

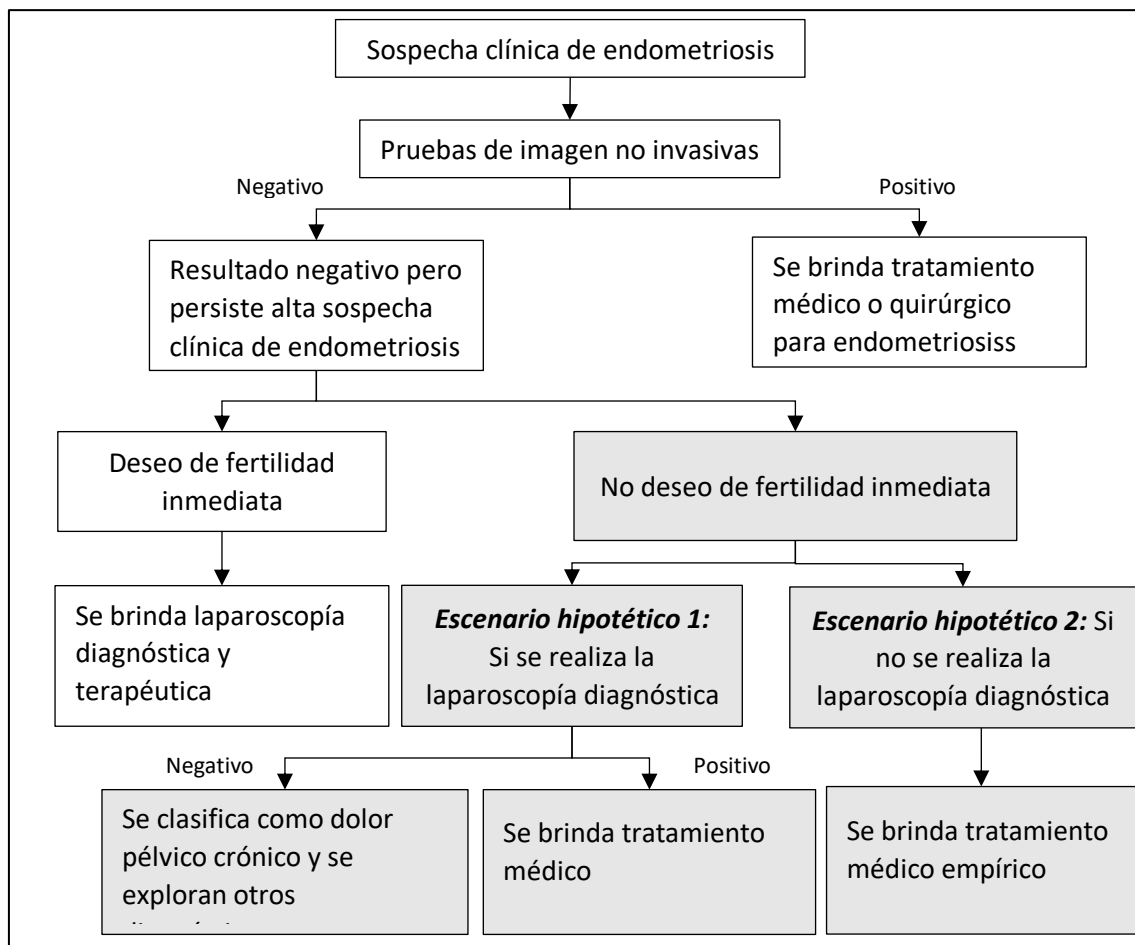
Pregunta 3. En mujeres con resultado negativo en pruebas de imagen no invasivas pero con alta sospecha de endometriosis, ¿se debería realizar laparoscopia solo para el diagnóstico de la enfermedad?

Introducción

Es probable que una mujer tenga resultado negativo en las pruebas de imagen no invasivas, pero persista la alta sospecha clínica de endometriosis. De este grupo de mujeres, en aquellas con deseo de fertilidad inmediata, la laparoscopia diagnóstica y terapéutica suele ser parte de las alternativas de manejo (26). Por otro lado, en aquellas sin deseo de fertilidad inmediata, la laparoscopia podría ser útil para el diagnóstico de endometriosis y consiguiente tratamiento médico temprano ya que es considerada el estándar de oro (26, 27, 33). Sin embargo, una alternativa a considerar es primero brindar la terapia empírica ante la alta sospecha clínica y evaluar la respuesta.

Además, la laparoscopia es una prueba invasiva, su exactitud diagnóstica depende de la experiencia y habilidades del operador o puede variar según la región en donde se presenten las lesiones sugestivas (34, 35). En suma, su uso involucra tanto costos como recursos humanos y logísticos importantes (34). Por ello, ante la incertidumbre sobre los beneficios y daños de realizar la laparoscopia en lugar no realizarla y primero brindar terapia empírica, se planteó esta pregunta.

A continuación, se plantea los escenarios hipotéticos sobre el uso de la laparoscopia y sus consecuencias:



Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / Comparador	Desenlaces
3.1	Mujeres con resultado negativo en pruebas de imágenes no invasivas pero con alta sospecha clínica de endometriosis superficial o profunda y que no tienen deseo de fertilidad inmediata	<ul style="list-style-type: none"> • Escenario hipotético 1: Realizar laparoscopia diagnóstica / • Escenario hipotético 2: No realizar laparoscopia diagnóstica y brindar tratamiento empírico 	<p><u>Clínicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Dismenorrea • Dispareunia • Fertilidad <p>Complicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección de herida operatoria • Injuria vascular, visceral o de órgano sólido <p>Subrogados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad (VP + FN) • Especificidad (VN + FP)

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**).

Se encontró que la guía NICE 2017 (27) realizó una RS sobre esta pregunta. Además, se encontró una RS publicada como artículo científico: Wykes 2004 (36). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces evaluados por los estudios
RS de la GPC NICE 2017 *	9/14	Noviembre 2016	2 EED	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad • Especificidad
Wykes 2004	8/16	Diciembre 2003	1 EED	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad • Especificidad • Complicaciones de la laparoscopia

EED: Estudio de exactitud diagnóstica

*Esta RS no realiza MA

Evidencia por cada desenlace:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

Complicaciones:

- Infección de herida operatoria e injuria vascular, visceral o de órgano sólido:
 - No se encontraron estudios que evaluaron de manera individual los desenlaces priorizados.

- Complicaciones de realizar laparoscopia:
 - Para este desenlace se contó con una RS: Wykes 2004.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Wykes 2004 debido a que la calidad metodológica se consideró aceptable.
 - Para este desenlace, la RS de Wykes 2004 incluyó 1 estudio observacional de exactitud diagnóstica en humanos: Walter 2001. El estudio de Walter 2001 (n=44) tuvo las siguientes características:
 - La **población** fueron mujeres que acudieron a consulta médica para evaluación de dolor pélvico crónico o endometriosis refractaria a tratamiento médico.
 - La **prueba índice** fue la inspección visual mediante laparoscopia.
 - La **prueba de referencia** fue la histopatología.
 - El **desenlace** de complicaciones fue definido como la presencia de alguna complicación producto del procedimiento quirúrgico.

Subrogados:

- Sensibilidad y especificidad:
 - Para este desenlace se contó con dos RS: Wykes 2004 y de la guía NICE 2017.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de la guía NICE 2017, debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
 - Para este desenlace, la RS de NICE 2017 incluyó 2 estudios observacionales de exactitud diagnóstica y no realizó un MA de ellos debido a que las características no los hacían comparables: Walter 2001 (37) y De Almeida Filho 2008 (38). Se decidió utilizar solo el estudio de De Almeida Filho 2008 ya que analizó los desenlaces a nivel de participantes y no a nivel de muestras como el estudio restante. El estudio de De Almeida Filho 2008 (n=976) tuvo las siguientes características:
 - La **población** fueron mujeres a quienes se les realizó laparoscopia debido a dolor pélvico, dispareunia, dismenorrea y/o infertilidad que presentaron resultados imagenológicos compatibles con masas pélvicas o sangre en cavidad pélvica. La edad promedio de dichas mujeres fue 30.9 ± 5.5 años.
 - La **prueba índice** fue la inspección visual mediante laparoscopia. No se describe con detalle cómo se realizó la visualización de la cavidad pélvica.
 - La **prueba de referencia** fue la histopatología. Las muestras provinieron de zonas anatómicas anormales que presentaron apariencia macroscópica de endometriosis como, por ejemplo: lesiones como “quemadura de pólvora”, de color rojizo (claro u oscuro), color claro (amarillo o marrón), u oscuro (negro o azul), o lesiones fibróticas.
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de NICE 2017 debido a que se consideró que la búsqueda fue reciente (noviembre 2016) y es poco probable la aparición de nuevos estudios que proporcionen valores de sensibilidad y

especificidad que cambien la aceptación de la laparoscopia como “estándar de oro”.

- El GEG tuvo en cuenta que los resultados de Wykes 2004 son compatibles con los resultados de estudios más recientes que evaluaron este desenlace.

Tabla de Resumen de Evidencia (*Summary of Findings, SoF*):

<p>Población: Mujeres a quienes se les ha realizado pruebas de imágenes no invasivas con resultado negativo pero con alta sospecha clínica de endometriosis superficial o profunda y que no tienen deseo de fertilidad inmediata.</p> <p>Prueba índice: laparoscopia diagnóstica</p> <p>Rol de la prueba índice: Adición a las pruebas de imagen no invasivas</p> <p>Prueba de referencia: Histopatología</p> <p>Autores: Sergio Goicochea-Lugo</p> <p>Bibliografía por desenlace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad (verdaderos positivos y falsos negativos): Estudio de De Almeida Filho 2008, incluido en la RS de la GPC NICE 2017 • Especificidad (verdaderos negativos y falsos positivos): Estudio de De Almeida Filho 2008, incluido en la RS de la GPC NICE 2017 • Complicaciones de realizar la laparoscopia: Estudio de Walter 2001, incluido en la RS de Wykes 2004 		
<p align="center">Desenlaces, certeza y cuerpo de evidencia</p>		<p align="center">Si se realizara laparoscopia diagnóstica a 100 mujeres (IC 95%)</p>
		<p align="center">Probabilidad pretest de 70%*</p>
<p>Sensibilidad (IC 95%): 0.98 (0.95 a 0.99)</p> <p align="center">Certeza: ⊕⊕○○ BAJA^a</p> <p>1 EED (468 participantes)</p>	<p>Verdaderos positivos (correctamente clasificadas con endometriosis superficial o profunda)</p>	<p>Posiblemente 67 (67 a 69)</p>
	<p>Falsos negativos (incorrectamente clasificadas como ausencia de endometriosis superficial o profunda)</p>	<p>Posiblemente 1 (1 a 4)</p>
<p>Especificidad (IC 95%): 0.79 (0.76 a 0.82)</p> <p align="center">Certeza: ⊕⊕○○ BAJA^a</p> <p>1 EED (508 participantes)</p>	<p>Verdaderos negativos (correctamente clasificados como ausencia de endometriosis superficial o profunda)</p>	<p>Posiblemente 24 (23 a 25)</p>
	<p>Falsos positivos (incorrectamente clasificadas como presencia de endometriosis superficial o profunda)</p>	<p>Posiblemente 6 (5 a 7)</p>
<p align="center">Complicaciones de realizar la laparoscopia</p> <p align="center">Certeza: ⊕○○○ MUY BAJA^b</p> <p align="center">1 EO (44 participantes)</p>		<p>Se reportó que 1/44 (2.3%) presentó hematoma retroperitoneal que resolvió con manejo conservador.</p>
<p>EED: Estudio de exactitud diagnóstica; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%</p> <p>*La probabilidad pretest fue consenso del panel dada la alta sospecha clínica.</p> <p>Explicaciones de la certeza de evidencia:</p> <p>a. Se disminuyeron dos niveles de certeza por riesgo de sesgo poco claro respecto a si la muestra de pacientes fue consecutiva y por riesgo de sesgo poco claro sobre el cegamiento al momento de interpretar la prueba índice y la prueba de referencia.</p> <p>b. La evaluación inició considerando una certeza baja debido al tipo de estudio utilizado para evaluar el desenlace clínico. Además, se disminuyeron dos niveles de certeza por imprecisión muy seria.</p>		

Tabla Evidence to Decision (EtD):

Presentación:

Pregunta 3: En mujeres con resultado negativo en pruebas de imágenes no invasivas pero con alta sospecha de endometriosis, ¿se debería realizar laparoscopia solo para el diagnóstico de la enfermedad?	
Población:	Mujeres a quienes se les ha realizado pruebas de imágenes no invasivas con resultado negativo pero con alta sospecha clínica de endometriosis superficial o profunda y que no tienen deseo de fertilidad inmediata
Intervención:	Realizar la laparoscopia diagnóstica para endometriosis superficial o profunda: <ul style="list-style-type: none"> • Ante resultado positivo: brindar tratamiento médico • Ante resultado negativo: clasificar como dolor pélvico crónico y explorar otros diagnósticos.
Comparador:	No realizar de la laparoscopia diagnóstica y brindar tratamiento médico empírico
Escenario:	Niveles especializados de atención - EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica – poblacional
Conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con esta pregunta

Evaluación:

Beneficios de la prueba diagnóstica:												
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados de la intervención (uso de la prueba diagnóstica) frente al comparador (no uso de la prueba diagnóstica)?												
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales									
<ul style="list-style-type: none"> • Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se desconoce 	Desenlaces	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Si no se realizara la prueba diagnóstica a 100 mujeres</th> <th>Si se realizara la prueba diagnóstica</th> </tr> <tr> <th>Efecto absoluto por 100 personas para una probabilidad pretest de 70% (IC 95%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verdaderos positivos</td> <td>Todas recibirían tratamiento médico empírico</td> <td>69 (67 a 69) recibirían tratamiento médico temprano al tener endometriosis</td> </tr> <tr> <td>Verdaderos negativos</td> <td>Todas recibirían tratamiento médico empírico</td> <td>24 (23 a 25) evitarían el tratamiento médico innecesario al no tener endometriosis</td> </tr> </tbody> </table>	Si no se realizara la prueba diagnóstica a 100 mujeres	Si se realizara la prueba diagnóstica	Efecto absoluto por 100 personas para una probabilidad pretest de 70% (IC 95%)	Verdaderos positivos	Todas recibirían tratamiento médico empírico	69 (67 a 69) recibirían tratamiento médico temprano al tener endometriosis	Verdaderos negativos	Todas recibirían tratamiento médico empírico	24 (23 a 25) evitarían el tratamiento médico innecesario al no tener endometriosis	<p><u>Considerando una probabilidad pretest de 70%:</u></p> <p>Si se realizara laparoscopia diagnóstica a 100 mujeres en lugar de no realizarla, posiblemente 24 (IC95%: 23 a 25) no hubieran recibido tratamiento médico innecesario al realmente no tener endometriosis.</p> <p>Como consecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se hubiera evitado exponer innecesariamente a estas mujeres a eventos adversos del tratamiento médico como hemorragia uterina anormal, disminución de la libido, anovulación, entre otros. • Se podría haber explorado otros diagnósticos de manera temprana. <p>El GEG consideró que los beneficios serían triviales (puesto que los eventos adversos del tratamiento médico serían poco frecuentes y, en caso se presentaran, son generalmente manejables).</p>
	Si no se realizara la prueba diagnóstica a 100 mujeres	Si se realizara la prueba diagnóstica										
		Efecto absoluto por 100 personas para una probabilidad pretest de 70% (IC 95%)										
Verdaderos positivos	Todas recibirían tratamiento médico empírico	69 (67 a 69) recibirían tratamiento médico temprano al tener endometriosis										
Verdaderos negativos	Todas recibirían tratamiento médico empírico	24 (23 a 25) evitarían el tratamiento médico innecesario al no tener endometriosis										

Daños de la prueba diagnóstica:														
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados de la intervención (uso de la prueba diagnóstica) frente al comparador (no uso de la prueba diagnóstica)?														
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales											
○ Grande ○ Moderado ○ Pequeño ● Trivial ○ Varía ○ Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Desenlaces</th> <th rowspan="2">Si no se realizara la prueba diagnóstica a 100 mujeres</th> <th>Si se realizara la prueba diagnóstica</th> </tr> <tr> <th>Efecto absoluto por 100 personas para una probabilidad pretest de 70% (IC 95%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Falsos negativos</td> <td rowspan="2">Todas recibirían tratamiento médico empírico</td> <td>1 (1 a 4) no recibirían tratamiento médico temprano al realmente tener endometriosis</td> </tr> <tr> <td>Falsos positivos</td> <td>6 (5 a 7) recibirían tratamiento médico innecesariamente al realmente no tener endometriosis</td> </tr> <tr> <td>Complicaciones</td> <td>Ninguna tendría complicaciones</td> <td>2 presentarían hematoma retroperitoneal que resolvería con manejo conservador</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces	Si no se realizara la prueba diagnóstica a 100 mujeres	Si se realizara la prueba diagnóstica	Efecto absoluto por 100 personas para una probabilidad pretest de 70% (IC 95%)	Falsos negativos	Todas recibirían tratamiento médico empírico	1 (1 a 4) no recibirían tratamiento médico temprano al realmente tener endometriosis	Falsos positivos	6 (5 a 7) recibirían tratamiento médico innecesariamente al realmente no tener endometriosis	Complicaciones	Ninguna tendría complicaciones	2 presentarían hematoma retroperitoneal que resolvería con manejo conservador	<p>Considerando una probabilidad pretest de 70%:</p> <p>Si se realizara laparoscopia diagnóstica a 100 mujeres en lugar de no realizarla, posiblemente 2 (IC95%: 1 a 4) no hubieran recibido tratamiento médico de forma temprana al realmente tener endometriosis.</p> <p>Como consecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se retrasaría el diagnóstico de endometriosis por lo que podría desarrollarse o agravarse el síndrome adherencial. Esto conllevaría a la persistencia del dolor y posible infertilidad. Especialmente en nuestro contexto, podría perderse el seguimiento a dichas mujeres por dificultades en el acceso a los servicios de salud (tiempos prolongado para citas, recursos). Podría haber implantación de los focos endometriosis a otros órganos. <p>Respecto a las complicaciones de la prueba diagnóstica, posiblemente 2 mujeres de cada 100 presentarían hematoma retroperitoneal. Además, se podrían presentar infección de herida operatoria, adherencias o conversión a laparotomía pero su ocurrencia es muy poco frecuente.</p> <p>El GEG consideró que los daños serían triviales (puesto que tanto las consecuencias de no brindar el tratamiento médico tempranamente y las complicaciones de la laparoscopia podrían ser poco frecuentes y potencialmente manejables).</p>
Desenlaces	Si no se realizara la prueba diagnóstica a 100 mujeres			Si se realizara la prueba diagnóstica										
		Efecto absoluto por 100 personas para una probabilidad pretest de 70% (IC 95%)												
Falsos negativos	Todas recibirían tratamiento médico empírico	1 (1 a 4) no recibirían tratamiento médico temprano al realmente tener endometriosis												
Falsos positivos		6 (5 a 7) recibirían tratamiento médico innecesariamente al realmente no tener endometriosis												
Complicaciones	Ninguna tendría complicaciones	2 presentarían hematoma retroperitoneal que resolvería con manejo conservador												
Certeza de la evidencia de los beneficios y daños de la prueba:														
¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los beneficios y daños de realizar la prueba diagnóstica?														
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales											

<ul style="list-style-type: none"> ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No se evaluaron estudios 	<p align="center">Desenlace</p>	<p align="center">Certeza de evidencia de la exactitud diagnóstica de la prueba</p>	<p align="center">Certeza de evidencia de los beneficios y daños de la prueba</p>	<p>La certeza general de la evidencia para el balance de beneficios y daños fue muy baja.</p>
	Verdaderos positivos	⊕⊕○○ BAJA	⊕○○○ MUY BAJA	
	Falsos negativos			
	Verdaderos negativos	⊕⊕○○ BAJA	⊕○○○ MUY BAJA	
	Falsos positivos			
	Complicaciones	No aplica	⊕○○○ MUY BAJA	
<p>Desenlaces importantes para los pacientes:</p> <p>¿La tabla SoF considera todos los desenlaces importantes para los pacientes?</p>				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> ● No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ○ Sí 			<p>El GEG consideró que no se evaluó el impacto clínico de la prueba en desenlaces como alivio del dolor, alivio de la dismenorrea, recurrencia de la endometriosis, infertilidad, infección de herida operatoria, injuria vascular, visceral o de órgano sólido.</p>	
<p>Balance de los efectos:</p> <p>¿El balance entre beneficios y daños favorece la intervención (uso de la prueba diagnóstica) y comparador (no uso de la prueba diagnóstica)?</p> <p>(tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)</p>				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece al comparador ○ Probablemente favorece al comparador ● No favorece a la intervención ni al comparador ○ Probablemente favorece a la intervención ○ Favorece a la intervención ○ Varía ○ Se desconoce 			<p>Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y desenlaces importantes, el balance probablemente no favorece a la intervención ni al comparador.</p>	
<p>Uso de recursos:</p> <p>¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) del uso de la prueba diagnóstica para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?</p>				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos elevados ● Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorros moderados ○ Ahorros extensos 	<p><u>Costo de la prueba índice por paciente:</u></p> <p>Aproximadamente 5000 soles incluyendo uso de la sala, personal profesional, instrumental, hospitalización, evaluaciones para riesgos quirúrgicos previos.</p>		<p>El GEG consideró que los costos aproximados de realizar laparotomía serían moderados.</p>	

<input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<p><u>Costo de la prueba índice por 1000 mujeres con endometriosis:</u></p> <p>Aproximadamente 5 000 000 soles.</p>	
<p>Equidad:</p> <p>¿Al preferir la intervención en lugar del comparador, se generará inequidad?</p> <p>(Inequidad: desfavorecer a poblaciones vulnerables como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</p>		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Reducido <input checked="" type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto <input type="radio"/> Probablemente incremente la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>El GEG consideró que al preferir realizar laparotomía en lugar de no realizarla y brindar terapia médica empírica, la equidad probablemente se reduzca en centros de salud en los cuales los laparoscopios son escasos y se requiera utilizarlos para el manejo de otras condiciones médicas. Además, puede que no todos los centros cuenten con los recursos humanos y logísticos necesarios para brindarla de forma temprana.</p>
<p>Aceptabilidad:</p> <p>Luego de conocer los efectos sobre los beneficios y daños, ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?</p>		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>Personal de salud:</p> <p>Probablemente una gran parte de los profesionales de salud no estaría de acuerdo en realizar laparoscopia en lugar de brindar primero terapia empírica.</p> <p>Pacientes:</p> <p>La aceptabilidad por parte de los pacientes podría ser variable ya que podrían valorar los potenciales daños de diferente manera.</p>
<p>Factibilidad:</p> <p>¿La intervención es factible de implementar?</p>		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>El seguro social cuenta con salas quirúrgicas, laparoscopios, y recursos humanos en los centros de atención especializada. Sin embargo, en algunos centros los laparoscopios son escasos y se debe evaluar si el personal de salud está capacitado para realizar el procedimiento. Por ello, si bien es probablemente factible de brindar, se deben determinar las barreras que dificulten su implementación</p>

		en cada centro de salud en donde se realice este procedimiento.
--	--	---

Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA DE LOS BENEFICIOS Y DAÑOS	Muy baja	Baja		Moderada	Alta		
CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
BALANCE DE BENEFICIOS / DAÑOS	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente no tenga impacto	Probablemente incremente la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL:	Recomendación fuerte en contra de la intervención (prueba diagnóstica índice)	Recomendación condicional en contra de la intervención (prueba diagnóstica índice)		Recomendación condicional a favor de la intervención (prueba diagnóstica índice)	Recomendación fuerte a favor de la intervención (prueba diagnóstica índice)		No emitir recomendación

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: En mujeres con resultado negativo en pruebas de imagen no invasivas pero en quienes persiste la alta sospecha clínica de endometriosis y que no tienen deseo de fertilidad inmediata, los beneficios de realizar la laparoscopia diagnóstica en lugar de no realizarla y brindar terapia médica empírica se consideraron triviales (puesto que si bien el número de mujeres en quienes se hubiera evitado el tratamiento médico innecesario al no tener realmente endometriosis fue importante, los eventos adversos del tratamiento médico en dichas mujeres serían poco frecuentes y, en caso se presentaran, serían generalmente manejables). Los daños también se consideraron triviales (puesto que la frecuencia de mujeres que no hubieran recibido tratamiento médico de forma temprana al realmente tener endometriosis fue baja, y tanto las consecuencias de no brindar el tratamiento médico tempranamente como las complicaciones de realizar la laparoscopia podrían ser poco frecuentes y potencialmente manejables). Sin embargo, los costos no serían justificables para los beneficios encontrados. Por ello, se emitió una recomendación en contra.</p> <p>Fuerza: La certeza de evidencia fue muy baja, y la aceptabilidad de la laparoscopia podría ser variable entre las pacientes pues no todas ellas valorarían los potenciales daños de la misma manera. Por ello, esta recomendación fue condicional.</p>	<p>En mujeres con resultado negativo en pruebas de imágenes no invasivas pero en quienes persiste la alta sospecha clínica de endometriosis y que no tienen deseo de fertilidad inmediata, sugerimos no realizar laparoscopia sólo con fines de diagnóstico de la enfermedad.</p> <p>Recomendación condicional en contra</p> <p>Certeza de la evidencia: Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)</p>

Puntos de BPC:

El GEG consideró relevante emitir los siguientes puntos de BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

Justificación	Punto de BPC
<p>El GEG consideró que se puede considerar realizar laparoscopia no solo con fines diagnósticos sino también terapéuticos considerando el deseo de gestación. Esto concuerda con lo enunciado por la GPC de la Sociedad Española de Fertilidad (26).</p>	<p>En mujeres con resultado negativo en pruebas de imágenes no invasivas, habiéndose excluidos otros diagnósticos, pero en quienes persiste la alta sospecha clínica de endometriosis, y tienen deseo de gestación inmediata y/o infertilidad, se podrá considerar realizar laparoscopia con fines diagnósticos y terapéuticos luego de discutir los beneficios y daños del procedimiento.</p>
	<p>En mujeres con resultado negativo en pruebas de imágenes no invasivas pero que persiste la alta sospecha clínica de</p>

	<p>endometriosis y no tienen deseo de fertilidad inmediata, se podrá considerar realizar laparoscopia con fines diagnósticos y terapéuticos luego de discutir los beneficios y daños del procedimiento. Para esto se deben cumplir alguna de las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando la paciente tenga contraindicaciones para el uso de la terapia médica empírica. • Cuando no haya respuesta a la terapia médica empírica.
<p>El GEG consideró que durante la laparoscopia se deben realizar biopsias para enviarlas a patología ya que si bien suele haber concordancia del diagnóstico visual de endometriosis entre laparoscopistas, un estudio encontró que la histopatología descartó el diagnóstico en 20% de los casos en los que hubo concordancia (39). En suma, se ha descrito que la histología confirmó el diagnóstico de endometriosis entre el 34.5% (38) y 75% (40) de las veces en mujeres con sospecha de esta condición.</p> <p>Además, el GEG consideró que se puede considerar recolectar biopsias de los lugares más frecuentes en donde suele presentarse la endometriosis (ligamentos uterosacro, anchos y redondo, tabique rectovaginal, fondo de saco de Douglas, serosa del útero, trompas de Falopio, y cuello uterino) (41) ya que un estudio confirmó histopatológicamente el diagnóstico en 0.8% de mujeres sin lesiones evidentes a la inspección visual durante la laparoscopia (38).</p>	<p>En caso decida realizar la laparoscopia, realice biopsias de las lesiones sugestivas de endometriosis para enviarlas a patología. En caso la inspección visual sea negativa, considere tomar biopsias de los lugares más frecuentes en donde suele presentarse la endometriosis (ligamentos uterosacos, tabique rectovaginal, y fondo de saco de Douglas).</p>