

Pregunta 6: En mujeres con diagnóstico de endometriosis, ¿se debería indicar tratamiento quirúrgico para el manejo de la enfermedad?

Introducción

La cirugía es un tratamiento invasivo que generalmente se reserva para casos severos de endometriosis. Esta puede ser realizada con laparotomía o laparoscopia, aunque la laparoscopia es ahora considerada como el procedimiento de rutina. Este procedimiento involucra la escisión o ablación de las lesiones utilizando diversas técnicas. Esta cirugía tiene como objetivo tratar las causas estructurales del dolor, infertilidad y otros síntomas asociados con endometriosis (56). Sin embargo, esto no necesariamente se traduzca en beneficios reales para las mujeres, por lo que se priorizó la evaluación de los beneficios y daños de la cirugía para el tratamiento de endometriosis.

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
6.1	Mujeres con diagnóstico de endometriosis	Laparoscopia / Placebo o no tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Dismenorrea • Dispareunia • Analgesia suplementaria • Efectos no deseados del tratamiento

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**). La GPC de NICE 2017 (27) realizó RS para esta pregunta. Así mismo, en la búsqueda de RS publicadas como artículo científico se halló la RS de Bafort 2020 (56) y Leonardi 2019 (57).

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios
NICE 2017	13/16	Noviembre 2016	4	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Nacido vivo o continuación de embarazo • Dismenorrea • Dispareunia • Calidad de Vida
Bafort 2020	13/16	Abril 2020	6	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Pérdida del embarazo • Calidad de Vida • Eventos adversos
Leonardi 2019	12/16	Mayo 2019	6	<ul style="list-style-type: none"> • Dispareunia • Dismenorrea • Eventos adversos

Evidencia por cada desenlace:

PICO 1: Laparoscopia operatoria (de tratamiento) vs laparoscopia diagnóstica

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mejoría del Dolor a los 6 meses:
 - Para este desenlace se contó con la RS de la guía NICE 2017 (58)
 - Para este desenlace, la RS de NICE 2017 encontró 2 ECA, (n=85). Este tuvo las siguientes características:
 - **La población** fueron mujeres con síntomas sugestivos de endometriosis (diferentes severidades) en asociación con evidencia histológica y/o clínica al momento de la cirugía.
 - **La intervención** fue laparoscopia operatoria: escisión 1(ECA) y/o ablación (1 ECA).
 - **El comparador** fue laparoscopia diagnóstica con o sin biopsia.
 - **El desenlace** fue dolor medido con Escala Visual Análoga (EVA) del 0 al 100 evaluada a diario por un mes cada tres meses (1 ECA), EVA del 0 al 100 a los 6 meses post cirugía (1 ECA). No se reporta un punto de corte.
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de NICE 2017 (58), debido a que la RS de Bafort 2020 (56) actualizó la búsqueda a abril 2020 y no halló ningún estudio nuevo de relevancia.
- Dolor a los 6 meses:
 - Para este desenlace se contó con tres RS: de la guía NICE 2017 (58), la RS de Bafort 2020 (56) y Leonardi 2019 (57).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Bafort (56) por ser una de las de mejor calidad e incluir más estudios.
 - Para este desenlace, la RS de Bafort (56) encontró 1 ECA, (n=16). Este tuvo las siguientes características:
 - **La población** fueron mujeres con síntomas sugestivos de endometriosis (diferentes severidades) en asociación con evidencia histológica y/o clínica al momento de la cirugía. Algunas presentaban problemas de fertilidad.
 - **La intervención** fue laparoscopia operatoria: escisión (2 ECA) y/o ablación (1 ECA).
 - **El comparador** fue laparoscopia diagnóstica con o sin biopsia.
 - **El desenlace** fue dolor medido con cuestionario de 30 preguntas y 5 escalas reportado de manera incierta (1ECA), Escala Visual Análoga (EVA) del 0 al 100 evaluada a diario por un mes cada tres meses (1 ECA), EVA del 0 al 100 a los 6 meses post cirugía (1 ECA).
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Bafort 2020 (56), debido que la búsqueda fue reciente (abril de 2020)
- Dismenorrea:
 - Para este desenlace se contó con dos RS: de la guía NICE 2017 (58) y Leonardi 2019 (57).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de NICE 2017 (58) por ser la de mejor calidad metodológica.

- Para este desenlace, la RS de NICE 2017 encontró 1 ECA, (n=39). Este tuvo las siguientes características:
 - **La población** fueron mujeres con síntomas sugestivos de endometriosis (diferentes severidades) en asociación con evidencia histológica al momento de la cirugía.
 - **La intervención** fue laparoscopia operatoria: escisión.
 - **El comparador** fue laparoscopia diagnóstica con o sin biopsia.
 - **El desenlace** fue dolor medido con Escala Visual Análoga (EVA) del 0 al 100 a los 6 meses post cirugía.
- El GEG no consideró necesario actualizar la RS de NICE2017 (58), debido que la RS de Leonardi 2019 (57) actualizó la búsqueda a mayo 2019 y no halló ningún estudio nuevo de relevancia.
- Dispareunia:
 - Para este desenlace se contó con dos RS: de la guía NICE 2017 (58) y Leonardi 2019 (57).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de NICE 2017 (58) por ser la de mejor calidad metodológica.
 - Para este desenlace, la RS de NICE 2017 encontró 1 ECA, (n=39). Este tuvo las siguientes características:
 - **La población** fueron mujeres con síntomas sugestivos de endometriosis (diferentes severidades) en asociación con evidencia histológica al momento de la cirugía.
 - **La intervención** fue laparoscopia operatoria: escisión.
 - **El comparador** fue laparoscopia diagnóstica con o sin biopsia.
 - **El desenlace** fue dolor medido con Escala Visual Análoga (EVA) del 0 al 100 a los 6 meses post cirugía.
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de NICE2017 (58), debido que la RS de Leonardi 2019 (57) actualizó la búsqueda a mayo 2019 y no halló ningún estudio nuevo de relevancia.
- Calidad de Vida Mental y Física:
 - Para este desenlace se contó con dos RS: de la guía NICE 2017 (58) y la RS de Bafort 2020 (56).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Bafort (56) por ser una de las de mejor calidad.
 - Para este desenlace, la RS de RS de Bafort encontró 1 ECA, (n=39). Este tuvo las siguientes características:
 - **La población** fueron mujeres con síntomas sugestivos de endometriosis (diferentes severidades) en asociación con evidencia histológica al momento de la cirugía.
 - **La intervención** fue laparoscopia operatoria: escisión.
 - **El comparador** fue laparoscopia diagnóstica con o sin biopsia.
 - **El desenlace** fue medido con cuestionario SF-12.
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Bafort 2020 (56), debido que la búsqueda fue reciente (abril de 2020).
- Pérdida del embarazo:

- Para este desenlace se contó con tres RS: de la guía NICE 2017 (58), la RS de Bafort 2020 (56) y Leonardi 2019 (57).
- Se decidió tomar como referencia la RS de Bafort 2020 (56) por ser una de las de mejor calidad y la más actual.
- Para este desenlace, la RS de Bafort 2020 encontró 2 ECA, (n=112). Este tuvo las siguientes características:
 - **La población** fueron mujeres infértiles con endometriosis confirmada.
 - **La intervención** fue laparoscopia operatoria: escisión o ablación.
 - **El comparador** fue laparoscopia diagnóstica.
 - **El desenlace** fue definido como embarazo ectópico, aborto u óbito fetal en un ECA, el otro no reportó definición.
- El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Bafort 2020 (56), debido que la búsqueda fue reciente (abril de 2020).

- **Efectos adversos quirúrgicos: Injuria de órgano sólido:**
 - Para este desenlace se contó con dos RS: la RS de Bafort 2020 (56) y Leonardi 2019 (57).
 - Se decidió tomar como referencia la RS Bafort 2020 (56), debido a era la de mayor calidad metodológica.
 - Para este desenlace, la RS de Bafort 2020 (56) encontró 1 ECA (n=39). Las características de dicho estudio se reportaron anteriormente.
 - **La población** fueron mujeres con síntomas sugestivos de endometriosis (diferentes severidades) en asociación con evidencia histológica al momento de la cirugía.
 - **La intervención** fue laparoscopia operatoria: escisión.
 - **El comparador** fue laparoscopia diagnóstica.
 - **El desenlace** efectos adversos incluía injuria de órgano sólido.
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Bafort 2020 (56), debido que la búsqueda fue reciente (abril de 2020).

- **Efectos adversos quirúrgicos: Transfusión sanguínea:**
 - Para este desenlace se contó con dos RS: la RS de Bafort 2020 (56) y Leonardi 2019 (57).
 - Se decidió tomar como referencia la RS Bafort 2020 (56), debido a era la de mayor calidad metodológica.
 - Para este desenlace, la RS de Bafort 2020 (56) encontró 1 ECA (n=39). Las características de dicho estudio se reportaron anteriormente.
 - **La población** fueron mujeres con síntomas sugestivos de endometriosis (diferentes severidades) en asociación con evidencia histológica al momento de la cirugía.
 - **La intervención** fue laparoscopia operatoria: escisión.
 - **El comparador** fue laparoscopia diagnóstica.
 - **El desenlace** efectos adversos incluía transfusión sanguínea.
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Bafort 2020 (56), debido que la búsqueda fue reciente (abril de 2020).

- **Efectos adversos quirúrgicos: Injuria vascular:**

- Para este desenlace se contó con dos RS: la RS de Bafort 2020 (56) y Leonardi 2019 (57).
- Se decidió tomar como referencia la RS Bafort 2020 (56), debido a era la de mayor calidad metodológica.
- Para este desenlace, la RS de Bafort 2020 (56) encontró 2 ECA (n=487). Las características de dicho estudio se reportaron anteriormente.
 - **La población** fueron mujeres con infertilidad y diagnóstico de endometriosis al momento de la cirugía.
 - **La intervención** fue laparoscopia operatoria: escisión o ablación.
 - **El comparador** fue laparoscopia diagnóstica.
 - **El desenlace** efectos adversos incluía injuria vascular.
- El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Bafort 2020 (56), debido que la búsqueda fue reciente (abril de 2020).
- Efectos adversos quirúrgicos: Injuria visceral:
 - Para este desenlace se contó con dos RS: la RS de Bafort 2020 (56) y Leonardi 2019 (57).
 - Se decidió tomar como referencia la RS Bafort 2020 (56), debido a era la de mayor calidad metodológica.
 - Para este desenlace, la RS de Bafort 2020 (56) encontró 2 ECA (n=487). Las características de dicho estudio se reportaron anteriormente.
 - **La población** fueron mujeres con infertilidad y diagnóstico de endometriosis al momento de la cirugía.
 - **La intervención** fue laparoscopia operatoria: escisión o ablación.
 - **El comparador** fue laparoscopia diagnóstica.
 - **El desenlace** efectos adversos incluía injuria visceral.
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Bafort 2020 (56), debido que la búsqueda fue reciente (abril de 2020).
- Efectos adversos quirúrgicos: infección:
 - Para este desenlace se contó con dos RS: la RS de Bafort 2020 (56) y Leonardi 2019 (57).
 - Se decidió tomar como referencia la RS Bafort 2020 (56), debido a era la de mayor calidad metodológica.
 - Para este desenlace, la RS de Bafort 2020 (56) encontró 2 ECA (n=487). Las características de dicho estudio se reportaron anteriormente.
 - **La población** fueron mujeres con infertilidad y diagnóstico de endometriosis al momento de la cirugía.
 - **La intervención** fue laparoscopia operatoria: escisión o ablación.
 - **El comparador** fue laparoscopia diagnóstica.
 - **El desenlace** efectos adversos incluía infección.
 - El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Bafort 2020 (56), debido que la búsqueda fue reciente (abril de 2020).
- Efectos adversos quirúrgicos: conversión a laparotomía:
 - Para este desenlace se contó con dos RS: la RS de Bafort 2020 (56) y Leonardi 2019 (57).
 - Se decidió tomar como referencia la RS Bafort 2020 (56), debido a era la de mayor calidad metodológica.

- Para este desenlace, la RS de Bafort 2020 (56) encontró 1 ECA (n=314). Las características de dicho estudio se reportaron anteriormente.
 - **La población** fueron mujeres con infertilidad y diagnóstico de endometriosis al momento de la cirugía.
 - **La intervención** fue laparoscopia operatoria: escisión o ablación.
 - **El comparador** fue laparoscopia diagnóstica.
 - **El desenlace** efectos adversos incluía infección.
- El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Bafort 2020 (56), debido que la búsqueda fue reciente (abril de 2020).

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

Población: Mujeres con síntomas sugestivos de endometriosis con evidencia histológica o clínica al momento de cirugía. Intervención: Laparoscopia operatoria (escisión o ablación) Comparador: Laparoscopia diagnóstica Autores: Naysha Becerra-Chauca, NICE 2017, Bafort 2020 Bibliografía por desenlace: <ul style="list-style-type: none"> • Mejoría del dolor a los 6 meses: NICE 2017 • Dolor a los 6 meses: Bafort 2020 • Dismenorrea: NICE 2017 • Dispareunia: NICE 2017 • Calidad de vida – Mental: Bafort 2020 • Calidad de Vida – Física: Bafort 2020 • Pérdida de embarazo: Bafort 2020 • Efectos adversos: Bafort 2020 							
Beneficios:							
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Comparador: Laparoscopia diagnóstica	Intervención: Laparoscopia operatoria	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Importancia
Mejoría de dolor a los 6 meses	2 ECA	ECA Tutunaru 2006: 399 más de 1000 (de 99 a 870 más) ECA Abbott 2004: 483 más de 1000 (de 82 a 1000 más)				⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	CRÍTICO
Dolor a los 6 meses	1 ECA	Media: 1 punto	Media: 1.9 puntos	-	DM: 0.90 puntos (0.31 a 1.49 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{c,d}	CRÍTICO
Dismenorrea	1 ECA	Media: 23.6 puntos	Media: 26 puntos	-	DM: 2.40 puntos (-6.18 a 10.98)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	CRÍTICO
Dispareunia	1 ECA	Media: 10.5 puntos	Media: 16.8 puntos	-	DM: 6.30 puntos (-8.10 a 20.78)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	CRÍTICO
Calidad de Vida - Mental (a los 6 meses)	1 ECA	Media: 45.3 puntos	Media: 47.6 puntos	-	DM: 2.30 puntos (-4.50 a 9.10)	⊕⊕○○ BAJA ^d	CRÍTICO
Calidad de Vida – Física (a los 6 meses)	1 ECA	Media: 45.5 puntos	Media: 48.3 puntos	-	DM: 2.70 puntos (-2.90 a 8.30)	⊕⊕○○ BAJA ^d	CRÍTICO
Pérdida de Embarazo	2 ECA	8/42 (19%)	13/70 (18.6)	OR: 0.94 (0.35 a 2.54)	9 menos por 1000 (de 114 menos a 184 más)	⊕⊕○○ BAJA ^d	CRÍTICO
Daños:							
Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Comparador: Laparoscopia diagnóstica	Intervención: Laparoscopia operatoria	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Importancia
Efectos adversos quirúrgicos (EAQ): Injuria de órgano sólido	1 ECA	0/19	1/20	OR: 3.00 (0.11 a 78.27)	86 más por 1,000 (de 44 menos a 755 más)	⊕⊕○○ BAJA ^e	CRÍTICO
EAQ: Transfusión sanguínea	1 ECA	0/19	1/20	OR: 3.00 (0.11 a 78.27)	86 más por 1,000 (de 44 menos a 755 más)	⊕⊕○○ BAJA ^e	CRÍTICO
EAQ: Injuria vascular	2 ECA	1/242	0/245	OR: 0.33 (0.01 a 8.05)	3 menos por 1000 (de 4 menos a 28 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,e}	CRÍTICO
EAQ: Injuria Visceral	2 ECA	0/242	1/245	OR: 2.97 (0.12 a 73.30)	26 más por 1,000 (de 16 menos a 126 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,e}	CRÍTICO
EAQ: Infección	2 ECA	6/242	10/245	OR: 1.68 (0.60 a 4.72)	16 más por 1000 (de 10 menos a 82 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,f}	CRÍTICO
EAQ: Conversión a Laparotomía	1 ECA	0/172	0/169	No estimado	-	⊕⊕○○ BAJA ^e	CRÍTICO

IC: Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo, **DM:** Diferencia de medias

Explicaciones de la certeza de evidencia:

- a. Se decidió disminuir un nivel por riesgo de sesgo debido a que la mitad de los estudios tuvo riesgo de sesgo incierto en la generación de la secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación, cegamiento, reporte selectivo y datos incompletos.
- b. Se decide disminuir un nivel por imprecisión debido al pequeño tamaño de la muestra (menor a 300).
- c. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo debido a datos incompletos
- d. Se disminuyó dos niveles por imprecisión debido a limitado número de participantes o amplio Intervalo de confianza.
- e. Se disminuyó dos niveles por imprecisión debido a que no hubo o hubo pocos eventos y al limitado número de participantes.
- f. Se decide disminuir un nivel por imprecisión debido al pequeño número de eventos.

Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):

Presentación:

Pregunta 6: En mujeres con diagnóstico de endometriosis, ¿se debería indicar tratamiento quirúrgico para el manejo de la enfermedad?	
Población:	Mujeres con diagnóstico de endometriosis
Intervenciones a comparar:	Cirugía (escisión o ablación) vs No cirugía
Desenlaces principales:	<ul style="list-style-type: none"> Mejoría del dolor a los 6 meses Dolor a los 6 meses Dismenorrea Dispareunia Calidad de vida – Mental Calidad de Vida – Física Pérdida de embarazo Efectos adversos
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica – poblacional
Conflictos de intereses:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

Beneficios:					
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input checked="" type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	<p>La evidencia muestra que la cirugía posiblemente mejoraría el dolor a los 6 meses; sin embargo, también muestra que posiblemente no tenga efecto sobre dismenorrea, dispareunia, calidad de vida y pérdida del embarazo cuando no se considera el fenotipo de la endometriosis.</p> <p>Debido a que los estudios no reportan adecuadamente el grado de severidad de la condición de las participantes, el GEG considera que la evidencia no necesariamente refleja los beneficios en las diferentes severidades de la condición.</p> <p>Por ende, el GEG consideró realizar cirugía laparoscópica tiene beneficios; sin embargo, estos serían variables de acuerdo a la severidad de la enfermedad.</p>
Mejoría de dolor a los 6 meses	2 ECA	ECA Tutunaru 2006: 399 más de 1000 (de 99 a 870 más) ECA Abbott 2004: 483 más de 1000 (de 82 a 1000 más)			
Dolor a los 6 meses	1 ECA	-	DM: 0.90 puntos (0.31 a 1.49 más)		
Dismenorrea	1 ECA	-	DM: 2.40 puntos (-6.18 a 10.98)		
Dispareunia	1 ECA	-	DM: 6.30 puntos (-8.10 a 20.78)		
Calidad de Vida - Mental (a los 6 meses)	1 ECA	-	DM: 2.30 puntos (-4.50 a 9.10)		
Calidad de Vida – Física (a los 6 meses)	1 ECA	-	DM: 2.70 puntos (-2.90 a 8.30)		
Pérdida de Embarazo	2 ECA	OR: 0.94 (0.35 a 2.54)	9 menos por 1000 (de 114 menos a 184 más)		
Daños:					
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Trivial <input checked="" type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	<p>La evidencia sobre los daños de la cirugía laparoscópica con no hacerla es incierta y, señala que, posiblemente, hacer la cirugía no sería más dañino que no hacerla, pero los estudios no reportaron adecuadamente sobre la severidad de la condición de los participantes.</p> <p>El GEG considera que el tamaño de los daños variaría dependiendo de la severidad de la enfermedad y complejidad de la cirugía.</p>
EAQ: Injuria de órgano sólido	1 ECA	OR: 3.00 (0.11 a 78.27)	0 menos de 1000 (de 0 menos a 0 menos)		
EAQ: Transfusión sanguínea	1 ECA	OR: 3.00 (0.11 a 78.27)	0 menos de 1000 (de 0 menos a 0 menos)		

EAQ: Injuria vascular	2 ECA	OR: 0.33 (0.01 a 8.05)	3 menos por 1000 (de 4 menos a 28 más)	Por ende, el GEG considera que los daños varían.
EAQ: Injuria Visceral	2 ECA	OR: 2.97 (0.12 a 73.30)	0 menos por 1000 (de 0 menos a 0 menos)	
EAQ: Infección	2 ECA	OR: 1.68 (0.60 a 4.72)	16 más por 1000 (de 10 menos a 82 más)	
EAQ: Conversión a Laparotomía	1 ECA	No estimable		

Certeza de la evidencia:
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?

Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
	Desenlaces (outcomes)	Certeza	Importancia	
<ul style="list-style-type: none"> ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No se evaluaron estudios 	Mejoría de dolor a los 6 meses	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	CRÍTICO	Entre los outcomes críticos (alivio del dolor y efectos indeseados del tratamiento), se consideró el que tuvo menor certeza de evidencia (muy baja).
	Dolor a los 6 meses	⊕○○○ MUY BAJA ^{c,d}	CRÍTICO	
	Dismenorrea	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	CRÍTICO	
	Dispareunia	⊕⊕⊕○ MODERADA ^b	CRÍTICO	
	Calidad de Vida -Mental (a los 6 meses)	⊕⊕○○ BAJA ^d	CRÍTICO	
	Calidad de Vida - Física (a los 6 meses)	⊕⊕○○ BAJA ^d	CRÍTICO	
	Pérdida de Embarazo	⊕⊕○○ BAJA ^d	CRÍTICO	
	EAQ: Injuria de órgano sólido	⊕⊕○○ BAJA ^e	CRÍTICO	
	EAQ: Transfusión sanguínea	⊕⊕○○ BAJA ^e	CRÍTICO	
	EAQ: Injuria vascular	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,e}	CRÍTICO	
	EAQ: Injuria Visceral	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,e}	CRÍTICO	
	EAQ: Infección	⊕⊕○○ BAJA ^{a,f}	CRÍTICO	
EAQ: Conversión a Laparotomía	⊕⊕○○ BAJA ^e	CRÍTICO		

Desenlaces importantes para los pacientes:		
¿La tabla SoF considera todos los desenlaces importantes para los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí		El GEG consideró que existen otros desenlaces importantes para los pacientes como el desempeño en actividades diarias, satisfacción con el tratamiento, entre otros; sin embargo, no se dispone de información sobre ello (44). Por ende, probablemente no se consideraron todos los desenlaces importantes.
Balance de los efectos:		
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Favorece al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece al comparador <input type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input checked="" type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input type="radio"/> Favorece a la intervención <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		A pesar que el tamaño de los beneficios variaría, el GEG concuerda que la realización de la cirugía laparoscópica es disminuye el dolor, y esto superaría los potenciales daños. Sin embargo, dado que este balance podría diferir para ciertas subpoblaciones con diferente grado de severidad, el GEG concluyó que el balance probablemente favorece a realizar la cirugía laparoscópica.
Uso de recursos:		
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input checked="" type="radio"/> Costos elevados <input type="radio"/> Costos moderados <input type="radio"/> Intervención y comparador cuestan similar <input type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		Conocer los costos exactos de la cirugía sería dificultoso; sin embargo el GEG consideró que los costos de la cirugía frente a no hacer la cirugía serían elevados.
Equidad:		
¿Al preferir la intervención en lugar del comparador, se generará inequidad? (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)		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto <input type="radio"/> Probablemente incrementa la equidad <input checked="" type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG considera que la cirugía es una opción terapéutica para aquellas mujeres que no están satisfechas con el resultado del tratamiento médico. Asimismo, la posibilidad de acceder a ella aumentaría la equidad en esta población desde ya vulnerable.
Aceptabilidad:		
¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		Personal de salud: - Estarían dispuestos a ofrecer cirugía si la paciente no ha resultado satisfecha con el tratamiento médico. Pacientes:

		<p>- Probablemente estarían dispuestas atravesar una cirugía, con todos los riesgos que conlleva, si es que no han evidenciado beneficio con otros tratamientos. EL GEG considera que la aceptabilidad de la cirugía debe darse en el marco de una toma de decisiones informada entre la paciente y médico tratante. No todas las mujeres aceptarían la cirugía.</p> <p>Se hizo una votación y la mayoría del panel consideró que sí sería una intervención aceptable, solo dos de ellos consideraron que era probablemente aceptable.</p>
Factibilidad:		
¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>Debido a que en EsSalud actualmente se realiza esta cirugía, esta sí sería factible.</p> <p>El GEG considera que la implementación debe darse contemplando que la cirugía debería ser realizada por personal debidamente capacitado.</p>

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	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
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 despreciables	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: SI LA PREGUNTA ES	Recomendación fuerte en	Recomendación condicional en		Recomendación condicional a	Recomendación fuerte a favor	No emitir recomendación	

JUICIOS						
SOBRE USAR O NO UNA INTERVENCIÓN	contra de la intervención	contra de la intervención		favor de la intervención	de la intervención	

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: El GEG considera que los potenciales beneficios superarían a los posibles riesgos de la cirugía y, además, incrementaría la equidad especialmente en mujeres en las que el tratamiento médico no ha sido satisfactorio. Por ende, el GEG decide emitir una recomendación a favor.</p> <p>Fuerza: Debido a que la certeza de la evidencia global fue muy baja y la aceptabilidad fue variable el GEG emite una recomendación condicional.</p>	<p>En mujeres con diagnóstico de endometriosis con tratamiento médico insatisfactorio, sugerimos ofrecer tratamiento quirúrgico, priorizando la laparoscópica (considerando los recursos disponible y comunicando los potenciales riesgos y beneficios de la misma). El manejo quirúrgico debe ser realizado por un grupo multidisciplinario capacitado y en establecimientos que cuenten con la logística para el abordaje y recuperación de los pacientes.</p> <p>Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy Baja (⊕⊕⊕⊕)</p>

Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

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

Justificación	BPC
Debido a que la cirugía es un tratamiento invasivo, el GEG considera importante señalar en qué situaciones sería adecuado ofrecer este tratamiento. Siguiendo los lineamientos de la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (59), se enlistan las indicaciones para la cirugía laparoscópica para mujeres con diagnóstico de endometriosis.	<p>En mujeres con diagnóstico de endometriosis, las indicaciones para el tratamiento quirúrgico para la endometriosis son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento médico refractario • Contraindicaciones al uso o efectos adversos severos de tratamiento médico. • Negativa a usar tratamiento médico. • Rotura de endometrioma o torsión ovárica • Enfermedad invasiva grave del intestino, la vejiga, los uréteres o los nervios pélvicos
La evidencia sobre el tratamiento médico después de la cirugía es inconclusa; sin embargo, se observa una tendencia a disminuir la probabilidad de recurrencia de los síntomas (60, 61). Por ende, el GEG considero importante incluir el tratamiento hormonal después de la cirugía laparoscópica para endometriosis, por lo sugiere la GPC de ESHRE de 2022 (62).	En mujeres sin deseo de gestación inmediata, se indicará anticonceptivos orales combinados o de solo progestina a largo plazo después de la cirugía.
La técnica quirúrgica a usar podría afectar el resultado de la cirugía; sin embargo, según RS recientes, no se ha encontrado diferencias entre la técnica de escisión y ablación en mujeres con	En mujeres con diagnóstico de endometriosis (superficial o profunda) o endometrioma con indicación de cirugía, se debería usar la técnica de escisión.

<p>endometriosis (63). El GEG considera que se debe priorizar la técnica de escisión debido a que esta técnica puede ser usada tanto en lesiones superficiales como profundas.</p> <p>En el caso de endometrioma, también se debería considerar la escisión, como lo señala la GPC de NICE 2017 (58) debido a que provee un mejor resultado que el drenaje o la ablación, pero se debe tener en cuenta que la evidencia su efecto sobre la fertilidad, aun es muy incierta (64).</p>	
<p>La endometriosis profunda puede afectar las paredes pélvicas, vagina, intestinos, uréteres, lo que dificulta su manejo quirúrgico. Asimismo, no hay evidencia suficiente de la efectividad de la intervención sobre los síntomas de la enfermedad. Por ende, el GEG considera, en coherencia con otras guías internacionales (33, 58, 62, 65), que la decisión de manejo quirúrgico debe ser tomada de manera compartida con la paciente, informando de la complejidad de la cirugía y los mayores riesgos que esto implicaría.</p> <p>Asimismo, el GEG acuerda que el abordaje quirúrgico de esta población debería priorizar la escisión de las lesiones antes de la resección de partes de órganos (intestino) debido a mejores resultados de funcionalidad vesical e intestinal.</p>	<p>En mujeres con diagnóstico de endometriosis y hallazgos de endometriosis profunda, la decisión de realizar intervención quirúrgica debe ser tomada de manera conjunta con la paciente, teniendo en cuenta que la complejidad de la cirugía incrementa los riesgos. Si se decide realizar la cirugía, se priorizará la técnica más conservadora, es decir, la escisión, en lugar de resección intestinal, dependiendo del tamaño de la lesión y multifocalidad.</p>
<p>Diferentes estudios primarios han comparado las técnicas quirúrgicas para el abordaje del endometrioma con el objetivo de minimizar el daño ovárico. En este caso se decidió especificar que se debe realizar una cistectomía ya que la cistectomía reduce la recurrencia del endometrioma y el dolor asociado con la endometriosis, así como se especifica en la GPC de ESHRE de 2022 (62).</p>	<p>En mujeres con endometrioma de ovario, se debe realizar una cistectomía en lugar de drenaje y coagulación.</p>