinerario de atención contempla diferentes etapas según la complejidad del diagnóstico o el tipo de endometriosis.

Características que debe tener este subproceso:

1. Servicios de Atención Primaria

- a. Impulsar el papel de Atención Primaria en la detección precoz de los signos y síntomas de sospecha.
- b. DERIVACIÓN: a Atención Especializada ante la sospecha diagnóstica, cuanto antes para confirmar diagnóstico.
- c. RETORNO: el manejo de la endometriosis leve o asintomática puede realizarse en Atención Primaria en coordinación con ginecología de

área. Un elevado número de mujeres con endometriosis son asintomáticas

- d. Los aspectos físicos, psíquicos y sociales, frecuentemente asociados en enfermedades crónicas (como puede ser la endometriosis), serán manejados desde primaria.
- e. En caso de aparición de síntomas severos, mal controlados con el tratamiento farmacológico, o que hagan sospechar afectación de tracto digestivo y/o urinario, que pueden requerir servicios quirúrgicos especializados, remitir de nuevo a la Unidad de Endometriosis para el manejo multidisciplinar
- f. En caso de endometriosis y problemas de fertilidad: remitir a Unidad de Reproducción.

2. Servicios de Atención Especializada Ginecología de área

- a. Confirmación de diagnóstico y estadio de la endometriosis.
- b. En caso de confirmarse endometriosis grado leve o moderado, establecer plan de cuidados individualizado según edad, deseo genésico y clínica presentada.
- c. DERIVACIÓN: en caso de diagnóstico de endometriosis grave y/o profunda, remitir a la Unidad Especializada de Endometriosis.
- d. RETORNO:
 - i. si se descarta el diagnóstico de endometriosis, derivar a atención primaria para descartar otras patologías.
 - ii. Si se confirma diagnóstico de endometriosis leve/moderada: remitir informe a atención primaria con diagnóstico y plan de cuidados.

3. Unidad Especializada de Endometriosis/ Consulta Especializada de atención a las mujeres con Endometriosis

- a. El seguimiento de la paciente con sospecha/confirmación de endometriosis grave y/o profunda se realizará en la Unidad de Endometriosis de acuerdo a criterios unificados para toda la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta las características de las mujeres y de su enfermedad.
- b. Para la atención de casos de endometriosis profunda se requerirá la participación de profesionales especializados, preferiblemente incluidos en una unidad multidisciplinar.
- c. RETORNO: una vez finalizado el seguimiento específico en la Unidad de Endometriosis, se realizará un Informe que se remitirá a Atención Primaria resumiendo la estrategia que se ha seguido con la paciente y la pauta de tratamiento recomendada

4. Unidad Multidisciplinar de Endometriosis (composición)

- a. Ginecología con experiencia en cirugía ginecológica avanzada
- b. Cirugía general con experiencia en cirugía colorrectal
- c. Urología
- d. Diagnóstico por imagen, Radiología

- e. Experto en tratamiento del dolor pelviano
- f. Psiquiatría o psicósomática.
- g. Reproducción asistida

8-Subproceso – Apoyo psicológico. Calidad de vida

Características que debe tener este subproceso:

- Las mujeres con endometriosis avanzadas suelen presentar una morbilidad psicológica elevada, fundamentalmente depresión y ansiedad.
- El dolor y la infertilidad pueden afectar a varias esferas de la vida de las mujeres con endometriosis, empeorando, en definitiva, su calidad de vida:
 - vida personal
 - vida familiar
 - vida sexual
 - vida laboral
 - vida social
- La incertidumbre sobre la posible progresión de la enfermedad hacia un grado de mayor severidad contribuye al estado de ansiedad/depresión.
- Se recomienda realizar anamnesis sobre la presencia de síntomas psicológicos y afectación de las esferas sexual, laboral y social.
- El apoyo psicológico y emocional es fundamental. Se ofertará a la paciente ayuda en este sentido mediante remisión a psiquiatría/psicósomática.

Anexos

Anexo A. Consentimiento informado de "cirugía de endometriosis"

Anexo B: Recomendaciones de la SEF y ESHRE

Anexo C: Algoritmo Itinerario de Atención

ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO "CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS"



HOSPITAL:

1^{er} Apellido: _____

2^o Apellido: _____

Nombre _____ nº Historia

AUTORIZACIÓN DE
TÉCNICAS DE RIESGO

AUTORIZACIÓN TÉCNICAS DE RIESGO

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN ENDOMETRIOSIS

1. La **laparoscopia** es una técnica que utiliza uno o más instrumentos introducidos en el abdomen a través de pequeñas incisiones. El abdomen es distendido habitualmente por un gas denominado dióxido de carbono. El/los instrumento/s dotado/s de luz y cámara permite/n ver los órganos pélvicos y utilizar bajo visión directa una serie de instrumentos adicionales.

2. La **Endometriosis** es una enfermedad definida como presencia anormal de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Esta enfermedad es crónica y puede afectar a los diversos órganos de la cavidad abdominal (útero y sus anejos, vejiga, uréteres, intestino, etc.). Su tratamiento podrá conllevar una cirugía conservadora o la extirpación total o parcial de los órganos afectados y/o los implantes endometriósicos peritoneales adyacentes.

Ocasionalmente será recomendable la extirpación del útero, de uno o ambos ovarios y trompas, lo que puede dar lugar a esterilidad y menopausia. Otras veces, se procederá a la extirpación de quistes endometriósicos en ambos ovarios y, a pesar de la no extirpación de los ovarios, puede producirse una disminución de la reserva ovárica, llegando incluso a la menopausia en el 2% de los casos.

3. **Complicaciones** y/o riesgos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras, potencialmente más importantes, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

3.1. **Molestias postoperatorias** más frecuentes de la laparoscopia:

- dolor de hombro
- hinchazón abdominal
- hemorragia vaginal leve

3.2. **Complicaciones específicas de la laparoscopia:**

- lesiones vasculares
- hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria)
- accidentes eléctricos
- lesiones de órganos vecinos (intestino delgado, grueso, uréteres, vejiga), infecciones (intra y postoperatorias)
- enfisema subcutáneo y tromboembolismo gaseoso
- reconversión a cirugía abierta

3.3. **Hallazgos inesperados**, que no han podido ser detectados previamente en la exploración o pruebas previas, que dificultan y complican la cirugía, pueden variar el plan quirúrgico inicial. El equipo quirúrgico podrá suspender el procedimiento programado inmediatamente si durante la intervención se objetiva una amplia extensión de la enfermedad no sospechada previamente, para una nueva cirugía diferida por equipo especializado y evitar tratamientos incompletos que incrementan el riesgo de persistencia, recurrencias de la enfermedad y el mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas en cada sucesivo abordaje quirúrgico. Si durante el acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo quirúrgico podrá modificar la técnica quirúrgica programada.

La mayoría de las complicaciones pueden requerir acelerar, suspender o retrasar la intervención. Complicaciones severas que requieren histerectomía (extirpación del útero o matriz), colostomía (desembocar el colon al exterior en la pared abdominal) o que son causa de fallecimiento difícilmente suceden, pero no son imposibles. Si en el momento del acto quirúrgico, por surgir algún imprevisto o porque tras la inspección laparoscópica cuidadosa se observen condiciones que requieran la reconversión de la laparoscopia hacia la cirugía tradicional abierta (laparotomía), estoy de acuerdo en que ésta se realice, así como que el equipo médico pueda variar la técnica quirúrgica programada.

3.4. **Riesgos personalizados:** Las complicaciones específicas de la intervención o disección quirúrgica dependen de la extensión de los implantes endometriósicos y de la relación con órganos adyacentes (lesiones vesicales, ureterales, intestinales, vasculares o neurológicas, rotura de quiste, extirpación incompleta del quiste, etc).

3.5. Por su situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....

- Presencia de cirugías previas, hace más probable el desarrollo de complicaciones
- Afectación del intestino, hace que exista probabilidad de:
 - Dehiscencia de sutura vaginal, fuga de anastomosis, fístulas, estenosis post-anastomosis, y de forma excepcional obstrucción intestinal, peritonitis y sepsis, lo que puede conllevar la necesidad de una bolsa de derivación del intestino a la pared abdominal por un tiempo, y en muy raras ocasiones de forma definitiva.
 - Dolor y alteraciones del ritmo intestinal tras la cirugía
 - Alteraciones en la percepción del llenado vesical con necesidad de vaciar la vejiga de forma artificial temporalmente, y en ocasiones de forma permanente.
 - Alteraciones en la esfera sexual.
- La complejidad y sintomatología de la endometriosis, así como la multifocalidad de la enfermedad, puede conducir a que el acto quirúrgico no mejore lo esperado y deseado.

4. Anatomía Patológica: La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. Asimismo, he comprendido que dependiendo de los resultados anatomopatológicos y, por tanto, del diagnóstico definitivo, puede ser necesario completar esta intervención con otra más amplia, de la que se me informará en su caso.

5. **Diagnóstico** (Áreas afectas de endometriosis, según estudio previo realizado)

1.
2.

6. **Propuesta de procedimiento quirúrgico:**

1.
2.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

CONSENTIMIENTO

D. / Dñamanifiesta que ha recibido información suficiente y en términos comprensibles para tomar la decisión de acuerdo con su propia y libre voluntad y **presta su consentimiento y autorización** a la práctica de la intervención reseñada.

En Zaragoza adede

Firma del Médico
(nº colegiado)

Firma del paciente o representante legal

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

D. / Dña. decido no dar mi consentimiento para que se efectúe la intervención reseñada. Me han sido explicadas, entiendo y asumo las repercusiones que esta decisión pudiera ocasionar sobre la evolución del proceso

En Zaragoza a..... dede

Firma del paciente o representante legal

REVOCACIÓN

D. / Dña , retiro mi consentimiento prestado anteriormente, sin que sea necesario aducir justificación alguna.

En Zaragoza adede

ANEXO B: TABLA DE RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD (SEF) Y DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE REPRODUCCIÓN HUMANA Y EMBRIOLOGÍA (ESHRE) PARA EL MANEJO DE LA FERTILIDAD EN MUJERES CON ENDOMETRIOSIS

Recomendación A: Metaanálisis y estudios aleatorios de alta calidad.

Recomendación B: Metaanálisis y estudios aleatorios de mediana calidad. Ensayo clínico único, ensayo no aleatorios.

Recomendación C: Ensayo clínico aleatorio único, ensayos no aleatorizados grandes o estudios de cohorte / control de casos (de calidad moderada).

Recomendación GE: Recomendación del grupo de expertos.

Sociedad y Grado de recomendación		Asunto
Tratamiento médico para mejorar la fertilidad		
ESHRE	A	La supresión de la función ovárica (anticonceptivos, análogos, progestágenos, danazol) para mejorar la fertilidad en la endometriosis mínima-leve no es eficaz, y no debería ofrecerse para esta indicación. La evidencia no hace referencia sobre formas más avanzadas.
SEF	A	Mientras que la terapia médica es efectiva para el alivio del dolor asociado a la endometriosis, el tratamiento médico no mejora la fecundidad en pacientes estériles con endometriosis mínima o leve y no debe ser ofrecido para ese fin.
Ablación de lesiones y adhesiolisis frente a LPC diagnóstica sola para mejorar fertilidad		
ESHRE	A	La ablación de las lesiones endometriósicas más la adhesiolisis para mejorar la fertilidad en la endometriosis mínima-leve es efectiva comparada con la sola laparoscopia diagnóstica (Nowroozi <i>et al.</i> , 1987; Chang <i>et al.</i> , 1997; Jacobson <i>et al.</i> , 2010)
SEF	A	A las mujeres con esterilidad y con endometriosis mínima o leve que se someten a una laparoscopia debería ofrecérseles una ablación o resección de los implantes y/o una adhesiolisis quirúrgica, pues mejoran las probabilidades de embarazo. En las pacientes con endometriosis grado I/II a las que se les realiza una laparoscopia, se debe realizar la ablación de los focos endometriósicos ya que esto mejora sus probabilidades de embarazos. La decisión de realizar laparoscopia debe tomarse en función de la edad de la paciente, duración de la esterilidad, historia familiar de endometriosis y la presencia de dolor pélvico.
Tratamiento quirúrgico del endometrioma		
ESHRE	A	En las pacientes que se operen del endometrioma ovárico, los médicos deben realizar la extirpación de la cápsula de endometrioma, en lugar de drenaje y electrocoagulación de la pared del endometrioma, para aumentar las tasas de embarazo espontáneo (Hart <i>et al.</i> , 2008)
SEF	B	En mujeres estériles con endometriomas debe indicarse la quistectomía mediante laparoscopia, pues mejora las posibilidades de embarazo
Endometrioma y reserva ovárica		
ESHRE	GE	Los médicos aconsejen a las mujeres con endometrioma con respecto a los riesgos de la función ovárica reducida después de la cirugía y la posible pérdida del ovario. La decisión de proceder con la cirugía se debe considerar cuidadosamente si la mujer ha tenido la cirugía anterior del ovario.
Endometriosis en estadio III/IV y laparoscopia operatoria		
ESHRE	B	En las mujeres infértiles con endometriosis en estadio III / IV de AFS / ASRM, los médicos pueden considerar la laparoscopia operatoria, en lugar del manejo expectante, para aumentar las tasas de embarazos espontáneos (Nezhat <i>et al.</i> , 1989; Vercellini <i>et al.</i> , 2006) No se dispone de estudios randomizados controlados, ni metaanálisis que nos responda si la escisión quirúrgica de la endometriosis moderada-grave aumenta la tasa de embarazo. En tres estudios existe una correlación negativa entre el estadio de la

		endometriosis y la tasa acumulativa de embarazo espontáneo después de la extirpación quirúrgica de la endometriosis
SEF	B	En mujeres estériles con endometriosis moderada o severa se debería de ofrecer un tratamiento quirúrgico pues parece mejorar las perspectivas de embarazo.
Tratamiento hormonal previo a cirugía y tasa de embarazo		
ESHRE	G E	No hay evidencia, en mujeres estériles, que el tratamiento hormonal previo a la cirugía mejore las tasas de embarazo.
ESHRE	A	No se debe prescribir tratamiento hormonal complementario después de la cirugía para mejorar las tasas de embarazo espontáneo (Furness et al., 2004).
SEF	A	El tratamiento médico postquirúrgico no mejora las tasas de embarazo en pacientes con endometriosis moderada o severa por lo que no es recomendado.
Endometriosis e Inseminación Artificial Intrauterina		
ESHRE	C	En las mujeres infértiles con AFS / ASRM Etapa I / II endometriosis, los médicos pueden realizar IA intrauterina con estimulación ovárica controlada, en lugar del manejo expectante, ya que aumenta las tasas de nacidos vivos (Tummon et al., 1997).
ESHRE	C	En la endometriosis estadio I / II de AFS / ASRM, podemos considerar la realización de IA intrauterina con estimulación ovárica controlada dentro de los 6 meses posteriores al tratamiento quirúrgico, ya que las tasas de embarazo son similares a las alcanzadas en esterilidad de origen desconocido (Werbrouck et al.2006).
SEF	A	Cuando se indica la inseminación intrauterina en pacientes con endometriosis mínima o leve, las parejas deben ser informadas del aumento de las tasas de embarazo con la estimulación ovárica A comparado con la ausencia de tratamiento, aunque también deben ser advertidas del riesgo de embarazo múltiple. La efectividad de la inseminación intrauterina en ciclos no estimulados aún permanece incierta.
Endometriosis y Técnicas de reproducción asistida (TRA)		
ESHRE	G E	Se aconsejan técnicas de reproducción asistida (TRA), para la esterilidad asociada con la endometriosis, especialmente si la función de las trompas está comprometida o si hay infertilidad del factor masculino, y / o otros tratamientos han fallado.
ESHRE	C	En mujeres estériles con endometriosis, después de la cirugía se aconsejan TRA, ya que las tasas acumulativas de recurrencia de la endometriosis no se incrementan después de la estimulación ovárica controlada para la FIV / ICSI (Benaglia et al., 2006; Al., 2010, Benaglia et al., 2011)
SEF	G E	A pesar de la ausencia de estudios controlados aleatorizados, la FIV parece la mejor opción para la endometriosis grado III/IV.
ESHRE	B	Se puede prescribir agonistas de GnRH durante un período de 3 a 6 meses antes del tratamiento con TRA para mejorar las tasas de embarazo clínico en mujeres infértiles con endometriosis (Sallam et al., 2006).
ESHRE C		En las mujeres infértiles con endometriosis de estadio I / II de AFS / ASRM sometidas a laparoscopia antes del tratamiento con TRA, se puede considerar la extirpación quirúrgica completa de la endometriosis para mejorar la tasa de nacidos vivos, aunque el beneficio no está bien establecido (Opoien et al., 2011).
ESHRE	A	En mujeres infértiles con endometrioma de más de 3 cm, no hay evidencia de que la cistectomía antes del tratamiento con TRA mejore las tasas de embarazo (Donnez et al., 2001; Benschop et al., 2010).
ESHRE	G E	En las mujeres con endometrioma de más de 3 cm, el grupo de expertos recomienda sólo considerar la quistectomía previa a la TRA para mejorar el dolor asociado con la endometriosis o la accesibilidad de los folículos.
ESHRE	C	La efectividad de la extirpación quirúrgica de las lesiones nodulares profundas antes del tratamiento con TRA en mujeres con infertilidad asociada a la endometriosis no está bien establecida con respecto al resultado reproductivo (Bianchi et al., 2009; Papaleo et al., 2011).

ANEXO C: ALGORITMO ITINERARIO DE ATENCIÓN Y DERIVACIÓN

