

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Indicaciones y Contraindicaciones de la **HISTERECTOMÍA** en el Segundo Nivel de Atención

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **SSA-295-10**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones, y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Indicaciones y Contraindicaciones de la Histerectomía en el Segundo Nivel de Atención**. México: Secretaría de Salud, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-9-CM: 68.0 Histerectomía
 68.3 Histerectomía subtotal abdominal
 68.4 Histerectomía abdominal total
 68.5 Histerectomía vaginal
 68.6 Histerectomía abdominal radical
 68.7 Histerectomía vaginal radical

GPC: Indicaciones y Contraindicaciones de la
 Histerectomía
 en el Segundo Nivel de Atención

Autores y Colaboradores

Coordinadores:				
Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra	Médico General	SSA	Responsable Estatal de GPC / Instituto de Salud del Estado de Chiapas	
Autores :				
Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra	Médico General	SSA	Responsable Estatal de GPC / Instituto de Salud del Estado de Chiapas	
Dr. Miguel Francis Moreno Gloggner	Médico Gineco-Obstetra y Perinatólogo	Iniciativa Privada		
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	Médico Gineco-Obstetra	SSA	Asesor/CENETEC	
Validación interna:				
Dr. <Nombre>	<Especialidad>	<Institución>	<Cargo/Unidad>	<Academia>
Validación externa:				
Dr. <Nombre>	<Especialidad>	<Institución>	<Cargo/Unidad>	Academia Mexicana de Cirugía

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 JUSTIFICACIÓN	7
3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	8
3.3 DEFINICIÓN	9
3.4 INDICACIONES.....	10
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	11
4.1 CLASIFICACIÓN.....	12
4.2 INDICACIONES.....	15
4.2.1 ENFERMEDAD BENIGNA	15
4.2.2 ENFERMEDAD PREINVASORA	23
4.2.3 ENFERMEDAD INVASORA	25
4.2.4 CONDICIONES AGUDAS.....	30
4.3 REQUISITOS PREOPERATORIOS.....	33
4.4 CONTRADICCIONES.....	36
4.6 BENEFICIOS.....	37
4.7 RIESGOS.....	38
4.8 COMPLICACIONES PERI Y POSTOPERATORIAS	41
4.9 NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICABLES A LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA HISTERECTOMÍA.....	45
5. ANEXOS	47
5.1 ESCALAS DE GRADACIÓN	47
5.2 ALGORITMO DE LA HISTERECTOMÍA EN PATOLOGÍA BENIGNA	53
5.3 ALGORITMO DEL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO.....	54
6. GLOSARIO.....	56
7. BIBLIOGRAFÍA.....	58
8. AGRADECIMIENTOS.....	60
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	61
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	62
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	63

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: SSA-295-10			
Profesionales de la salud	1.15 Enfermería 1.2 Anestesiólogo	1.23 Médico familiar 1.35 Médico gineco-obstetra	1.5 Cirujano general
Clasificación de la enfermedad	CIE-9-CM: 68.0 Histerectomía 68.3 Histerectomía subtotal abdominal 68.4 Histerectomía abdominal total 68.5 Histerectomía vaginal 68.6 Histerectomía abdominal radical 68.7 Histerectomía vaginal radical		
Categoría de GPC	Segundo y tercer nivel de atención	Consulta Educación sanitaria Asesoría	
Usuarios potenciales	4.7 Estudiantes 4.13 Médicos generales	4.9 Hospitales 4.14 Médicos familiares	4.20 Patólogos 4.12 Médicos especialistas
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal Hospitales Nacionales de Referencia Hospital de la Mujer Instituto de Salud en el Estado de Chiapas		
Población blanco	7.10 Mujer		
Fuente de financiamiento/ Patrocinador	Gobierno Federal Secretaría de Salud		
Intervenciones y actividades consideradas	Educación para el paciente (CIE9: 8901-8909) Diagnóstico y tratamiento Seguimiento y control (Periodicidad de examen clínico, de laboratorio y gabinete)		
Impacto esperado en salud	Dotar a los prestadores de servicios de una herramienta que sustente información actualizada acerca de las indicaciones y contraindicaciones en las diferentes técnicas de Histerectomía		
Metodología¹	Adopción de Guías de Práctica Clínica, revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías, selección de las guías con mayor puntaje, selección de las evidencias de mayor nivel de acuerdo a la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones de mayor grado de acuerdo a la escala utilizada		
Método de validación y adecuación	Enfoque de la GPC: Responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Revisión sistemática de la literatura Búsqueda de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda en páginas Web especializadas Número de fuentes documentales revisadas: Guías seleccionadas: Otras fuentes seleccionadas: Validación del protocolo de búsqueda: Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación interna: Revisión institucional: Validación externa: Verificación final:		
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
Registro y actualización	Registro: SSA-295-10 / Fecha de actualización: <dd/mm/aaaa/>		

Para mayor información acerca de los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, contactar al CENETEC a través del portal: www.cenetec.salud.gob.mx

2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA

1. ¿Cómo se clasifica la histerectomía de acuerdo a su abordaje?
2. ¿Cuáles son las principales indicaciones de la histerectomía total abdominal?
3. ¿Cuáles son las principales indicaciones de la histerectomía subtotal?
4. ¿Cuáles son las principales indicaciones de la histerectomía abdominal radical?
5. ¿Cuáles son las indicaciones de la histerectomía vaginal?
6. ¿Cuáles son las indicaciones de la histerectomía vaginal radical?
7. ¿Cuáles son las principales contraindicaciones de la histerectomía?
8. ¿Qué requisitos son indispensables antes de realizar una histerectomía?
9. ¿Qué beneficios y riesgos existen sobre la función sexual luego de una histerectomía?
10. ¿Qué beneficios y riesgos existen sobre la función urinaria luego de una histerectomía?
11. ¿Cuáles son las complicaciones peri y postoperatorias de la histerectomía, de acuerdo a su abordaje?
12. ¿Existen nuevas tecnologías aplicables a la técnica quirúrgica de la histerectomía?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados en los Estados Unidos. Durante 2000-2004 aproximadamente 3.1 millones de histerectomías fueron realizadas (aproximadamente 600 mil por año). Las indicaciones más comunes de histerectomía son los leiomiomas uterinos sintomáticos (40.7%), la endometriosis (17.7%) y el prolapso uterino (14.5%) (Whiteman, 2008).

A nivel mundial, la histerectomía, definida como la extracción quirúrgica del útero, es también la cirugía ginecológica realizada con mayor frecuencia, con millones de procedimientos realizados anualmente en todo el mundo (Garry, 2005). La histerectomía se puede realizar por indicaciones benignas y malignas. Aproximadamente el 90% de las histerectomías se realizan para condiciones benignas, como leiomiomas que causan hemorragia uterina anormal (Flory, 2005).

La primera histerectomía electiva informada se realizó mediante un abordaje vaginal por Conrad Langenbeck en 1813. Charles Clay, de Manchester, en 1863, realizó la primera histerectomía abdominal electiva: una operación subtotal (en la que se conservó el cuello uterino) (Sutton, 1997). Estos abordajes permanecieron como las únicas dos opciones hasta fines del siglo XX. Harry Reich realizó, en 1989, la primera Histerectomía Vaginal Asistida por Laparoscopia (HVAL) (Reich, 1989). También informó sobre la primera Histerectomía Total por Laparoscopia (HTL) en 1993.

Las variaciones en la técnica quirúrgica han sido descritas en un intento por reducir la morbilidad operatoria y reducir los efectos de la histerectomía sobre las funciones urinaria y sexual (ACOG Committee opinión, 2007).

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **Indicaciones y Contraindicaciones de la Histerectomía en el Segundo Nivel de Atención** forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Determinar las indicaciones para la histerectomía.
- Determinar las contraindicaciones para la histerectomía.
- Emitir recomendaciones para el manejo pre y postoperatorio.
- Revisar la evidencia relacionada a los beneficios y riesgos de la histerectomía respecto a la función sexual postoperatoria, función urinaria y las complicaciones peri y postoperatorias.
- Revisar evidencia relacionada acerca de los diferentes abordajes quirúrgicos de la histerectomía y los beneficios de cada uno.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, lo cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud.

3.3 DEFINICIÓN

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero, que se realiza a través de tres abordajes principales: abdominal, vaginal y laparoscópico. Los abordajes de la histerectomía pueden dividirse, en amplio sentido, en tres categorías: la histerectomía abdominal; la histerectomía vaginal; la Histerectomía Laparoscópica (HL), en la que al menos parte de la cirugía se realiza por laparoscopia (Garry, 1994).

Una histerectomía total es la extracción del útero y cérvix. La no extracción del cuello uterino se denomina histerectomía subtotal o supracervical. Las histerectomías subtotales se realizan por vía abdominal o laparoscópica. (Lethaby, 2006).

Tradicionalmente, el Histerectomía Abdominal (HA) ha sido el abordaje quirúrgico para la neoplasia ginecológica cuando existe otra patología pelviana, como endometriosis o adherencias, y en el contexto de un útero agrandado. Sigue siendo la "alternativa de último recurso" si el útero no se puede extraer mediante otro abordaje.

El Histerectomía Vaginal (HV) se usó originalmente sólo para el prolapso uterino, aunque posteriormente comenzó a utilizarse ampliamente para las anomalías menstruales, como el Sangrado Uterino Disfuncional (SUD), cuando el útero tiene un tamaño bastante normal. En la actualidad contamos con herramientas como la *termofusión* y el *BiClamp*, que nos permiten realizar histerectomías vaginales con útero aumentados, de tamaño secundario a miomatosis. (Harris, 1996).

Generalmente el término Histerectomía Laparoscópica (HL) se refiere a una histerectomía en la que al menos parte de la cirugía se realiza por laparoscopia (Garry, 1994).

3.4 INDICACIONES

La literatura nos menciona como principales indicaciones de histerectomía a las siguientes:

- a) **Sangrado uterino anormal:** La evaluación de una mujer con sangrado uterino anormal debe incluir la búsqueda de la causa: problemas del tracto reproductivo, como son los pólipos; la neoplasia endometrial; problemas asociados al embarazo. La histeroscopia es útil en el diagnóstico de pólipos endometriales y miomas submucosos. El tratamiento de la hemorragia uterina anormal se debe iniciar con tratamiento médico antes de sugerir un procedimiento quirúrgico. Dependiendo de la severidad de los síntomas, la edad de las pacientes y el deseo o no de conservar su fertilidad, podemos considerar la realización de procedimientos quirúrgicos, como son la ablación endometrial o la histerectomía.
- b) **Miomatosis uterina:** Los miomas uterinos son los tumores ginecológicos más frecuentes y están presentes en 30% de las mujeres en edad reproductiva. El tratamiento se debe individualizar basado en los síntomas, el tamaño del útero y de los miomas, y la fertilidad de la paciente.

Las indicaciones para la realización de una histerectomía en una paciente asintomática son pocas e incluyen crecimiento rápido de los tumores o presencia de tumores grandes en la postmenopausia, ya que se incrementa el riesgo de un leiomioma.

Cuando la indicación de la histerectomía son las alteraciones menstruales (por ejemplo, del tipo de la hiperproiopolimenorrea), se deben descartar otras causas de sangrado uterino, como son: lesiones endometriales, coagulopatías o disfunción tiroidea. Se ha demostrado que los agonistas de GnRH disminuyen en un 50% el tamaño de los tumores después de 12 semanas de tratamiento, por lo que estos medicamentos se deberían utilizar antes de la histerectomía con el fin de disminuir el tamaño de los tumores, reducir los síntomas e incrementar la cifra de hemoglobina de la paciente.

Los leiomiomas uterinos (también llamados fibroides) son el tumor sólido pélvico más común en mujeres y la principal indicación de histerectomía. La histerectomía continúa siendo el tratamiento quirúrgico más común para los leiomiomas, debido a que es el único tratamiento definitivo y elimina la posibilidad de recurrencias (ACOG, 2008).

- c) **Endometriosis:** En esta patología la histerectomía se debe considerar en presencia de síntomas severos, particularmente el dolor intratable, falla de otros tratamientos o intolerancia a los efectos colaterales y cuando ya no existe deseo de conservar fertilidad. La conservación de ambos ovarios está indicada en la presencia de la enfermedad en etapas leve y moderada. Cuando se presenta una condición severa de la enfermedad se debe considerar la realización de una histerectomía complementada con salpingooforectomía bilateral. En estos casos a la paciente en postoperatorio se le debe iniciar con terapia hormonal de reemplazo a dosis bajas para no presentar exacerbación de la enfermedad.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la gradación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando en el anexo correspondiente su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza. La información detallada sobre estos sistemas de clasificación se encuentra en el anexo correspondiente.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 CLASIFICACIÓN

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>El enfoque de la histerectomía depende de la experiencia del cirujano, la indicación para la cirugía, la naturaleza de la enfermedad, las características y la elección de la paciente. Cada caso debe ser individualizado. Las opciones incluyen Histerectomía Vaginal (HV), Histerectomía Laparoscópica Asistida Vagina (HLAV), Histerectomía Supracervical Laparoscópica (HSL), Histerectomía Total Laparoscópica (HTL) e Histerectomía Abdominal (subtotal, total o radical).</p>	<p>III <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i> <i>ACOG Committee Opinion, Appropriate use of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, 2005</i></p>
E	<p>La histerectomía consiste en la extirpación del cuerpo del útero y del cuello uterino, cuando nos referimos a la histerectomía abdominal total o la extracción del cuerpo uterino, sólo o por debajo del nivel del istmo, a lo que se denomina histerectomía supracervical.</p>	<p>I <i>SOGC Supracervical hysterectomy, 2010</i></p>
✓/R	<p>Las histerectomías se realizan vaginalmente, abdominalmente, por laparoscopia o con asistencia robótica. Cuando se elige la vía y el método de la histerectomía el médico debe tener en cuenta cómo realizar el procedimiento de la forma más segura y rentable (costo-efectividad) para satisfacer las necesidades médicas de la paciente.</p>	<p>Punto de Buena Práctica <i>ACOG Committee Opinion, Choosing the route of hysterectomy for benign disease, 2009</i></p>
✓/R	<p>La evaluación individual es esencial cuando se decide la ruta de la histerectomía. Se debe tener en cuenta los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de otras enfermedades o condiciones ginecológicas. • Tamaño del útero. • Presencia y tamaño de los fibromas uterinos. • Movilidad y descenso del útero. • Tamaño y forma de la vagina. • Historia de cirugía previa. 	<p>D/Punto de Buena Práctica <i>NICE, 2007</i> <i>Heavy menstrual bleeding</i></p>

R	Tomando en cuenta la necesidad de valoración individual la ruta de la histerectomía deberá ser considerada en el siguiente orden: primera vaginal y segunda abdominal.	A NICE, 2007 <i>Heavy menstrual bleeding</i>
E	Como la histerectomía vaginal se asocia con menores tasas de morbilidad, menor número de complicaciones postoperatorias y menor tiempo de recuperación que la histerectomía abdominal, por lo general es la primera opción de tratamiento quirúrgico cuando las indicaciones para la histerectomía son benignas.	Ia SOGC <i>Supracervical hysterectomy, 2010</i>
E	La histerectomía vaginal es una alternativa válida por sobre la histerectomía abdominal, aún en úteros aumentados de tamaño.	I+ NICE <i>Heavy menstrual bleeding, 2007</i>
R	La histerectomía vaginal generalmente es considerada como la primera opción de tratamiento quirúrgico para la mayoría de las indicaciones benignas de histerectomía, ya que se asocia con menores tasas de morbilidad, menos complicaciones post-operatorias y un tiempo de recuperación más rápido que el de la histerectomía abdominal.	I-A SOGC <i>Supracervical hysterectomy, 2010</i>
R	La vía vaginal debe ser considerada como la primera opción para todas las indicaciones benignas. El abordaje laparoscópico debe ser considerado ya que reduce la necesidad de realizar una laparotomía.	III-B GAC 2004 <i>Summary of recommended guideline Hysterectomy procedure</i>
✓/R	La decisión de realizar una salpingooforectomía electiva no debe estar influenciada por la vía elegida de la histerectomía y no es una contraindicación para la realización de una histerectomía vaginal.	Punto de Buena Práctica ACOG <i>Committee Opinion, Choosing the route of hysterectomy for benign disease, 2009</i>
✓/R	En circunstancias especiales, tales como obesidad mórbida o la necesidad de ooforectomía durante la histerectomía vaginal, se debe considerar el abordaje laparoscópico bajo el asesoramiento adecuado.	D/Punto de Buena Práctica NICE, 2007 <i>Heavy menstrual bleeding</i>



Cuando se ha tomado la decisión de realizar una histerectomía abdominal, ya sea por el método total (remover el útero y el cérvix) o el método subtotal (remover el útero y preservar el cérvix), dicha decisión debe ser bien discutida con la paciente.

D/Punto de Buena Práctica

NICE, 2007

Heavy menstrual bleeding

4.2 INDICACIONES

4.2.1 ENFERMEDAD BENIGNA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>Los leiomiomas uterinos son los tumores ginecológicos más comunes y están presentes en el 30% de las mujeres en edad reproductiva. Las indicaciones para la histerectomía en una paciente totalmente asintomática son pocas e incluyen a los fibromas que crecen rápidamente o el aumento de los fibromas después de la menopausia, cuando existe la preocupación por la presencia del leiomiocarcinoma.</p>	<p>I <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i></p>
<p>R</p>	<p>En el caso de fibromas sintomáticos la histerectomía es una solución permanente para la menorragia y los síntomas de presión relacionados con el crecimiento del tamaño del útero.</p>	<p>I-A <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i> <i>GAC 2004 Summary of recommended guideline Hysterectomy procedure</i></p>
<p>R</p>	<p>El diagnóstico clínico de leiomiomas de rápido crecimiento no debe ser utilizado como una indicación para la miomectomía o la histerectomía.</p>	<p>B <i>ACOG Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas, 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>En pacientes que han completado la maternidad la histerectomía se indica como una solución permanente para los leiomiomas causantes de hemorragia importante, anemia o presión pélvica.</p>	<p>I <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i></p>
<p>R</p>	<p>En mujeres que no desean preservar la fertilidad y que han recibido asesoría sobre las alternativas y los riesgos la histerectomía puede ser ofrecida como tratamiento definitivo para los fibromas uterinos sintomáticos, estando este tratamiento asociado con un alto nivel de satisfacción.</p>	<p>II-A <i>SOGC The management of uterine leiomyomas, 2003</i></p>

E	No se ha demostrado que el diagnóstico clínico de un leiomioma de rápido crecimiento antes de la menopausia y en ausencia de cualquier otra sintomatología sea predictivo de leiomiosarcoma, por lo que no debe utilizarse como la única indicación para la realización de una miomectomía o histerectomía.	III <i>SOGC The management of uterine leiomyomas, 2003</i>
R	No existen pruebas suficientes para apoyar la realización de una histerectomía en caso de leiomiomas asintomáticos exclusivamente o para mejorar la detección de masas anexiales, prevenir el deterioro de la función renal o para descartar malignidad.	C <i>ACOG Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas, 2008</i>
R	Actualmente no existe evidencia que justifique la realización de una histerectomía en casos de leiomiomas asintomáticos con el único fin de aliviar la preocupación de que pueda ser maligno.	III-C <i>SOGC The management of uterine leiomyomas, 2003</i>
E	En raras ocasiones las mujeres con fibromas se presentan con una hemorragia aguda, que puede llegar a ser mortal. Solamente existen algunos casos reportados en la literatura inglesa que comentan el manejo de esta situación.	III <i>SOGC The management of uterine leiomyomas, 2003</i>
R	En mujeres que se presentan con hemorragia aguda relacionada con fibromas uterinos se puede considerar el tratamiento conservador con estrógenos, histeroscopia o dilatación y legrado. Sin embargo, la histerectomía puede ser necesaria en algunos casos.	III-C <i>SOGC The management of uterine leiomyomas, 2003</i>
E	La histerectomía es una solución permanente para el tratamiento de la menorragia y del sangrado uterino anormal y se asocia con altos niveles de satisfacción en las pacientes bien seleccionadas. Para la mujer que ha completado su maternidad, que ha revisado las alternativas y que ha intentado con el tratamiento conservador sin resultados aceptables la histerectomía es a menudo la mejor opción.	<i>SOGC Guidelines for the management of abnormal uterine bleeding, 2001</i>

- E** Una o más opciones médicas deben ser presentadas a las mujeres con sangrado uterino anormal antes de considerar el tratamiento quirúrgico. Dependiendo de la severidad de la enfermedad, la edad de la paciente, sus creencias culturales y su deseo de preservar la fertilidad, se pueden considerar o una ablación endometrial o una histerectomía.
- III
SOGC Hysterectomy, 2002
- E** El cirujano o el ginecólogo que esté preparado para realizar una histerectomía a fin de tratar el sangrado uterino anormal debe tener amplio conocimiento de todas las alternativas médicas y opciones de manejo quirúrgico e informar a la paciente sus opciones de tratamiento. En pacientes en las que la cirugía o el tratamiento conservador no han logrado reducir y mejorar el sangrado la histerectomía se asocia con un alto nivel de satisfacción.
- III
SOGC Hysterectomy, 2002
- E** Una guía basada en la evidencia sobre las indicaciones para la histerectomía declara que solamente debe considerarse en casos de hemorragia uterina disfuncional HUD, luego de haber realizado las investigaciones para establecer la causa de la hemorragia o bien que el tratamiento farmacéutico haya fallado o haya sido rechazado por la paciente y luego de que a la paciente se le hayan dado a conocer todas las opciones de tratamiento alternativo. Para situaciones en las que se presentan miomas las indicaciones son las mismas que para la HUD, pero el uso profiláctico de la histerectomía se indica si los miomas están creciendo rápidamente a un punto en que el resultado de la cirugía puede verse afectado.
- 2+
NICE, 2007
Heavy menstrual bleeding



Una declaración de consenso basada en el proceso Delphi, realizada por 17 ginecólogos, hizo referencia a las principales indicaciones para la histerectomía. En relación a la histerectomía para el Sangrado Menstrual Abundante **SMA**, el estudio hace recomendaciones claras:

- Se debe considerar la histerectomía solamente después de haber realizado la investigación de la causa del **SMA**.
- La cirugía en casos de **SMA** solamente está indicada cuando ocasiona anemia e inconvenientes a causa de ésta.
- La cirugía para miomas asociados con **SMA** está indicada cuando ocasiona anemia y/o inconvenientes a causa de ésta.

4

*NICE, 2007**Heavy menstrual bleeding*

En el tratamiento de una paciente con sangrado uterino anormal se debe descartar patología endometrial y considerar alternativas de tratamiento médico como primera línea de tratamiento antes de un abordaje quirúrgico.

III-B

*SOGC Hysterectomy, 2002**GAC 2004 Summary of recommended guideline**Hysterectomy procedure*

La histerectomía puede ser necesaria en casos de menorragia aguda refractaria al tratamiento médico o al tratamiento quirúrgico conservador.

II-C

SOGC Hysterectomy, 2002

La histerectomía no debe ser utilizada únicamente como tratamiento de primera línea para el sangrado menstrual abundante. Se debe considerar a la histerectomía solamente cuando:

C

*NICE, 2007**Heavy menstrual bleeding*

- Otras opciones de tratamiento han fallado, están contraindicadas o han sido rechazadas por la paciente.
- Existe un deseo de amenorrea.
- La paciente (que ha sido ampliamente informada) lo solicita.
- La paciente ya no desea retener su útero y fertilidad.



El objetivo final del tratamiento de la endometriosis es el alivio de los síntomas sin incurrir en efectos secundarios. La decisión de proceder a la histerectomía es un paso importante. Esta decisión debe guiarse en tres factores:

1. La presencia de síntomas severos, particularmente el dolor intractable, luego de que otras posibles causas de dolor han sido tratadas o descartadas.
2. El fracaso de otros tratamientos o la intolerancia a sus efectos secundarios.
3. El embarazo futuro ya no es posible o deseado.



La histerectomía está indicada en el tratamiento de la endometriosis severa cuando hay falla en otros tratamientos y la paciente tiene su fertilidad satisfecha.



La histerectomía con conservación de los ovarios puede ser una alternativa aceptable para casos de endometriosis o adenomiosis. La paciente debe ser informada acerca de las posibles consecuencias (síndrome de ovario residual, dolor persistente y reactivación de la endometriosis).



La histerectomía se puede indicar en presencia de síntomas graves con fracaso de otros tratamientos y cuando la fertilidad ya no es deseada.



Cuando la histerectomía está anticipada se debe prever que exista el consentimiento para la misma por parte de la paciente.

I

SOGC Hysterectomy, 2002

I-B

SOGC Hysterectomy, 2002

GAC 2004 Summary of recommended guideline

Hysterectomy procedure

II-2A

SOGC Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain, 2005

I-B

SOGC Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain, 2005

IV

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2005

Placenta praevia and placenta praevia accreta: diagnosis and management



En casos de placenta acreta, increta y percreta, el riesgo de hemorragia, transfusión e histerectomía debe ser discutido con las pacientes como parte del procedimiento de consentimiento.

Punto de Buena Práctica

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2005

Placenta praevia and placenta praevia accreta: diagnosis and management



No existen alternativas quirúrgicas exitosas para el prolapso uterino avanzado fuera de la reparación del piso pélvico y la histerectomía.

II

SOGC Hysterectomy, 2002



En casos de relajación pélvica una solución quirúrgica suele incluir histerectomía vaginal debiendo incluir también procedimientos de apoyo pélvico.

II-B

SOGC Hysterectomy, 2002

GAC 2004 Summary of recommended guideline

Hysterectomy procedure



El dolor pélvico debe ser cuidadosamente investigado antes de considerar la histerectomía. Las investigaciones deben incluir un examen ginecológico cuidadoso, ecografía pélvica y evaluación de causas de dolor de tipo urinario, gastrointestinal y musculoesquelético, de acuerdo con lo indicado por los síntomas de presentación.

II

SOGC Hysterectomy, 2002



No hay evidencia significativa que muestre a la histerectomía como opción para la cura del dolor pélvico crónico. Se debe considerar la cirugía cuando éste se confina a la dismenorrea o cuando existe una enfermedad pélvica grave. En estos casos la histerectomía puede ofrecer alivio de los síntomas.

II-C

SOGC Hysterectomy, 2002

GAC 2004 Summary of recommended guideline

Hysterectomy procedure



La histerectomía está indicada en el tratamiento de la dismenorrea primaria cuando el tratamiento médico no es aceptado por la paciente, siempre y cuando tenga la fertilidad satisfecha.

II B

SOGC Primary dysmenorrhea consensus guideline, 2005

E	Para un número reducido de mujeres la dismenorrea se mantendrá a pesar del tratamiento médico y en este grupo de mujeres es apropiado considerar las opciones quirúrgicas. La cirugía constituye la opción final de diagnóstico y tratamiento en el manejo de la dismenorrea.	III <i>SOGC Primary dysmenorrhea consensus guideline, 2005</i>
E	En mujeres que no obtienen alivio adecuado del dolor con fármacos anti-inflamatorios no esteroideos y anticonceptivos orales el riesgo de patología pélvica, como la endometriosis, es alto.	III <i>SOGC Primary dysmenorrhea consensus guideline, 2005</i>
E	La endometriosis está presente del 12% al 32% de las mujeres sometidas a laparoscopia para la evaluación del dolor pélvico crónico o dismenorrea.	III <i>SOGC Primary dysmenorrhea consensus guideline, 2005</i>
R	La cirugía constituye la última opción de diagnóstico y tratamiento en el manejo de la dismenorrea. La laparoscopia se debe considerar en mujeres con dismenorrea persistente, a pesar del tratamiento médico con anti-inflamatorios no esteroideos y/o anticonceptivos orales.	III-C <i>SOGC Primary dysmenorrhea consensus guideline, 2005</i>
E	El dolor pélvico debe ser cuidadosamente investigado antes de considerar la histerectomía. Se debe pensar en una histerectomía cuando se demuestra que existe una enfermedad de base susceptible a la histerectomía y, siempre y cuando, la paciente tenga paridad satisfecha.	II <i>SOGC Primary dysmenorrhea consensus guideline, 2005</i>
E	La histerectomía puede ofrecer alivio permanente para la mujer que tiene dolor limitado durante la menstruación y, por lo tanto, existe buena evidencia de satisfacción de la paciente después de la histerectomía en este contexto.	II <i>SOGC Primary dysmenorrhea consensus guideline, 2005</i>
R	La histerectomía puede ser considerada para el manejo de la dismenorrea cuando las alternativas médicas han sido rechazadas o han fallado y cuando la fertilidad ya no es posible o deseada.	II-B <i>SOGC Primary dysmenorrhea consensus guideline, 2005</i>



La implantación anormal de la placenta dentro de la pared uterina (placenta acreta) puede causar hemorragia masiva. De hecho, el acretismo placentario y la atonía uterina son las dos razones más comunes de histerectomía postparto.

II-3

ACOG Postpartum hemorrhage, 2006



Las mujeres con placenta previa o placenta acreta tienen alta incidencia de hemorragia postparto y en ellas es más frecuente que se deba realizar una histerectomía de emergencia.

II-3

ACOG Postpartum hemorrhage, 2006



La extensión (superficie, profundidad) de la implantación anormal determinará la respuesta al curetaje, resección en cuña, manejo médico o histerectomía. Las opciones de conservación uterina pueden dar resultado en acretas pequeñas focales, pero la histerectomía abdominal usualmente es el tratamiento definitivo.

ACOG Postpartum hemorrhage, 2006



Antes del parto todas las mujeres con placenta previa y sus parejas deberán haber tenido discusiones prenatales relativas a la atención del parto, hemorragias, posibles transfusiones de sanguíneas y las intervenciones quirúrgicas importantes, como la histerectomía y cualquier objeción o consulta tratarse eficazmente.

Punto de Buena Práctica

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2005

Placenta praevia and placenta praevia accreta: diagnosis and management

4.2.2 ENFERMEDAD PREINVASORA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La hiperplasia endometrial suele ser diagnosticada debido a que la paciente se queja de sangrado uterino anormal. En los casos de hiperplasia endometrial con atipia las opciones de tratamiento inicial pueden ser la terapia con progestina o la histerectomía simple.	I <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i>
E	La histerectomía está recomendada a pacientes con hiperplasia endometrial persistente o a aquellas pacientes que continúan experimentando un sangrado irregular aún después de la terapia con progestina.	I <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i>
E	Las pacientes sin atipia pero que continúan con hiperplasia al realizarles las muestras de seguimiento, a pesar de haber tenido tratamiento con dosis bajas y altas de progestina, pueden ser tratadas con histerectomía.	I <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i>
R	La histerectomía está indicada para el tratamiento de la hiperplasia endometrial con atipias.	I-A <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i> <i>GAC 2004 Summary of recommended guideline</i> <i>Hysterectomy procedure</i>
E	La neoplasia cervical intraepitelial escamosa no es por sí misma una indicación de histerectomía. La histerectomía está indicada solamente cuando existen otras condiciones ginecológicas que por sí mismas justifican la cirugía. Sin embargo, es importante excluir la presencia de cáncer cervical invasivo antes de realizar la histerectomía. La histerectomía está indicada cuando fracasa el tratamiento conservador.	I <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i>



La neoplasia cervical intraepitelial no es por sí sola una indicación para una histerectomía.

I-B

SOGC Hysterectomy, 2002

GAC 2004 Summary of recommended guideline

Hysterectomy procedure



El adenocarcinoma *in situ* representa aproximadamente el 2% de todos los carcinomas *in situ* de cuello uterino. 50% de los adenocarcinomas *in situ* tendrán una lesión escamosa asociada. Antes de realizar una histerectomía es necesario practicar una biopsia con conización a fin de descartar un adenocarcinoma invasor. Para las mujeres que tienen paridad satisfecha, una histerectomía simple es una opción de tratamiento.

SOGC Hysterectomy, 2002



La histerectomía simple es una opción en el tratamiento del adenocarcinoma *in situ* del cérvix cuando se ha excluido la presencia de enfermedad invasiva.

IB

SOGC Hysterectomy, 2002

GAC 2004 Summary of recommended guideline

Hysterectomy procedure



Para el carcinoma escamoso microinvasivo de cérvix etapa Ia1 se deben considerar como tratamientos la conización del cérvix o la histerectomía extrafascial simple.

B

ACOG Diagnosis and treatment of cervical carcinomas, 2002

4.2.3 ENFERMEDAD INVASORA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más común y representa más del 95% de los cánceres uterinos, mientras que los sarcomas uterinos son mucho menos comunes. Tanto el cáncer endometrial como el sarcoma uterino son eficazmente tratados con una histerectomía. En el caso de los sarcomas la histerectomía es el único tratamiento que ofrece una oportunidad de curación.	I <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i>
E	En pacientes con cáncer endometrial la histerectomía, salpingo-ooforectomía bilateral y linfadenectomía pélvica bilateral y paraaórtica, pueden ser completados con éxito y de forma segura, presentando menor morbilidad perioperatoria, cuando se utiliza el abordaje laparoscópico.	I, II-2 <i>ACOG Practice bulletin Management of endometrial cancer, 2005</i>
E	El tratamiento primario del cáncer de endometrio usualmente implica una histerectomía.	II-2 <i>ACOG Practice bulletin Management of endometrial cancer, 2005</i>
R	Las mujeres con hiperplasia endometrial atípica y cáncer de endometrio, quienes desean mantener su fertilidad, pueden ser tratadas con terapia de progestina. Después de la terapia deben ser sometidas a una serie de evaluaciones intrauterinas completas, aproximadamente cada tres meses, a fin de documentar la respuesta al tratamiento. La histerectomía debe ser recomendada a mujeres que no desean fertilidad futura.	B <i>ACOG Practice bulletin Management of endometrial cancer, 2005</i>
R	Las mujeres que no pueden someterse a estatificación quirúrgica sistemática, debido a que presenta comorbilidades, pueden ser candidatas a histerectomía vaginal.	C <i>ACOG Practice bulletin Management of endometrial cancer, 2005</i>

- E** El carcinoma microinvasor de células escamosas del cuello uterino se clasifica como una invasión de menos de 0.3 mm de profundidad, sin afectación capilar o de los ganglios del espacio vascular. Una histerectomía simple o una biopsia por conización son tratamientos adecuados para la enfermedad microinvasora, siendo la elección de la paciente dependiente de los deseos de la mujer de preservar su fertilidad. Las lesiones más avanzadas requieren de histerectomía radical y linfadenectomía pélvica. La terapia convencional para el adenocarcinoma invasor del cuello uterino incluye, ya sea la histerectomía radical modificada más linfadenectomía bilateral pélvica, o bien radioterapia pélvica.
- I**
SOGC Hysterectomy, 2002
- E** El tratamiento de las mujeres con compromiso cervical puede incluir radioterapia preoperatoria combinada con histerectomía total o histerectomía radical con linfadenectomía, seguida de la adición de quimioterapia coadyuvante o radioterapia dirigida hacia los sitios conocidos de la enfermedad.
- II-3, III**
*ACOG Practice bulletin
Management of endometrial cancer, 2005*
- E** El uso de la histerectomía radical ha sido asociado con un mayor control local y supervivencia cuando se compara con la histerectomía total a los 5 años (94% contra 79%) y 10 años (94% contra 74%).
- II-3**
*ACOG Practice bulletin
Management of endometrial cancer, 2005*
- E** La histerectomía radical consiste en la extirpación en bloque del útero, cuello uterino, tejidos parametriales y vagina superior. Por lo general se combina con linfadenectomía pélvica. La extensión del tejido parametrial removido determina si se ha realizado una histerectomía radical clase II o clase III. La histerectomía radical es un procedimiento más complejo que una histerectomía simple y se realiza por ginecólogos debidamente capacitados. El tratamiento combinado de cirugía radical y radioterapia postoperatoria aumenta la morbilidad general comparada con la radioterapia sola.
- 1+**
SIGN Management of cervical cancer, 2008

R	La cirugía radical está recomendada para la enfermedad FIGO IB1 en ausencia de contraindicaciones para la cirugía.	B <i>SIGN Management of cervical cancer, 2008</i>
✓/R	La cirugía radical no se recomienda si el tumor mide más de 4 cm, a fin de reducir la probabilidad del uso de quimioterapia después de la cirugía.	Punto de Buena práctica <i>SIGN Management of cervical cancer, 2008</i>
E	Las estrategias de tratamiento para los estadios del carcinoma invasivo cervical Ib y IIa temprano incluyen: 1. Un primer acercamiento quirúrgico con histerectomía radical y linfadenectomía pélvica. 2. Radioterapia primaria con radiación de haz externo, ya sean altas o bajas dosis de braquiterapia.	III <i>ACOG Diagnosis and treatment of cervical carcinomas, 2002</i>
R	El carcinoma escamoso invasivo grado Ia2 del cérvix debe ser tratado con histerectomía radical más disección de ganglios linfáticos o radioterapia, dependiendo de las circunstancias clínicas.	B <i>ACOG Diagnosis and treatment of cervical carcinomas, 2002</i>
E	En pacientes con enfermedad francamente invasiva, independientemente de si la histología es de células escamosas o adenocarcinoma, las principales opciones de tratamiento son la histerectomía radical con linfadenectomía o radioterapia definitiva. En las pacientes sometidas a cirugía primaria, que tienen ganglios positivos, márgenes positivos o infiltración parametrial, la radiación adyuvante concurrente con quimioterapia basada en cisplatino está indicada sobre la base de resultados positivos de un ensayo aleatorio.	I <i>ACOG Diagnosis and treatment of cervical carcinomas, 2002</i>
E	Para las primeras etapas del cáncer de cuello uterino durante el embarazo tanto la cirugía radical como la radioterapia ofrecen tasas de curación similares. La histerectomía radical con linfadenectomía para el grado Ia2 al IIa del cáncer cervical durante el embarazo ha demostrado una baja morbilidad asociada, altas tasas de supervivencia y una oportunidad para la preservación de la función ovárica.	III <i>ACOG Diagnosis and treatment of cervical carcinomas, 2002</i>

R	<p>Para los carcinomas de cuello uterino grado Ib y IIa seleccionados tanto la histerectomía radical con disección de ganglios linfáticos como la radioterapia con quimioterapia basada en cisplatino deben ser considerados. La radioterapia adyuvante puede ser necesaria en los pacientes tratados quirúrgicamente, con base en los factores de riesgo, especialmente en aquellos con carcinoma etapa Ib2.</p>	<p>A <i>ACOG Diagnosis and treatment of cervical carcinomas, 2002</i></p>
R	<p>El tratamiento para las pacientes embarazadas con cáncer invasor del cuello uterino debe ser individualizado, con base en la evaluación de los riesgos maternos y fetales.</p>	<p>C <i>ACOG Diagnosis and treatment of cervical carcinomas, 2002</i></p>
E	<p>A pesar de que el tratamiento de cáncer ovárico epitelial avanzado incluye histerectomía, no existen datos que demuestren que ésta altera el pronóstico. En los casos de cáncer ovárico no epitelial, la necesidad de una histerectomía debe ser individualizada.</p>	<p>I <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i></p>
E	<p>La citorreducción primaria es considerada el tratamiento inicial de elección para las mujeres con cáncer de ovario y generalmente incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Histerectomía abdominal total. • Salpingo-ooforectomía bilateral. • Omentectomía. • Resección de las lesiones metastásicas de la superficie peritoneal o del intestino. 	<p>IV <i>Australian Cancer Network, 2004</i></p>
✓/R	<p>La citorreducción primaria se considera el tratamiento de elección para la mayoría de las pacientes que inicialmente eran referidas a los Centros Ginecológicos de Cáncer.</p>	<p>Punto de Buena práctica <i>Australian Cancer Network, 2004</i></p>
E	<p>El término “histerectomía profiláctica” describe a la histerectomía que se realiza al momento en que se practica otra cirugía para enfermedades pélvicas benignas. La justificación de una histerectomía profiláctica puede estar relacionada con la terapia hormonal de reemplazo y el beneficio del estrógeno “solo” frente a la combinación de estrógeno con progestina.</p>	<p>III <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i></p>

- | | | |
|--|--|--|
| <div style="background-color: #4a86e8; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;">E</div> | <p>En el síndrome de cáncer hereditario de colon no asociado a poliposis, dependiendo de los antecedentes familiares, puede haber riesgo suficientemente elevado de cáncer de endometrio como para justificar la histerectomía profiláctica confrontada con el monitoreo endometrial con ultrasonografía o biopsias endometriales.</p> | <p style="text-align: center;">III
<i>SOGC Hysterectomy, 2002</i></p> |
| <div style="background-color: #76c73a; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;">R</div> | <p>Se recomienda interconsulta con un oncólogo o un genetista cuando se considera la realización de histerectomía y ooforectomía profilácticas en casos de historia familiar de cáncer de ovario.</p> | <p style="text-align: center;">III-C
<i>SOGC Hysterectomy, 2002</i></p> |
| <div style="background-color: #4a86e8; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;">E</div> | <p>La histerectomía está indicada en casos de cáncer de trompas de Falopio a fin de asegurar que toda la trompa haya sido removida y garantizar un seguimiento preciso. En el carcinoma peritoneal seroso papilar primario es necesario realizar una histerectomía total abdominal con salpingo-ooforectomía bilateral para excluir un tumor maligno primario de endometrio, trompas de Falopio u ovarios.</p> | <p style="text-align: center;">I
<i>SOGC Hysterectomy, 2002</i></p> |
| <div style="background-color: #76c73a; color: white; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;">R</div> | <p>La histerectomía es un procedimiento aceptado para realizar la etapificación y el tratamiento del cáncer de endometrio. Puede jugar un rol importante para el estadiaje o tratamiento del carcinoma de cérvix, ovario y trompa de Falopio.</p> | <p style="text-align: center;">I-A
<i>SOGC Hysterectomy, 2002</i>
<i>GAC 2004 Summary of recommended guideline</i>
<i>Hysterectomy procedure</i></p> |

4.2.4 CONDICIONES AGUDAS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La hemorragia que se produce en las primeras 24 horas después del parto se denomina hemorragia temprana post-parto, mientras que el sangrado excesivo después de este tiempo se refiere a la hemorragia tardía post-parto. En general, la hemorragia temprana post-parto implica un sangrado más abundante y una mayor morbilidad.	II <i>SOGC Prevention and management of postpartum haemorrhage, 2000</i>
E	La hemorragia post-parto intratable sigue siendo una de las principales causas de muerte maternal directa. Los planes de manejo quirúrgico para la hemorragia intratable post-parto pueden incluir laparotomía con ligadura de vasos uterinos o de arterias ilíacas internas, o incluso la histerectomía.	II <i>SOGC Prevention and management of postpartum haemorrhage, 2000</i>
E	La histerectomía de emergencia es la modalidad de tratamiento más común cuando la hemorragia masiva post-parto requiere de una intervención quirúrgica. La asociación de placenta previa y cesárea previa con placenta acreta y el riesgo de histerectomía están bien documentados en la literatura.	II <i>SOGC Prevention and management of postpartum haemorrhage, 2000</i>
E	La histerectomía periparto de emergencia se realiza generalmente en el contexto de una hemorragia que pone en riesgo la vida. La incidencia de la histerectomía de emergencia es de 1.55 por 1,000 partos. Este procedimiento se realiza con más frecuencia después de la cesárea (0-7%) que luego del parto vaginal (0.02%).	II <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i>
E	Cuando la hemorragia obstétrica intratable es causada por cualquiera de estas condiciones la acción inmediata y deliberada es obligatoria y puede salvar la vida. Sin embargo, cabe destacar que las medidas conservadoras para controlar la hemorragia obstétrica continúan siendo el pilar de la terapia.	II <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i>

E	La histerectomía para el control de la hemorragia obstétrica es claramente un procedimiento asociado con una morbilidad y una mortalidad significativas.	II <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i>
R	La histerectomía periparto puede ser un procedimiento que salve la vida en casos de hemorragia post-parto. La técnica de pinza, corte y goteo debe ser utilizada para obtener el control de la hemorragia lo más rápidamente posible.	II-3 <i>SOGC Prevention and management of postpartum haemorrhage, 2000</i>
R	La histerectomía está indicada en el tratamiento definitivo de la hemorragia postparto cuando el tratamiento conservador ha fallado en el control del sangrado.	II-B <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i> <i>GAC 2004 Summary of recommended guideline</i> <i>Hysterectomy procedure</i>
E	<p>Con el desarrollo de los antibióticos de amplio espectro el manejo de los abscesos tubo-ováricos ha cambiado de una histerectomía total abdominal con salpingo-ooforectomía bilateral a un enfoque médico. Actualmente existen tres indicaciones principales para la intervención quirúrgica en pacientes en las que se sospecha la presencia de un Absceso Tubo-Ovárico (ATO):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rotura intra-abdominal del absceso tubo-ovárico. 2. Sospecha de otras urgencias quirúrgicas (tales como apendicitis). 3. Falta de respuesta a la terapia antibiótica adecuada dentro de 48 a 72 horas. <p>La rotura del ATO es una condición potencialmente mortal que requiere tratamiento quirúrgico urgente.</p>	I <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i>
R	Los abscesos tubo-ováricos rotos o aquellos que no responden a manejo con antibióticos pueden ser tratados con histerectomía y salpingo-ooforectomía bilateral en casos selectos.	I-C <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i> <i>GAC 2004 Summary of recommended guideline</i> <i>Hysterectomy procedure</i>

E	<p>Cuando los agentes uterotónicos (con o sin medidas de tamponamiento) fallan en el control del sangrado en pacientes que han dado a luz vaginalmente está indicado realizar una laparotomía exploratoria. La histerectomía es una de las muchas técnicas disponibles para controlar el sangrado.</p>	<p>III <i>ACOG Postpartum hemorrhage, 2006</i></p>
R	<p>Los agentes uterotónicos deben ser el tratamiento de primera línea para la hemorragia postparto causada por atonía uterina. Si se realiza histerectomía en un caso de atonía uterina deberá documentarse que se realizaron antes otros intentos de terapia.</p>	<p>C <i>ACOG Postpartum hemorrhage, 2006</i></p>
R	<p>La histerectomía puede ser necesaria en casos de menorragia aguda refractaria al tratamiento médico quirúrgico o conservador.</p>	<p>II-C <i>GAC 2004 Summary of recommended guideline Hysterectomy procedure</i></p>
✓/R	<p>En caso de hemorragia debida a ruptura uterina, independientemente de los deseos de la paciente, para evitar la histerectomía, este procedimiento puede ser necesario en una situación peligrosa para la vida.</p>	<p>Punto de Buena Práctica <i>ACOG Postpartum hemorrhage, 2006</i></p>
✓/R	<p>En el caso de hemorragia secundaria postparto, se les debe brindar consejería a las pacientes acerca de la posibilidad de realizarles una histerectomía antes de iniciar cualquier procedimiento quirúrgico.</p>	<p>Punto de Buena Práctica <i>ACOG Postpartum hemorrhage, 2006</i></p>
✓/R	<p>Se debe preferir la cirugía por sobre la radioterapia en mujeres que tienen enfermedad diverticular, absceso tubo-ovárico o absceso apendicular; que hayan recibido radioterapia anteriormente; que tengan un riñón pélvico congénito; que sean psicóticas o que no cumplan las normas.</p>	<p>Punto de Buena Práctica <i>ACOG Diagnosis and treatment of cervical carcinomas, 2002</i></p>

4.3 REQUISITOS PREOPERATORIOS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>El pre-tratamiento antes de la histerectomía frecuentemente está recomendado en situaciones en las que los fibromas uterinos están presentes. La razón es que los pre-tratamientos, tales como GnRH-a, reducen el tamaño de los fibromas, hacen que la cirugía sea más fácil e incluso permiten que sea utilizada la vía vaginal, que es menos invasiva.</p>	<p>1+ NICE, 2007 <i>Heavy menstrual bleeding</i></p>
✓/R	<p>Se deberá tener una amplia discusión con las pacientes a las que se les ofrezca una histerectomía, acerca de las implicaciones de la cirugía antes de que se tome una decisión. La discusión debe incluir: sentimientos sexuales, impacto en la fertilidad, funciones de la vejiga, necesidad de tratamiento adicional, consecuencias del tratamiento, expectativas de la mujer, alternativas de cirugía e impacto psicológico.</p>	<p>D/Punto de Buena Práctica NICE 2007 <i>Heavy menstrual bleeding</i></p>
E	<p>Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) han sido ampliamente utilizados para el tratamiento preoperatorio de los leiomiomas uterinos, tanto para la miomectomía como para la histerectomía. En este caso, el uso de los agonistas puede ser benéfico, ya que la reducción significativa en el volumen uterino puede cambiar el abordaje quirúrgico, por ejemplo, realizando una incisión transversal, un procedimiento endoscópico o una histerectomía vaginal.</p> <p>Mediante la inducción de la amenorrea los agonistas de la GnRH han demostrado mejorar los parámetros hematológicos, acortar la estancia hospitalaria y disminuir la pérdida sanguínea, el tiempo quirúrgico y el dolor post-operatorio, cuando se administran durante 2-3 meses antes de la cirugía.</p>	<p>I ACOG <i>Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas, 2008</i></p>

R

Se ha demostrado que los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), administrados 2-3 meses antes de la intervención quirúrgica, mejoran los parámetros hematológicos, acortan la estancia hospitalaria y disminuyen el sangrado, el tiempo quirúrgico y el dolor post-operatorio. Los beneficios del uso preoperatorio de los agonistas de la GnRH deben ser sopesados contra su costo y los efectos secundarios individuales en cada paciente.

A

ACOG Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas, 2008

E

Las pacientes con cáncer de endometrio frecuentemente tienen comorbilidades tales como obesidad, hipertensión arterial, diabetes y disfunción de la frecuencia cardíaca y pulmonar, convirtiéndolas en pacientes de alto riesgo o no candidatas a la cirugía. La atención cuidadosa de la capacidad funcional y la historia médica serán de ayuda en la optimización de los resultados perioperatorios. La valoración del riesgo perioperatorio también sirve como base para el asesoramiento apropiado de la paciente, acerca de los riesgos y de los beneficios de las opciones de tratamiento disponibles.

II-2, III

ACOG Practice bulletin Management of endometrial cancer, 2005

E

Solamente se requieren un examen físico completo y una radiografía de tórax para la estadificación preoperatoria de la histológica y clínicamente paciente común en etapa I (tipo I endometroide grado 1). Todas las demás pruebas preoperatorias deberán estar dirigidas hacia la optimización de los resultados quirúrgicos. No es necesario el uso de tomografía computada o resonancia magnética.

II-2, III

ACOG Practice bulletin Management of endometrial cancer, 2005

E

Puede ser adecuada la medición preoperatoria de los niveles del CA 125, ya que se encuentra frecuentemente elevada en mujeres con enfermedad en estado avanzado.

II-2, III

ACOG Practice bulletin Management of endometrial cancer, 2005

R

Solamente se requiere de un examen físico completo y de una radiografía de tórax para la estadificación preoperatoria del habitual histológico y clínico estadio I. (tipo I endometroide grado 1). Todas las demás pruebas preoperatorias deberán estar dirigidas hacia la optimización de los resultados quirúrgicos.

C

*ACOG Practice bulletin
Management of endometrial
cancer, 2005*

4.4 CONTRADICCIONES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La desventaja de la histerectomía puede incluir la pérdida del útero en una mujer que desea continuar la maternidad.	II <i>SOGC Prevention and management of postpartum haemorrhage, 2000</i>
E	La ventaja de la miomectomía es la preservación del útero. El deseo de tener hijos es la indicación más común para la miomectomía, en lugar de la histerectomía. Al examinar la posibilidad de una miomectomía programada las pacientes deben ser informadas acerca de la posibilidad de que eventualmente se requiera una histerectomía, dependiendo de los hallazgos intraoperatorios y la evolución de la cirugía.	I <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i>
R	La miomectomía abdominal es una alternativa segura y efectiva a la histerectomía para el tratamiento de las mujeres con leiomiomas sintomáticos.	A <i>ACOG Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas, 2008</i>

4.6 BENEFICIOS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Las ventajas de la histerectomía de emergencia en casos de hemorragia masiva son la capacidad de eliminar la fuente del sangrado y la familiaridad del obstetra con el procedimiento de la histerectomía, ya que, a pesar de ser técnicamente más difícil en esta situación, continúa siendo una operación familiar para cualquier gineco-obstetra.	II <i>SOGC Prevention and management of postpartum haemorrhage, 2000</i>
R	A las mujeres que contemplan la posibilidad de una histerectomía vaginal, laparoscópica o abdominal para el manejo de enfermedades uterinas benignas, se les deberá informar que la histerectomía usualmente está asociada a una mejor calidad de vida, incluyendo la mejora de la función sexual, independientemente de si el cérvix es removido o no.	I-B <i>SOGC Supracervical hysterectomy, 2010</i>
✓/R	Los relativos riesgos y beneficios de los diferentes enfoques de manejo quirúrgico deberán ser debatidos a profundidad con la paciente de forma individualizada.	Punto de Buena práctica <i>SIGN Management of cervical cancer, 2008</i>

4.7 RIESGOS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
✓/R	Las mujeres deberán ser informadas sobre el riesgo de posible pérdida de la función ovárica y sus consecuencias, aun cuando conserven sus ovarios durante la histerectomía.	D/Punto de Buena Práctica NICE, 2007 <i>Heavy menstrual bleeding</i>
E	Con la histerectomía supracervical hay una baja incidencia de cáncer cervical, pero el riesgo existe como un daño potencial al dejar el cuello del útero al momento de la histerectomía.	II <i>SOGC Supracervical hysterectomy, 2010</i>
R	Se debe informar a las mujeres que luego de una histerectomía supracervical seguirán requiriendo de la evaluación citológica de rutina.	II-B <i>SOGC Supracervical hysterectomy 2010</i>
R	Las mujeres que necesitan una histerectomía y que tienen historia actual o significativa de resultados anormales en citologías del cuello uterino deberán ser aconsejadas acerca de las ventajas de la histerectomía vaginal o de la histerectomía total abdominal, por sobre la histerectomía supracervical.	I-B <i>SOGC Supracervical hysterectomy 2010</i>



Uno de los riesgos que existen cuando se realiza una histerectomía es el prolapso de la cúpula vaginal. Dicho problema puede ser prevenido al momento de la histerectomía mediante algunas técnicas.

Se realizó un pequeño ensayo aleatorio que compara la operación vaginal tipo Moschowitz, la culdoplastía de McCall y el cierre peritoneal del *cul-de-sac* como medidas preventivas contra el desarrollo de enterocele. Este estudio incluyó 100 mujeres y mostró que la culdoplastía de McCall fue más efectiva que el Moschowitz vaginal o el cierre simple del peritoneo en la prevención del enterocele a tres años de seguimiento. La técnica consiste en la aproximación de los ligamentos útero-sacros con sutura continua, con el fin de obliterar el peritoneo del *cul-de-sac* posterior lo más alto posible. Un enfoque similar se ha descrito para la histerectomía abdominal.

Ib

RCOG The management of post hysterectomy vaginal vault prolapse, 2007



Se recomienda realizar la culdoplastía de McCall al momento de la histerectomía a fin de prevenir la formación de enteroceles.

A

RCOG The management of post hysterectomy vaginal vault prolapse, 2007



Se ha sugerido que para prevenir el prolapso de la cúpula vaginal y la formación de enterocele se deben unir los ligamentos cardinales y útero-sacros a la cúpula vaginal, además de realizar obliteración alta del saco de Douglas.

III

RCOG The management of post hysterectomy vaginal vault prolapse, 2007



La sutura de los ligamentos cardinales y útero-sacros a la cúpula vaginal, al momento de la histerectomía, es una medida recomendada para evitar el prolapso de cúpula.

B

RCOG The management of post hysterectomy vaginal vault prolapse, 2007

E

Se ha sugerido la fijación profiláctica del sacroespinoso al momento de la histerectomía vaginal para evitar el prolapso útero-vaginal marcado cuando la bóveda podría ser introducida al introito al final del cierre de la pared vaginal anterior, lo cual corresponde a un subgrupo selecto en aquellas pacientes sometidas a histerectomía vaginal.

III

RCOG The management of post hysterectomy vaginal vault prolapse, 2007







R

La fijación sacroespínosa al momento de la histerectomía vaginal está recomendada cuando la bóveda vaginal desciende hasta el introito durante el cierre.

B

RCOG The management of post hysterectomy vaginal vault prolapse, 2007

4.8 COMPLICACIONES PERI Y POSTOPERATORIAS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Las pacientes a las que se les ofrece una histerectomía deberán estar informadas acerca del riesgo aumentado de complicaciones serias (tales como hemorragia intraoperatoria o daños sobre otros órganos abdominales) asociadas con la histerectomía cuando existe presencia de fibromas uterinos.</p>	<p>C NICE, 2007 <i>Heavy menstrual bleeding</i></p>
	<p>La tasa de complicaciones asociadas a la histerectomía es de 0.5% a 43%. La fiebre postoperatoria y la infección son responsables de la mayoría de las complicaciones menores.</p>	<p>III SOGC Hysterectomy, 2002</p>
	<p>En un análisis de más de 160 mil histerectomías realizadas en Ohio se informó acerca de una tasa de complicaciones de 9.1% para las histerectomías vaginales, 7.8% para las histerectomías vaginales y 8.8% para el abordaje laparoscópico de la histerectomía. Las lesiones vesicales y ureterales son la fuente más común de complicaciones mayores de acuerdo a la compilación del registro Finnish.</p>	<p>III SOGC Hysterectomy, 2002</p>
	<p>En una serie de 13 mil histerectomías la incidencia de lesiones del tracto urinario fue más alta con el abordaje laparoscópico (2.2%) y más bajo con la histerectomía vaginal (0.04%).</p>	<p>III SOGC Hysterectomy, 2002</p>
	<p>Al considerar una histerectomía la paciente debe ser informada del riesgo de hemorragia, infección y daño a los órganos colindantes.</p>	<p>III SOGC Hysterectomy, 2002</p>
	<p>El abordaje laparoscópico introduce la posibilidad de complicaciones adicionales en comparación con la histerectomía vaginal. Las complicaciones incluyen lesiones al trocar venas y vísceras, hernias de intestinos y epiplón cuando se utiliza un trocar grande, y lesiones intestinales y urinarias.</p>	<p>ACOG Committee Opinion <i>Appropriate use of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, 2005</i></p>

E	No existe evidencia de que la histerectomía conduzca a trastornos psicológicos. La función sexual se modifica o mejora en 80% de las pacientes tras la operación. Las mujeres que padecen depresión antes de su histerectomía se encuentran en mayor riesgo de presentar dispareunia, sequedad vaginal y disminución de la libido después de la histerectomía.	III <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i>
R	La histerectomía supracervical no debe ser recomendada como una técnica superior a la histerectomía abdominal total para la prevención de síntomas urinarios postoperatorios.	I-B <i>SOGC Supracervical hysterectomy, 2010</i>
R	A pesar de que la histerectomía supracervical puede estar asociada a una menor pérdida de sangre y un menor tiempo quirúrgico, no se ha encontrado que estos parámetros sean clínicamente significativos, por lo que la histerectomía supracervical no debe ser recomendada como una técnica superior a la histerectomía abdominal total para la prevención de complicaciones peri y postoperatorias.	I-B <i>SOGC Supracervical hysterectomy, 2010</i>
R	A las mujeres que consideran una histerectomía supracervical se les debe informar que es posible que sigan experimentando sangrados vaginales cíclicos después de la cirugía.	I-B <i>SOGC Supracervical hysterectomy, 2010</i>
E	No existe ventaja alguna de la histerectomía supracervical con respecto a las complicaciones, síntomas urinarios o función sexual de las mujeres sometidas a histerectomía por leiomiomas uterinos sintomáticos o sangrado uterino anormal. La histerectomía supracervical no debe ser recomendada como una técnica superior de histerectomía para enfermedades benignas.	I <i>SOGC Supracervical hysterectomy, 2010</i>

E

En caso de prolapso de la bóveda vaginal post-histerectomía, la valoración de la paciente debe incluir una evaluación de la calidad de vida, utilizando los cuestionarios de calidad validados específicamente para el padecimiento. Esto ayuda a la evaluación de los síntomas, centrada en la paciente y el impacto de la condición, lo que facilita la auditoría subsecuente y la investigación. El examen debe realizarse de acuerdo con las herramientas estándar de cuantificación, tales como la Cuantificación del Prolapso de los Órganos Pélvicos (CPOP). El uso de tales herramientas permite la evaluación de los resultados individuales de las pacientes, así como la auditoría y la investigación. Se requerirá tiempo, lo que se facilita con el uso de hojas impresas con tablas y diagramas.

IV

RCOG The management of post hysterectomy vaginal vault prolapse, 2007

E

La evaluación de la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta se puede hacer con la vejiga llena después de haber reducido el prolapso con un soporte pesario o una esponja, a pesar de que esto no está validado actualmente con evidencia y no es un sustituto de la adecuada asesoría a las pacientes acerca de esta complicación. El papel de la cirugía profiláctica para la incontinencia oculta por estrés no es muy claro.

III

RCOG The management of post hysterectomy vaginal vault prolapse, 2007

E

Todos los defectos del piso pélvico deben ser identificados a fin de permitir la reparación quirúrgica de los defectos importantes y potenciales. Las mujeres con prolapso de la cúpula vaginal post-histerectomía frecuentemente tienen prolapso de la pared vaginal anterior o posterior asociados. Si no se abordan estos defectos al mismo tiempo dará lugar a que las pacientes se presenten con prolapso recurrentes de aquellos defectos que se dejaron sin soporte (recurrencia indirecta). Sin embargo, no existen estudios que comparen la realización de la reparación de todos los defectos al mismo tiempo que se realiza la cirugía del prolapso de cúpula vaginal con la reparación por separado de tales defectos en otra oportunidad quirúrgica.

III

RCOG The management of post hysterectomy vaginal vault prolapse, 2007

R	La evaluación de la paciente debe ser integral y objetiva, anteponiendo la calidad de vida, buscando todos los defectos del piso pélvico, y debe estar basada en las herramientas estándar.	C <i>RCOG The management of post hysterectomy vaginal vault prolapse, 2007</i>
E	La hysterectomía se asocia a gran pérdida de sangre y tiempos quirúrgicos prolongados, pero esto puede reflejar el hecho de que la hysterectomía se reserva para los peores casos de hemorragia post-parto.	II <i>SOGC Prevention and management of postpartum haemorrhage, 2000</i>
E	Desafortunadamente la hysterectomía no garantiza el control de la pérdida de sangre en la hemorragia severa post-parto. El sangrado puede persistir en la superficie pélvica debido a la disminución de la coagulación, combinada con el trauma de la manipulación prolongada.	II <i>SOGC Prevention and management of postpartum haemorrhage, 2000</i>
R	El sangrado difuso post-hysterectomía puede ser controlado por medio de empacamiento abdominal, para dar tiempo a la normalización de la situación hemodinámica de la paciente y a su estado de coagulación. La hemorragia persistente de venas específicas puede ser controlada con procedimientos de embolización.	II-3 <i>SOGC Prevention and management of postpartum haemorrhage, 2000</i>

4.9 NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICABLES A LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA HISTERECTOMÍA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Están apareciendo nuevas tecnologías para el manejo conservador del sangrado uterino anormal y los fibromas, pero hay escasez de niveles de evidencia grado I que comparen estas tecnologías con el estándar de oro, que es la histerectomía, particularmente en términos de resultados a largo plazo y de mejoras en la calidad de vida.</p>	<p>I <i>SOGC Hysterectomy, 2002</i></p>
<p>E Cuando no es factible realizar una histerectomía vaginal el cirujano debe elegir entre la histerectomía laparoscópica, histerectomía asistida por robot o una histerectomía abdominal.</p>	<p><i>ACOG Committee Opinion Choosing the route of hysterectomy for benign disease, 2009</i></p>
<p>E La histerectomía laparoscópica asistida vaginal, con o sin salpingo-ooforectomía bilateral, por lo general no ofrece ninguna ventaja, cuando puede realizarse una histerectomía vaginal convencional y salpingo-ooforectomía bilateral.</p>	<p><i>ACOG Committee Opinion Appropriate use of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, 2005</i></p>
<p>E Ensayos prospectivos aleatorizados demuestran que la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia se encuentra asociada a una recuperación más rápida, menos dolor postoperatorio y tasa de complicaciones similares cuando se compara con la histerectomía abdominal.</p>	<p><i>ACOG Committee Opinion Appropriate use of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, 2005</i></p>
<p>E La histerectomía radical laparoscópica vaginal para el tratamiento de la enfermedad FIGO IB1 parece ser una alternativa segura y efectiva en comparación con la histerectomía radical por vía abdominal convencional.</p>	<p>3 <i>SIGN Management of cervical cancer, 2008</i></p>

R	La histerectomía radical laparoscópica vaginal no debe ser ofrecida a las pacientes cuyo diámetro tumoral sea mayor de 2 cm.	D	<i>SIGN Management of cervical cancer, 2008</i>
R	Los cirujanos que deseen ofrecer una histerectomía radical laparoscópica vaginal deben tener el entrenamiento apropiado.	D	<i>SIGN Management of cervical cancer, 2008</i>
E	La experiencia con la histerectomía asistida por robot es limitada en este momento. Se necesitan más datos para determinar su papel en el desempeño de la histerectomía.	<i>ACOG Committee Opinion</i>	<i>Choosing the route of hysterectomy for benign disease, 2009</i>
E	La histerectomía supracervical es una técnica que ha tenido interés renovado entre las pacientes y algunos cirujanos ginecólogos.	<i>ACOG Committee Opinion</i>	<i>Supracervical hysterectomy, 2007</i>
E	Las técnicas de la histerectomía supracervical, definida como la remoción del cuerpo del útero con la preservación del cérvix, están bien descritas tanto para el abordaje abdominal como para el laparoscópico. (1,2)	<i>ACOG Committee Opinion</i>	<i>Supracervical hysterectomy, 2007</i>
E	La preferencia al tratamiento depende de la situación, la experiencia del médico, la salud y edad de la paciente, y de las características del tumor. Quienes favorecen a la cirugía radical puntualizan que ésta permite que la vagina quede en condiciones más funcionales, mientras que la radioterapia da por resultado una reducción de la longitud, calibre y lubricación de la vagina.	<i>ACOG Diagnosis and treatment of cervical carcinomas, 2002</i>	

5. ANEXOS

5.1 ESCALAS DE GRADACIÓN

Sistema del Equipo de Tareas de los Servicios Preventivos de Estados Unidos -United States Preventive Services Task Force-

ACOG Guidelines

Evidencias:

- I Evidence obtained from at least one properly designed randomized controlled trial.
- II-1 Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization.
- II-2 Evidence obtained from well-designed cohort or case-control analytic studies, preferably from more than one center or research group.
- II-3 Evidence obtained from multiple time series with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments also could be regarded as this type of evidence.
- III Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees.

Recomendaciones

Based on the highest level of evidence found in the data, recommendations are provided and graded according to the following categories:

- Level A Recommendations are based on good and consistent scientific evidence.
- Level B Recommendations are based on limited or inconsistent scientific evidence.
- Level C Recommendations are based primarily on consensus and expert opinion.

Evidencia y recomendaciones**Criterios de gradación****Royal College of Obstetricians and Gynaecologists RCOG**

Clasificación de los niveles de evidencia	
Nivel	Tipo de evidencia
Ia	Evidencia obtenida de meta-análisis o ensayos aleatorios controlados
Ib	Evidencia de al menos un ensayo aleatorio controlado
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio de control bien diseñado sin aleatorización
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio cuasi-experimental de otra clase, bien diseñado
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales y bien diseñados, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos y controles
IV	Evidencia de reportes de comités de expertos o de opiniones y experiencia clínica de autoridades respetables

Gradación de las recomendaciones	
A	Requiere al menos un ensayo aleatorio controlado como parte del cuerpo de la literatura de buena calidad general y la coherencia frente a las recomendaciones específicas. (Niveles de evidencia Ia, Ib)
B	Requiere la disponibilidad de estudios clínicos bien realizados, pero sin ensayos clínicos aleatorios sobre el tema de la recomendación. (Niveles de evidencia IIa, IIb, III)
C	Exige pruebas de los informes de comité de expertos u opiniones y / o experiencia clínica de autoridades en la materia. Indica la ausencia de estudios directamente aplicables de buena calidad. (Nivel de evidencia IV)

Punto de buena práctica:

- ✓ Recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group.

Clave para la Evidencia y grados de recomendaciones

SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Niveles de evidencia

- 1++ High quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with very low risk of bias.
- 1+ Well conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias.
- 1- Meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with high risk of bias.
- 2++ High quality systematic reviews of case control or cohort studies.
High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high possibility that the relationship is casual.
- 2+ Well conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is casual.
- 2- Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not casual.
- 3 Non-analytic studies, eg case reports, case series.
- 4 Expert opinion.

Grados de recomendación

Note: The grade of recommendation relates to the strength of the evidence on which the recommendation is based. It does not reflect the clinical importance of the recommendation.

- A At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++ and directly applicable to the target population, o
A body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results
- B A body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results, o
Extrapolated evidence from studies rated as 1++ o 1+
- C A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results, o
Extrapolated evidence from studies rated as 2++
- D Evidence level 3 o 4, o
Extrapolated evidence from studies rated as 2+

Puntos de buena práctica:

- ✓ Recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group.

Criterios de calidad de la valoración de la evidencia y clasificación de las recomendaciones

SOGC Clinical Practice Guidelines

Nivel de evidencia

- I Evidence obtained from at least one properly designed randomized controlled trial.
- II-1 Evidence from well-designed controlled trials without randomization.
- II-2 Evidence from well-designed cohort (prospective or retrospective) or case-control studies, preferably from more than one centre or research group.
- II-3 Evidence from comparisons between times or places with or without the intervention. Dramatic results from uncontrolled experiments (such as the results of treatment with penicillin in the 1940s) could also be included in this category.
- III Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees.

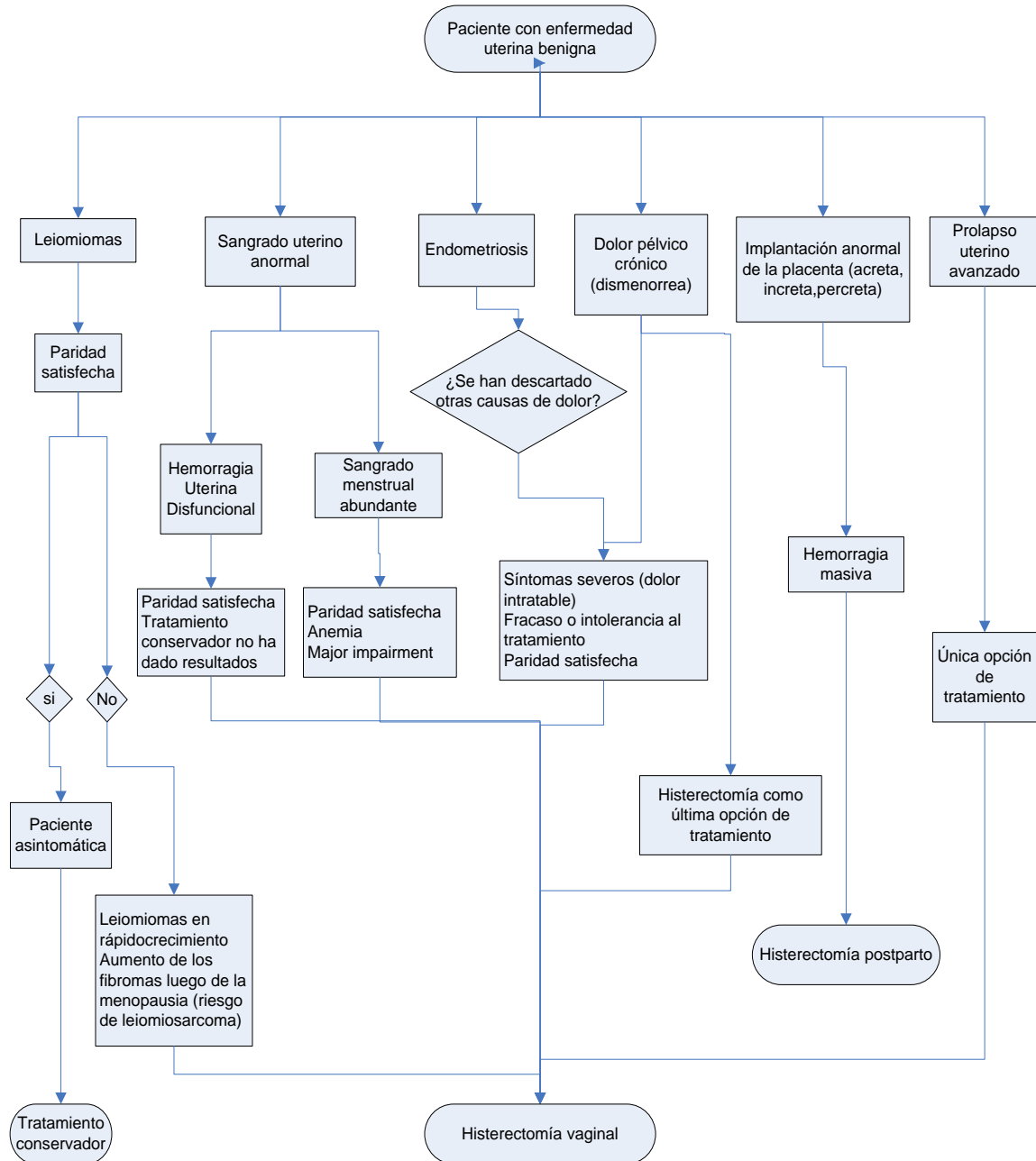
Clasificación de la recomendación

- A There is good evidence to support the recommendation:
 - *for use of a diagnostic test, treatment or intervention.
 - *that the condition be specifically considered in a periodic health examination.
 - B There is fair evidence to support the recommendation:
 - *for use of a diagnostic test, treatment or intervention.
 - *that the condition be specifically considered in a periodic health examination.
 - C There is insufficient evidence to support the recommendation for use of a diagnostic test, treatment or intervention.
- or
- There is poor evidence regarding the inclusion or exclusion of the condition in a periodic health examination, but recommendations may be made on other grounds.
- D There is fair evidence not to support the recommendation:
 - *for a diagnostic test, treatment or intervention.
 - *that the condition not be considered in a periodic health examination.
 - E There is good evidence not to support the recommendation:
 - *for use of a diagnostic test, treatment or intervention.
 - *that the condition be excluded from consideration in a periodic health examination.

The quality of evidence reported in these guidelines has been described using the Evaluation of Evidence criteria outlined in the Report of the Canadian Task Force on the Periodic Health Exam.

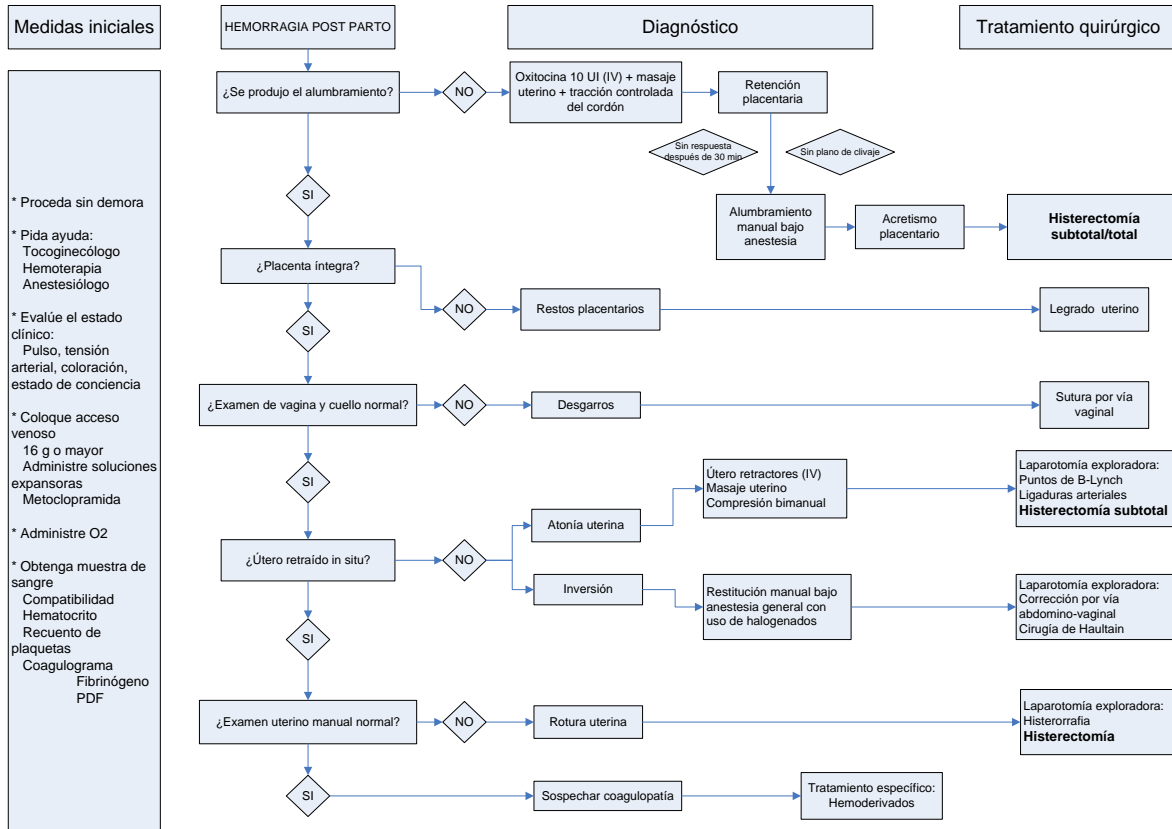
Recommendations included in these guidelines have been adapted from the ranking method described in the Classification of Recommendations found in the Report of the Canadian Task Force on the Periodic Health Exam.

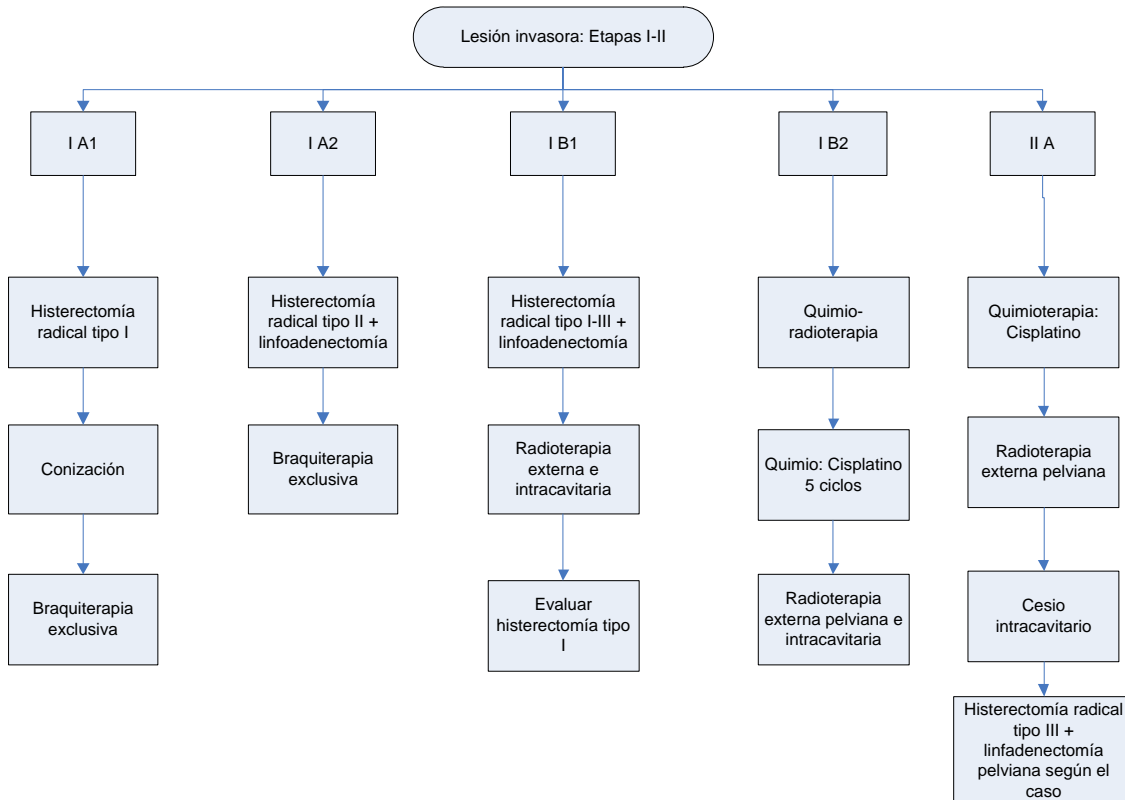
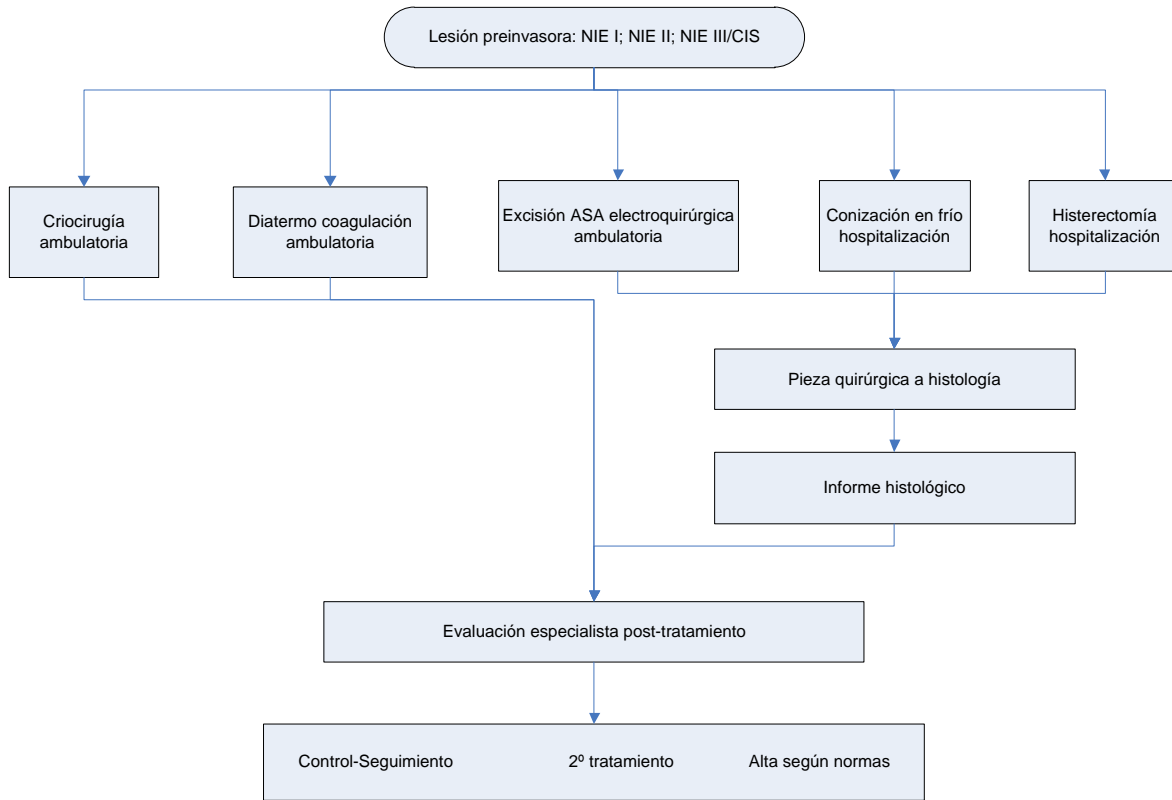
5.2 ALGORITMO DE LA HISTERECTOMÍA EN PATOLOGÍA BENIGNA



5.3 ALGORITMO DEL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

ALGORITMO DEL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO





6. GLOSARIO

Aborto: Es la interrupción prematura del embarazo, que produce la muerte del feto. Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gr de peso o hasta la semana 20 de la gestación.

Anemia: Reducción en el número de eritrocitos circulantes o en la cantidad de hemoglobina. Disminución de los eritrocitos, de la concentración de hemoglobina y/o del hematocrito por debajo de los valores normales correspondientes a la edad y al sexo.

Embarazo: Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período de tiempo que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos, que se producen en la mujer, encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo. El inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto.

Enfermedad FIGO IB1:

Estrógenos: Hormonas sexuales producidas fundamentalmente en los ovarios, también en la placenta, en la corteza suprarrenal y en los testículos. Los más importantes son el estradiol, la estrona y el estriol.

Guía de Práctica Clínica: Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica".

Infertilidad:

Menorragia: (Hipermenorrea) Is defined as heavy cyclical menstrual bleeding occurring over several consecutive cycles during the reproductive years. Objectively menorrhagia is defined as blood loss of more than 80 ml per cycle.

Metaanálisis: Se conjuntan los resultados de la colección de estudios independientes (que investigan el mismo tratamiento), utilizando técnicas estadísticas para sintetizar sus hallazgos en estimados simples del efecto de un tratamiento. Donde los estudios no son compatibles, por ejemplo, a causa de diferencias en las poblaciones de estudio o en las mediciones de los resultados, sería inapropiado o incluso engañoso conjuntar los resultados de esta forma.

Mola hidatidiforme:

Práctica clínica basada en evidencia La práctica clínica basada en evidencia involucra el tomar decisiones acerca del cuidado individual de los pacientes, basándose en la investigación de la mejor evidencia disponible, en vez de basar las decisiones en opiniones personales o en la práctica común (lo cual no siempre está basado en evidencias). Por lo tanto, la práctica clínica basada en evidencias involucra la integración de la experiencia clínica experta y las preferencias de los pacientes con la mejor evidencia disponible en las investigaciones.

Revisión por pares: Es la revisión de un estudio, servicio o recomendación por aquellos con similares intereses y experiencia en relación con las personas que produjeron los hallazgos del estudio y las recomendaciones. Los revisores pares pueden incluir representantes profesionales y de pacientes.

Revisión sistemática: Es la revisión en la cual la evidencia de los estudios científicos es identificada, evaluada y sintetizada de forma metodológica de acuerdo a determinados criterios. Puede o no incluir metaanálisis.

Riesgo relativo: Es una medida resumen la cual representa el índice de riesgo de un evento o resultado (por ejemplo, una reacción adversa a la droga que está siendo probada) en un grupo de sujetos comparados con otro grupo.

Sangrado uterino anormal: Is defined as changes in frequency of menses, duration of flow or amount of blood loss.

Sangrado uterino disfuncional: Is a diagnosis of exclusion when there is no pelvic pathology or underlying medical cause. Is typically characterized by heavy prolonged flow with or without breakthrough bleeding. It may occur with or without ovulation.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. *Diagnosis and treatment of cervical carcinomas*. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. ACOG Practice Bulletin, number 35, May 2002; 1196-1208.
2. ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. *Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas*. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. ACOG Practice Bulletin, number 96, August 2008; 1493-1506.
3. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. *Postpartum hemorrhage*. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. ACOG Practice Bulletin, number 76, October 2006; 948-956.
4. ACOG Committee Opinion. *Appropriate use of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy*. ACOG Committee on Gynecologic Practice, The American College of Obstetricians and Gynecologists, number 311, April 2005; 289-290.
5. ACOG Committee Opinion. *Supracervical hysterectomy*. Compendium of selected publications, number 388, The American College of Obstetricians and Gynecologists, November 2007; 360-362.
6. ACOG Committee Opinion. *Choosing the route of hysterectomy for benign disease*. Compendium of selected publications, number 444, The American College of Obstetricians and Gynecologists, November 2009; 390-392.
7. ACOG Practice Bulletin. *Management of endometrial cancer*. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, number 65, American College of Obstetricians and Gynecologists, August 2005; 1331-1343.
8. Australian Cancer Network and National Breast Cancer Centre. *Clinical practice guidelines for the management of women with epithelial ovarian cancer*. National Health and Medical Research Council, Australian Government, March 2004; 81-87.
9. GAC Guidelines Advisory Committee. *Summary of Recommended Guideline. Hysterectomy Procedure*. Ontario Guidelines Advisory Committee, Canada, May 2004; Reference # GAC 62. www.gacguidelines.ca
10. NICE Clinical Guideline. *Heavy menstrual bleeding*. National Collaboration Centre for Women's and Children's Health, commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, January 2007; 5-101.
11. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Placenta praevia and placenta praevia accreta: diagnosis and management*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Guideline, number 27, October 2005.
12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The management of post hysterectomy vaginal vault prolapse*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and British Society of Urogynaecology, Green-top Guideline, number 46, October 2007.
13. SIGN. *Management of cervical cancer*. A National Clinical Guideline, Scottish Intercollegiate Guidelines network, number 99, January 2008; 12-15.
14. SOGC Clinical Practice Guidelines. *Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain*. Chronic Pelvic Pain Working Group and Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Journal Obstet Gynaecol, Canada, 2005; 27(8):781-801.
15. SOGC Clinical Practice Guidelines. *Guidelines for the management of abnormal uterine bleeding*. Clinical Practice Gynaecology and Reproductive Endocrinology Infertility Committees. Journal Obstet Gynaecol, number 106, Canada, 2001; 23(8):704-9, August.
16. SOGC Clinical Practice Guidelines. *Hysterectomy*. Clinical Practice Gynaecology Committee and Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Journal Obstet Gynaecol, Canada, number 109, January 2002; 24(1):37-48.

17. SOGC Clinical Practice Guidelines. *Prevention and management of postpartum haemorrhage*. Clinical Practice Obstetrics Committee, Journal Soc Obstet Gynaecol, Canada, Number 88, April 2000; 22(4):271-81.
18. SOGC Clinical Practice Guidelines. *Primary dysmenorrhea consensus guideline*. Journal Obstet Gynaecol, Canada, number 169, December 2005; 27(12):1117-1130.
19. SOGC Clinical Practice Guideline. *Supracervical hysterectomy*. Journal Obstet Gynaecol, Canada, number 238, January 2010; 32(1):62-68.
20. SOGC Clinical practice Guidelines. *The management of uterine leiomyomas*. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Journal Obstet and Gynaecol, Canada, number 128, May 2003; 25(5):396-405.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Chiapas, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al grupo trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación de Medicina Basada en Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Asimismo, se agradece a las autoridades que participaron en los procesos de validación interna, revisión, validación externa y verificación, su valiosa colaboración en la realización de esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud / CENETEC

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Luis Agüero y Reyes	Director de Integración de GPC
Dra. Selene Martínez Aldana	Subdirectora de GPC
Dr. Pedro Nieves Hernández	Subdirector de Gestión de GPC
Dra. Berenice Figueroa Cruz	Depto. de Validación y Normatividad de GPC
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	Depto. de Apoyo Científico para GPC
Dra. Gilda Morales Peña	Coord. De Información
Lic. Juan Ulises San Miguel Medina	Depto. de Coord. de Centros de Desarrollo de GPC
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación Documental
Lic. Antonio Eduardo Arroyo Villasana	Revisión Editorial
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Dr. Arturo Ramírez Rivera	Coordinador de guías de pediatría
Dr. Jesús Ojino Sosa García	Coordinador de guías de medicina interna
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinadora de guías de gineco-obstetricia
Dr. Fabián Sánchez Sagastegui	Coordinadora de guías de cirugía pediátrica

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial

Secretaría de Salud / SSA

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Juan Francisco Molinar Horcasitas
Director General del IMSS

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General del ISSSTE

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del DIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza
Director General de PEMEX

Secretaría de Marina / SEMAR

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de la SEMAR

Secretaría de la Defensa Nacional / SEDENA

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la SEDENA

Consejo de Salubridad General / CSG

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del CSG

Directorio del centro desarrollador

Instituto de Salud del Estado de Chiapas

Dr. James Gómez Montes
Secretario de Salud

Instituto de Salud del Estado de Chiapas

Lic. Salvador Alonso Ruiz García
Secretario Técnico

Dirección de Innovación y Calidad

Dr. Luis Gerardo Ruiz Carrillo
Director

Subdirección de Educación en Salud

Dr. José Luis Mendoza Mérida
Subdirector

Departamento de Enlace Científico y Académico

Dr. Luis Ángel Terán Ortiz
Jefe de Departamento

Guías de Práctica Clínica

Dra. Sonia Victoria Santiago Lastra
Responsable Estatal

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simón Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico