

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Resumen de evidencias y recomendaciones

Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia
endometrial en mujeres post-menopáusicas en
el segundo nivel de atención

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro **SSA-223-09**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://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 variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las 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: **Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia endometrial en mujeres postmenopáusicas en el segundo nivel de atención, México: Secretaría de Salud; 2009.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

CIE 10 N85 O Otros trastornos no inflamatorios del útero, excepto del cuello
N 850 Hiperplasia de la glándula del endometrio

Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia endometrial en mujeres post-menopáusicas en el segundo nivel de atención.

Coordinadores			
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez	Maestra en Ciencias Médicas con especialidad en Fisiología		Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud de Durango
Autores			
Dra. Magdalena Centeno	Maestra en Salud Pública	Directora de Planeación y Desarrollo del Estado de Durango	Servicios de Salud del Estado de Durango
Dra. María de la Paz Hernández Mañón	Médico Ginecoobstetra	Hospital General Gómez Palacio, Dgo.	Ginecoobstetra del Hospital General de Gómez Palacio, Dgo.
Dr. Héctor Rogelio Castañeda Escobedo	Médico General Vasectomista	Gestor Médico del Seguro Popular	Jurisdicción Sanitaria No. 2
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	Médico Ginecoobstetra	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Asesora de Guías de Práctica Clínica
Validación interna			
Dr. Sergio Arturo López Reyes	Médico Ginecoobstetra	Hospital General Gómez Palacio	Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia
Validación externa			
Dr. Jesús Carlos Briones Garduño	Ginecología y obstetricia. Medicina crítica	Academia Mexicana de Cirugía	
Dr. Rafael Gerardo Buitrón García Figueroa	Ginecología y obstetricia	Academia Mexicana de Cirugía	
Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández	Ginecología y obstetricia. Cirugía oncológica. Biología de la reproducción	Academia Mexicana de Cirugía	

ÍNDICE

1. Clasificación	5
2. Preguntas a responder por esta Guía	6
3. Aspectos generales	7
3.1 Justificación	7
3.2 Objetivo de esta Guía	8
3.3 Definición	9
4. Evidencias y recomendaciones	10
4.1 Prevención secundaria	11
4.1.1 Detección	11
4.1.1.1 Factores de Riesgo	11
4.1.1.2 tamizaje	13
4.1.1.3 historia clínica	13
4.1.1.4 Diagnóstico temprano	14
4.1.1.4.1 Métodos diagnósticos	14
4.1.1.5 Estudios de imagen	16
4.2 Tratamiento	17
4.1.1.5 Estudios de Imagen	21
4.2. Tratamiento	22
4.2.1 Tratamiento farmacológico	22
4.2.2 Tratamiento quirúrgico	22
5. anexos	24
Anexo VIII. Definiciones Operativas	58
6. Bibliografía	60
7. Agradecimientos	61
8. Comité Académico	63
9. Directorio	64
10. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica	65

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro			
Profesionales de la salud	Médico General Médico Endocrinólogo	Medico General Médico de urgencias	Médico Ginecólogo y Obstetra
Clasificación de la enfermedad	N85.0 hiperplasia de glándula del endometrio 85.0 hiperplasia del endometrio de acuerdo, de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión, CIE 10		
Categoría de gpc	Segundo nivel de atención	Consejería Evaluación Diagnóstico y tamizaje	Pronóstico Tratamiento
Usuarios potenciales	Personal de eenfermería Personal de salud en servicio social Personal médico en formación	Médico general Médico familiar Médico gineco-obstetra Patólogos	Trabajadores sociales Psicólogo Médicos especialistas
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal Secretaría de Salud	Gobierno del Estado de Durango Servicios de salud de Durango.	
Población blanco	Mujeres postmenopáusicas		
Fuente de financiamiento/ patrocinador	Gobierno Federal Secretaría de Salud Servicios de salud de Durango		
Intervenciones y actividades consideradas	Examen ginecológico Examen ultrasonográfico vaginal Biopsia endometrial Histeroscopia	Legrado uterino Terapia hormonal	
Impacto esperado en salud	Contribuir con: Aumentar la tasa de diagnóstico temprano Identificar los factores de riesgo Incremento en la tasa de diagnóstico y de tratamiento Disminución de complicaciones		Referencia oportuna Selección adecuada de estudios de gabinete Selección adecuada de tratamiento médico/quirúrgico
Metodología ¹	Definición del enfoque de la gpc Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas: Guías seleccionadas: 4 publicadas durante los últimos 10 años ó actualizaciones realizadas en este período Validación del protocolo de búsqueda Adopción de Guías de Práctica Clínica Internacionales: 6 Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *		
Método de validación y adecuación	Validación del protocolo de búsqueda: José Alejandro Martínez Ochoa Validación interna: Dr. Sergio Arturo López Reyes Validación externa :		
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
Registro y actualización	Catálogo Maestro: GO-SS-2008	FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>	

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuál es la eficacia de la ultrasonografía transvaginal en el diagnóstico de Hiperplasia Endometrial en las mujeres post-menopáusicas?
2. ¿Cuál es la importancia diagnóstica de la Biopsia Endometrial en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?
3. ¿Puede emplearse el AMEU (aspiración manual endouterina) para la toma de biopsia con paciente ambulatoria?
4. ¿En qué momento se recomienda realizar la exploración ultrasonográfica en las mujeres post-menopáusicas?
5. ¿Cuál es el riesgo de que una mujer presente hiperplasia endometrial?
6. ¿Qué porcentaje de pacientes que presentan hiperplasia endometrial simple o atípica, están en riesgo de presentar cáncer endometrial?
7. ¿Cuáles son los criterios clínicos y diagnósticos para decidir el tratamiento farmacológico o quirúrgico en pacientes post-menopáusicas con hiperplasia Endometrial?
8. ¿Cuál es la importancia terapéutica de la Ablación Endometrial comparado con el tratamiento médico en pacientes post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?
9. ¿Cuál es el esquema terapéutico con mayor eficacia para el manejo conservador de la Hiperplasia Endometrial en mujeres post-menopáusicas?
10. ¿Cuál es el protocolo a seguir en el Segundo Nivel de Atención en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

Cerca del momento del comienzo de la menopausia, se produce una disminución de estrógeno circulante, la cual origina síntomas inaceptables que afectan la salud y el bienestar de las mujeres.

La terapia de reemplazo hormonal (con estrógeno sin oposición o terapias combinadas de estrógeno y progestágeno) constituye un método efectivo para el tratamiento de estos síntomas.

El estrógeno sin oposición, administrado a mujeres con el útero intacto, puede inducir la estimulación endometrial y aumentar el riesgo de hiperplasia endometrial y carcinoma. Este riesgo puede reducirse al agregar progestágeno, sin embargo, es posible que este agente, a su vez, ocasione ciertos síntomas como por ejemplo, sangrado vaginal y oligometrorragia, que pueden comprometer el cumplimiento con el tratamiento.

En Nueva Zelanda del 2 al 4% de las consultas de mujeres pre-menopáusicas, con el internista, es debido a problemas menstruales y el médico general remite 11% de las pacientes al especialista por problemas menstruales. *The working party accepted a grading of evidence recommended by the Department of Health, UK and endorsed by the National Health Service Executive, UK (Mann 1996).*

Mujeres con pérdida hemática menstrual importante (mayor de 80 ml por ciclo) tienen mayor probabilidad de que se convierta en deficiencia de hierro y anemia. *The working party accepted a grading of evidence recommended by the Department of Health, UK and endorsed by the National Health Service Executive, UK (Mann 1996).*

Cada año en Nueva Zelanda, siete mil mujeres tienen histerectomía: En mujeres pre-menopáusicas el 80% de estas, se deben al sangrado menstrual abundante. *The working party accepted a grading of evidence recommended by the Department of Health, UK and endorsed by the National Health Service Executive, UK (Mann 1996).*

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica “**Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia endometrial en mujeres post-menopáusicas 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:

- Identificar los diferentes métodos diagnósticos y la mayor eficacia de cada uno de ellos.
- Identificar los criterios clínicos para la realización de biopsia endometrial.
- Advertir los criterios adecuados para la selección de los tratamientos farmacológico, conservador y quirúrgico.
- Identificar adecuadamente los criterios de referencia.

Lo que 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 que constituye el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud.

3.3 DEFINICIÓN

La Hiperplasia Endometrial es un crecimiento excesivo del endometrio que se da por un estímulo mantenido de estrógenos endógenos y/o exógenos que no son contrarrestados por la acción de la progesterona.

Existen varias condiciones que pueden predisponer a esto, entre las cuales se encuentran la irregularidad menstrual (por anovulación, obesidad, diabetes, ovarios poliquísticos, entre otros) tumores productores de estrógenos, hiperplasia adrenocortical, mal diseño de la terapia estrogénica menopáusica, etc.

Se identifican dos tipos de hiperplasia:

- Hiperplasia endometrial de bajo riesgo: Este a su vez puede ser simple o compleja.
- Hiperplasia endometrial de alto riesgo: Identificadas como atípicas.

La hiperplasia simple es la más frecuente, produce un endometrio similar al proliferativo pero más acentuado a veces con formaciones quísticas, tiene un epitelio pseudoestratificado con numerosas mitosis, acentuado estroma y glándulas en proporción y su porcentaje de malignización es muy baja de 2 a 5%.

La hiperplasia compleja es menos frecuente y en el estudio de la lámina se ven glándulas tortuosas, a veces es mixta con áreas quísticas, tiene un epitelio pseudoestratificado con numerosas mitosis, mayor cantidad de glándulas que estroma y su malignización alcanza hasta el 8%.

La hiperplasia atípica o de alto riesgo es poco frecuente, habitualmente se presenta como hiperplasia compleja con atipias citológicas, a veces también es mixta con áreas quísticas, presenta un epitelio pseudoestratificado con numerosas mitosis, desorden epitelial con núcleos irregulares, se pierde la polaridad epitelial, se ven numerosas glándulas con escaso estroma, a veces glándulas sin estroma. Este tipo de hiperplasia puede malignizar hasta en un 30% de los casos.

Se puede asumir entonces que la tendencia de progresión de las hiperplasias, según su tipo, sería:

- Sin atipias: 80% desaparece, 19% persiste y 2% progresa a cáncer.
- Con atipias: 58% desaparece, 19% persiste y hasta un 28% puede progresar a cáncer.

El factor de progresión más importante: ATIPIAS.

Rev Cubana Obstet Ginecol 2003;29(3)
Rose, N Engl J Med 335(9):640-649 August 29, 1996

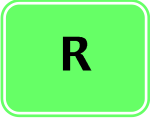
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden 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 graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:

	EVIDENCIA
	RECOMENDACIÓN
	EVIDENCIA Y RECOMENDACIÓN
	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.1.1 DETECCIÓN

4.1.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

El sangrado postmenopáusico debe de definirse como el sangrado espontáneo que ocurre después de un año de la fecha de la última menstruación.

C

Recomendación basada principalmente en un consenso y opinión de expertos.
Practice guideline 2006 Postmenopausal uterine bleeding

E

El riesgo absoluto de cáncer endometrial en mujeres que no usan terapia de reemplazo hormonal que presentan sangrado postmenopáusico es del 5.7% al 11.5%

2+ 3

Estudios bien realizados de casos y controles o estudios de cohorte con bajo riesgo de confundir o de sesgo y con probabilidad moderada que la relación es causal.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002

R

Buscar factores de riesgo para hiperplasia endometrial como Peso mayor o igual de 90 Kg, edad mayor o igual a 45 años, infertilidad más nuliparidad, exposición a estrógenos endógenos o exógenos sin oposición, historia familiar de cáncer endometrial o de colon, menopausia, diabetes mellitus, uso de tamoxifeno.

A

Recomendación de por lo menos un meta análisis, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados 1++ y directamente aplicables a la población en general.
SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Diagnosis of Endometrial Cancer in Women with Abnormal Vaginal Bleeding No. 86, February 2000.

E

La administración de estrógenos de forma aislada aumenta el riesgo de desarrollar hiperplasia y cáncer de endometrio.

1a

La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados
Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Menopausia y post-menopausia. Guía de práctica clínica. Barcelona, Mayo del 2004

E

La evidencia sobre factores de riesgo que son menos fuertes pero sugieren que hay grupos con riesgo potencial son: por ejemplo pacientes obesas con diabetes, mujeres con hipertensión; historia pasada de hiperestrogenismo (endógeno o exógeno).

2+3
Estudios bien realizados de casos y controles o estudios de cohorte con bajo riesgo de confundir o de sesgo y con probabilidad moderada que la relación es causal.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002

E

Los regímenes antiguos de terapia de reemplazo hormonal sin oposición al estrógeno presentaban un riesgo relativo de, carcinoma endometrial alrededor de 6 veces más después de cinco años de uso.

Los progestágenos se agregan a los regímenes de terapia de reemplazo hormonal para prevenir hiperplasia y el cáncer endometrial: Su inclusión reduce el riesgo relativo de cáncer endometrial alrededor de 1.5.

La protección se proporciona por 10 a 12 días de progestágenos cíclicos o regímenes combinados continuos.

1++
Meta análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002

E

Regímenes secuenciales o cíclicos combinados causan sangrados programados en la mayoría de los usuarios. Regímenes combinados continuos están asociados con una disminución del riesgo relativo de cáncer endometrial pero pueden causar manchado y sangrado durante su uso inicial.

1+ 4
Meta análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002

R

Los clínicos deben de estar pendientes de los antecedentes en la incidencia de cáncer endometrial entre usuarias y no usuarias de terapia de reemplazo hormonal y en quienes presentan sangrado postmenopáusico.

C
Evidencia incluida de estudios 2++,directamente aplicables a la población general, y demostrando el total de resultados de estudios consistentes o evidencia traspalada de estudios 2++
Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002

R

La terapia de reemplazo hormonal debe incluir un régimen de progestágeno ya que es protector contra efectos endometriales de los estrógenos sin oposición.

A
Recomendación de por lo menos un meta análisis, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados 1++ y directamente aplicables a la población en general.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002

4.1.1.2 TAMIZAJE

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Cuando se realiza biopsia endometrial ambulatoria e histeroscopia o curetaje con paciente hospitalizado, se encontró que la biopsia ambulatoria es un tamizaje eficaz para la hiperplasia endometrial, pero, faltan las lesiones benignas como los pólipos endometriales.

2++
Estudios bien realizados de casos y controles o estudios de cohorte con bajo riesgo de confundir o de sesgo y con probabilidad moderada que la relación es causal.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002

E

Cuando las muestras endometriales de pacientes ambulatorias, fueron comparadas con pacientes hospitalizadas, con histeroscopia y el legrado, se observo como un procedimiento de tamizaje eficaz para la hiperplasia endometrial, pero faltaron las lesiones benignas, especialmente pólipos endometriales.

2+
Estudios bien realizados de casos y controles o estudios de cohorte con bajo riesgo de confundir o de sesgo y con probabilidad moderada que la relación es causal.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002

4.1.1.3 HISTORIA CLÍNICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

La presencia de sangrado postmenopáusico, debe ser investigada en todos los casos. El interrogatorio deberá incluir la ingesta de hormonales en especial estrógenos sin oposición o fitoestrógenos, antecedente de Papanicolaou, edad de la menarca, paridad, comorbilidad asociada, índice de masa corporal, especuloscopia y tacto bimanual.

B
Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación
Amann M, Anguino H, Bauman RA, Cheung ML, Harris S, Kennedy J, Kivnick S, Lim A, Moore D, Munro M, Musoke L, Solh S. Postmenopausal uterine bleeding. Pasadena (CA): Kaiser Permanente Southern California; 2006 Dec. 27 p. [62 references]

R

Las mujeres con sangrado post-menopáusico persistente requieren la evaluación adicional de la cavidad endometrial para las lesiones focales con histeroscopia. Tal acercamiento es necesario incluso si hay una biopsia

B
Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación
Amann M, Anguino H, Bauman RA, Cheung ML, Harris S, Kennedy J, Kivnick S, Lim A,

endometrial satisfactoria/adecuada sin la evidencia de hiperplasia y sin importar el espesor del endometrio.

Moore D, Munro M, Musoke L, Solh S. *Postmenopausal uterine bleeding. Pasadena (CA): Kaiser Permanente Southern California; 2006 Dec. 27 p. [62 references]*

4.1.1.4 DIAGNÓSTICO TEMPRANO

4.1.1.4.1 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Las técnicas para paciente ambulatorio, para la toma de muestras histeroscópicas y de succión/aspiración del endometrio, deben estar disponibles en todas las unidades de diagnóstico.

B
Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación *Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002*

R

Las instalaciones para realizar histeroscopia y legrado bajo anestesia general deben estar disponibles, para cuando el procedimiento de la paciente ambulatoria no sea posible o la paciente tenga una preferencia sólida por la anestesia general.

B
Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación *Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002*

E

Las tasas de histerectomía asociadas a la ablación endometrial histeroscópica y la no histeroscópica es menor al 24% en un plazo de 4 años posterior al procedimiento Endometrial ($p < 0.001$), modificando su sensibilidad y especificidad como prueba diagnóstica.

B
Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).*

E

Las mujeres que experimentan la ablación endometrial con la esterilización laparoscópica previa o concomitante tienen poco riesgo para el desarrollo de dolor pélvico cíclico o intermitente después del procedimiento.

B
Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)*

R

La satisfacción de la paciente y la reducción del flujo menstrual después de la ablación endometrial en mujeres con cavidades endometriales normales son similares a la experimentada por las mujeres que usan el sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (94% de éxito en el tratamiento de la hiperplasia endometrial que se presenta con sangrado transvaginal).

R

Las pacientes que eligen la ablación endometrial deben estar dispuestas a aceptarla normalización del flujo menstrual, no necesariamente la amenorrea como resultado. Las pacientes premenopáusicas que experimentan la ablación endometrial deben ser aconsejadas para el uso de contracepción adecuada.

R

La ablación endometrial no histeroscópica, no se recomienda en mujeres con cavidad endometrial que excede los límites del quipo.

R

Las mujeres con sangrado post-menopáusico espontáneo y persistente requieren la evaluación adicional de la cavidad endometrial para las lesiones focales con histerosonografía más histeroscopia. Tal acercamiento es necesario incluso si hay una biopsia endometrial satisfactoria/adecuada sin la evidencia de la hiperplasia, y sin importar el grosor de la línea endometrial.

E

Para reducir al mínimo el riesgo de quirúrgico de hemorragia postoperatoria, se deben corregir factores de coagulación antes del procedimiento y posterior a este.

B

Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)*

C

La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)*

C

La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)*

B

Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación *SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Hysterectomy. No. 109, january 2002.*

II-IB

Estudios de nivel 2 ‡ Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 2. *SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Gynaecological and Obstetric Management of Women With Inherited Bleeding Disorders. No 163, Jul. 2005.*

4.1.1.5 ESTUDIOS DE IMAGEN

E

El ultrasonido uterino transabdominal, ha sido reemplazado por el ultrasonido transvaginal. La ventaja de este último es la resolución mejorada, permitiendo una medida endometrial más exacta del grosor y un mejor examen de la morfología endometrial. Otras ventajas del ultrasonido transvaginal, no requiere de vejiga llena, se tiene mejor acceso al útero en retroversión, así como en pacientes obesas.

3

Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002

R

El ultrasonido transabdominal se puede utilizar como examen complementario si el útero se agranda perceptiblemente o una vista más amplia de la pelvis o del abdomen son requeridos. El ultrasonido transabdominal se puede también utilizar en una pequeña proporción de mujeres en quienes técnicamente sea imposible realizar un ultrasonido transvaginal.

D

Directamente basada en categoría IV de evidencia, o extrapoladas de las categorías I y II o III.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002

R

La histeroscopia es particularmente útil en el diagnóstico de los pólipos endometriales y de los fibromas submucosos, que se pueden obviar fácilmente en el momento de una biopsia o de una toma de muestra ambulatoria.

B

Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación *SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Hysterectomy. No. 109, january 2002.*

R

La hiperplasia endometrial con citología atípica en una biopsia endometrial requiere de una histeroscopia y dilatación-legrado, para eliminar el adenocarcinoma endometrial concomitante, que está presente en el 17 a 25% de casos.

B

Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación *SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Hysterectomy. No. 109, january 2002.*

R

Las mujeres con sangrado post-menopáusico espontáneo deben ser evaluadas sobre todo con biopsia endometrial, o con ultrasonido transvaginal, para medir el grosor de la línea endometrial.

A

Recomendación de por lo menos un meta análisis, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados 1++ y directamente aplicables a la población en general.

National Guideline Clearinghouse. Postmenopausal uterine bleeding. Dec 2006.

R

Cuando se realiza histerosonografía, como técnica para evaluar el endometrio de mujeres con sangrado post-menopáusico, las fotografías de las imágenes sagitales y transversales se deben colocar en el reporte, con una nota conveniente que describa los resultados.

C

La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso *National Guideline Clearinghouse. Postmenopausal uterine bleeding. Dec 2006.*

E

La ultrasonografía transvaginal puede determinar confiablemente el grosor y morfología del endometrio. La naturaleza relativamente no invasiva del ultrasonido transvaginal, puede hacerlo más aceptable que otras métodos diagnósticos, especialmente en las mujeres mayores.

2+

Estudios bien realizados de casos y controles o estudios de cohorte con bajo riesgo de confundir o de sesgo y con probabilidad moderada que la relación es causal. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002*

E

Otros métodos de evaluación endometrial, tales como ultrasonografía transvaginal Doppler, ultrasonografía tridimensional, histerosonografía transvaginal, análisis de tejido del margen endometrial, se han determinado como limitados para mejorar la especificidad. No hay evidencia para apoyar su introducción clínica rutinaria.

3

Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos *Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002*

4.2 TRATAMIENTO

E

Cuando se añaden progestágenos orales disminuye el riesgo de hiperplasia endometrial y mejora el cumplimiento terapéutico. Los progestágenos administrados de forma continua muestran mayor protección frente a la hiperplasia endometrial que administrados de forma secuencial.

1a

La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados *Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Menopausia y post-menopausia. Guía de práctica clínica. Barcelona, Mayo del 2004*

E

Para mujeres con cavidad endometrial normal, la ablación histeroscópica endometrial y la ablación no histeroscópica del sistema endometrial, son equivalentes con respecto al grado de satisfacción del flujo menstrual de la paciente en el año siguiente de la cirugía.

A

Recomendación de por lo menos un meta análisis, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados 1++ y directamente aplicables a la población en general.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)

E

La ablación endometrial histeroscópica se asocia a un alto nivel de satisfacción de la paciente, pero, no tan alto como en la histerectomía.

A

Recomendación de por lo menos un meta análisis, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados 1++ y directamente aplicables a la población en general.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)

C

La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso

R

Las mujeres con hiperplasia endometrial o cáncer uterino no deben experimentar la ablación endometrial

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)

R

La realización de la ablación endometrial no histeroscópica en pacientes con cesárea clásica anterior o miomectomía transmural puede aumentar el riesgo de daño a las estructuras circundantes.

Si se va a realizar la ablación endometrial en tales pacientes, puede ser mejor la ablación endometrial histeroscópica con supervisión laparoscópica. La seguridad de la ablación endometrial no histeroscópica en mujeres con cesárea transversal baja no se ha estudiado adecuadamente.

C

La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)

R

Para la ablación endometrial histeroscópica se recomienda un sistema de control de fluidos de tiempo real, para que se lleve a cabo el equilibrio del líquido que se utilice.

C

La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Las técnicas para paciente ambulatorio, para la toma de muestras histeroscópicas y de succión/aspiración del endometrio, deben estar disponibles en todas las unidades de diagnóstico.

B
Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación *Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002*

R

Las instalaciones para realizar histeroscopia y legrado bajo anestesia general deben estar disponibles, para cuando el procedimiento de la paciente ambulatoria no sea posible o la paciente tenga una preferencia sólida por la anestesia general.

B
Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación *Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002*

E

Para mujeres con cavidad endometrial normal, la ablación histeroscópica endometrial y la ablación no histeroscópica del sistema endometrial, son equivalentes con respecto al grado de satisfacción del flujo menstrual de la paciente en el año siguiente de la cirugía.

A
Recomendación de por lo menos un meta análisis, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados 1++ y directamente aplicables a la población en general.
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)

E

Las mujeres que experimentan la ablación endometrial con la esterilización laparoscópica previa o concomitante tienen poco riesgo para el desarrollo de dolor pélvico cíclico o intermitente después del procedimiento.

B
Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)*

R

La satisfacción de la paciente y la reducción del flujo menstrual después de la ablación endometrial en mujeres con cavidades endometriales normales son similares a la experimentada por las mujeres que usan el sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (94% de éxito en el tratamiento de la hiperplasia endometrial que se presenta con sangrado transvaginal).

B
Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)*

R

Las pacientes que eligen la ablación endometrial deben estar dispuestas a aceptarla normalización del flujo menstrual, no necesariamente la amenorrea como resultado. Las pacientes post-menopáusicas que experimentan la ablación endometrial deben ser aconsejadas para el uso de contracepción adecuada.

C

La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)

R

La ablación endometrial no histeroscópica, no se recomienda en mujeres con cavidad endometrial que excede los límites del equipo.

C

La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)

R

Las mujeres con sangrado post-menopáusico espontáneo y persistente requieren la evaluación adicional de la cavidad endometrial para las lesiones focales con histerosonografía más histeroscopia. Tal acercamiento es necesario incluso si hay una biopsia endometrial satisfactoria/adecuada sin la evidencia de la hiperplasia, y sin importar el grosor de la línea endometrial.

B

Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación
SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Hysterectomy. No. 109, january 2002.

E

Para reducir al mínimo el riesgo de quirúrgico de hemorragia postoperatoria, se deben corregir factores de coagulación antes del procedimiento y posterior a este.

II-1B

Estudios de nivel 2 ‡ Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 2.
SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Gynaecological and Obstetric Management of Women With Inherited Bleeding Disorders. No 163, Jul. 2005.

4.1.1.5 ESTUDIOS DE IMAGEN

E

El ultrasonido uterino transabdominal, ha sido reemplazado por el ultrasonido transvaginal. La ventaja de este último es la resolución mejorada, permitiendo una medida endometrial más exacta del grosor y un mejor examen de la morfología endometrial. Otras ventajas del ultrasonido transvaginal, no requiere de vejiga llena, se tiene mejor acceso al útero en retroversión, así como en pacientes obesas.

3

Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002

R

El ultrasonido transabdominal se puede utilizar como examen complementario si el útero se agranda perceptiblemente o una vista más amplia de la pelvis o del abdomen son requeridos. El ultrasonido transabdominal se puede también utilizar en una pequeña proporción de mujeres en quienes técnicamente sea imposible realizar un ultrasonido transvaginal.

D

Directamente basada en categoría IV de evidencia, o extrapoladas de las categorías I y II o III

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002

R

La histeroscopia es particularmente útil en el diagnóstico de los pólipos endometriales y de los fibromas submucosos, que se pueden obviar fácilmente en el momento de una biopsia o de una toma de muestra ambulatoria.

B

Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación *SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Hysterectomy. No. 109, january 2002.*

R

La hiperplasia endometrial con citología atípica en una biopsia endometrial requiere de una histeroscopia y dilatación-legrado, para eliminar el adenocarcinoma endometrial concomitante, que está presente en el 17 a 25% de casos.

B

Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación *SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Hysterectomy. No. 109, january 2002.*

R

Las mujeres con sangrado post-menopáusico espontáneo deben ser evaluadas sobre todo con biopsia endometrial, o con ultrasonido transvaginal, para medir el grosor de la línea endometrial.

A

Recomendación de por lo menos un meta análisis, revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados 1++ y directamente aplicables a la población en general.

National Guideline Clearinghouse. Postmenopausal uterine bleeding. Dec 2006.

R

Cuando se realiza histerosonografía, como técnica para evaluar el endometrio de mujeres con sangrado post-menopáusico, las fotografías de las imágenes sagitales y transversales se deben colocar en el reporte, con una nota conveniente que describa los resultados.

C

La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso *National Guideline Clearinghouse. Postmenopausal uterine bleeding. Dec 2006.*

E

La ultrasonografía transvaginal puede determinar confiablemente el grosor y morfología del endometrio. La naturaleza relativamente no invasiva del ultrasonido transvaginal, puede hacerlo más aceptable que otras métodos diagnósticos, especialmente en las mujeres mayores.

2+

Estudios bien realizados de casos y controles o estudios de cohorte con bajo riesgo de confundir o de sesgo y con probabilidad moderada que la relación es causal. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002*

E

Otros métodos de evaluación endometrial, tales como ultrasonografía transvaginal Doppler, ultrasonografía tridimensional, histerosonografía transvaginal, análisis de tejido del margen endometrial, se han determinado como limitados para mejorar la especificidad. No hay evidencia para apoyar su introducción clínica rutinaria.

3

Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos *Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002*

4.2. TRATAMIENTO

4.2.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

4.2.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

E

Cuando se añaden progestágenos orales disminuye el riesgo de hiperplasia endometrial y mejora el cumplimiento terapéutico. Los progestágenos administrados de forma continua muestran mayor protección frente a la hiperplasia endometrial que administrados de forma secuencial.

la

Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Menopausia y post-menopausia. Guía de práctica clínica. Barcelona, Mayo del 2004

R

El endometrio de todas las candidatas a la ablación endometrial debe ser muestreado y los resultados histopatológicos deben ser revisados

C

La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)*

R

Las mujeres con hiperplasia endometrial o cáncer uterino no deben experimentar la ablación endometrial

C

La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)*

R

La realización de la ablación endometrial no histeroscópica en pacientes con cesárea clásica anterior o miomectomía transmural puede aumentar el riesgo de daño a las estructuras circundantes.

Si se va a realizar la ablación endometrial en tales pacientes, puede ser mejor la ablación endometrial histeroscópica con supervisión laparoscópica. La seguridad de la ablación endometrial no histeroscópica en mujeres con cesárea transversal baja no se ha estudiado adecuadamente.

C

La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)*

R

Para la ablación endometrial histeroscópica se recomienda un sistema de control de fluidos de tiempo real, para que se lleve a cabo el equilibrio del líquido que se utilice.

C

La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p. (ACOG practice bulletin; no. 81)*

5. ANEXOS

ANEXO I. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES

CRITERIOS PARA GRADAR LA EVIDENCIA

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. (JAMA, 1992) En palabras de David Sackett, *"la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales"* (Sackett DL, 1996). En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica. (Guerra L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC. (Jovell AJ, 1995)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R, 2006), en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria. (Guyatt GH, 1993) Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

Para propósitos de esta metodología de adopción, se empleará el modelo de GRADE (Marzo-Castillejo M, 2006), del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Grading System (www.sign.ac.uk), el modelo del Centre for Evidence Based Medicine, Oxford (www.cebm.net), el modelo del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (www.nice.org.uk) El modelo deberá seleccionarse de acuerdo a la guía adoptada e incluirse en anexo de escalas de evidencia, a continuación se enuncian los usados en la guía.

Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN, traducida y modificada para incluir los estudios de pruebas diagnósticas

Niveles de evidencia

1++	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Grados de recomendación

A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
?	Consenso del equipo redactor.

Niveles de evidencia de estudios de intervención national institute for health and clinical excellence (NICE)

1++	Meta análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos ^A
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, o estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo ^A
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos
Nota: ^A Los estudios con un nivel de evidencia '–' no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación	

Estudios de intervención clasificación de las recomendaciones

A	Al menos un meta-análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana, o una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados, Evidencia a partir de la apreciación de NICE
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D (PBP)	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+ o Consenso formal
	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

Estudios de diagnóstico Niveles de evidencia

Ia	Revisión sistemática (con homogeneidad) ^a de estudios de nivel 1 ^b
Ib	Estudios de nivel 1 ^b
II	Estudios de nivel 2 ^c Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 2
III	Estudios de nivel 3 ^d Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 3
IV	Consenso, informes de comités de expertos o opiniones y/o experiencia clínica sin valoración crítica explícita; o en base a la psicología, difusión de la investigación o

	'principios básicos'
Notas: ^a Homogeneidad significa que no hay variaciones o estas son pequeñas en la dirección y grado de los resultados entre los estudios individuales que incluye la revisión sistemática. ^b Estudios de nivel 1: 1. aquellos que utilizan una comparación ciega de la prueba con un estándar de referencia validado (gold standard) 2. en una muestra de pacientes que refleja a la población a quien se aplicaría la prueba. ^c Estudios nivel 2 son aquellos que presentan una sola de estas características: 1. población reducida (la muestra no refleja las características de la población a la que se le va a aplicar la prueba) 2. utilizan un estándar de referencia pobre (definido como aquel donde la 'prueba' es incluida en la 'referencia', o aquel en que las 'pruebas' afectan a la 'referencia') 3. la comparación entre la prueba y la referencia no está cegada Estudios de casos y controles. ^d Estudios de nivel 3 son aquellos que presentan al menos dos o tres de las características señaladas anteriormente.	
Adaptado de The Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (2001) and the Centre for Reviews and Dissemination Report Number 4 (2001)	

Estudios de diagnóstico clasificación de las recomendaciones

A (ED)	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B (ED)	Estudios con un nivel de evidencia II
C (ED)	Estudios con un nivel de evidencia III
D (ED)	Estudios con un nivel de evidencia IV

Escala de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

En su tercera edición, publicada recientemente y que puede consultarse en la *web* de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm), se evalúa la calidad de la evidencia de una forma más elaborada que no sólo tiene en cuenta el tipo de diseño de los estudios (tabla 1). Los grados de recomendación se establecen a partir de la calidad de la evidencia y del beneficio neto (beneficios menos perjuicios) de la medida evaluada. Las definiciones siguientes han sido aplicables para todas aquellas recomendaciones votadas por la USPSTF previo a mayo del 2007.

Fuerza de las Recomendaciones

A	La USPSTF <i>recomienda claramente</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes que cumplan los criterios. La USPSTF ha encontrado <i>buena evidencia</i> de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y concluye que los beneficios superan ampliamente a los riesgos).
B	La USPSTF <i>recomienda</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes. La USPSTF ha encontrado <i>evidencia moderada</i> de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y concluye que los beneficios superan a los riesgos.

C	La USPSTF <i>no recomienda a favor o en contra</i> de la intervención. La USPSTF ha encontrado al menos <i>evidencia moderada</i> de que la medida puede mejorar los resultados en salud, pero los <i>beneficios son muy similares a los riesgos</i> y no puede justificarse una recomendación general.
D	La USPSTF <i>recomienda en contra</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes asintomáticos. La USPSTF ha encontrado al menos <i>evidencia moderada</i> de que la medida es ineficaz o que <i>los riesgos superan a los beneficios</i> .
I	La USPSTF concluye que la evidencia es insuficiente para <i>recomendar a favor o en contra</i> de la intervención. No existe evidencia de que la intervención es ineficaz, o de calidad insuficiente, o conflictiva y que el balance entre los riesgos y los beneficios no se puede determinar.

Niveles de Evidencia-Calidad de la Evidencia

Buena	La evidencia incluye resultados consistentes a partir de estudios bien diseñados y realizados en poblaciones representativas que directamente evalúan efectos sobre resultados de salud
Moderada	La evidencia es suficiente para determinar efectos sobre resultados de salud, pero la fuerza de la evidencia es limitada por el número, la calidad, o la consistencia de los estudios individuales, la generalización a la práctica rutinaria, o la naturaleza indirecta de la evidencia sobre los resultados de salud.
Insuficiente	La evidencia es insuficiente para evaluar los efectos sobre los resultados de salud debido al número limitado o al poder de estudios, defectos importantes en su diseño o realización, inconsistencias en la secuencia de la evidencia, o falta de información sobre resultados de salud importantes.

Escala Del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ^{xiii}.

Grados de Evidencia

I	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado aleatorizado diseñado apropiadamente
II-1	Evidencia obtenida de estudios controlados bien diseñados si aleatorización
II-2	Evidencia obtenida de estudios bien diseñados de cohorte o estudios analíticos de caso y control, preferentemente de más de un centro o grupo investigador
II-3	Evidencia obtenida de múltiples series de tiempo, con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados también podrán considerarse en este tipo de evidencia
III	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos

Nivel de las recomendaciones

A	Recomendaciones basadas en evidencia científica buena y consistente
B	Recomendaciones basadas en evidencia científica limitada o inconsistente
C	Recomendaciones basadas principalmente en consensos y opiniones de expertos

Clasificación del Royal College of Obstetricians and Gynaecologist ^{xv}.

Clasificación de niveles de evidencia		Grados de recomendación	
1a	Evidencia obtenida de meta análisis de estudios controlados aleatorizados	A	Requiere al menos un estudio controlado aleatorizado como parte del cuerpo de la literatura de buena calidad y consistencia dirigido a la recomendación específica Nivel de evidencia 1a, 1b.
1b	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado aleatorizado		
IIa	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado bien diseñado aleatorizado	B	Requiere de la disponibilidad de buenos estudios clínicos bien controlados pero no aleatorizados referentes al punto de la recomendación Nivel de evidencia IIa, IIb III.
IIb	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización		
III	Evidencia obtenida de estudios bien diseñados, descriptivos no experimentales tal como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos	C	Requiere evidencia obtenida de reportes de comités de expertos, y/o experiencia clínica de autoridades respetadas. Indica la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables al tópico de la recomendación Nivel de evidencia IV
IV	Evidencia obtenida de reportes de comités de expertos opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas	PBP	Recomendación de la mejor practica basada en la experiencia clínica del grupo que desarrollo la guía

Sistema de Gradación de evidencia del ICSI (Institute Clinical System Improvment).

A. Reportes primarios de datos nuevos:	B. Reportes que sintetizan o reflejan reportes primarios:
Clase A: Estudios controlados aleatorizados	Clase M: Meta-análisis, Revisiones Sistemáticas, Análisis de Decisión, Análisis de Costo-efectividad
Clase B: Estudios de Cohorte	Clase R: Consenso de Expertos, Revisión Narrativa, Reporte de Consenso
Clase C: Estudios no aleatorizados con controles concurrentes o históricos, estudios de casos y control estudios de sensibilidad o especificidad de una prueba diagnóstica estudios poblacional descriptiva.	Clase X: Opinión Medica
Clase D: Estudio transversal, serie de casos, reporte de casos.	

Bibliografía

Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425
Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ

1996;312:71-72.

Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.

Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743

Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006]. Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.

Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. 1993

Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. Clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones. Grading quality of evidence and strength of recommendations (GRADE) Working Group. Aten Primaria 2006;37(1):1-11.

<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.html#4a>

Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford . Levels of Evidence and Grades of Recommendation [Internet]. Oxford : Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford [acceso 7 de septiembre del 2007]. Disponible en: http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp

Mercè Marzo, Castillejo Cristina, Viana Zulaica. Calidad de la evidencia y grado de recomendación. Guías Clínicas 2007; 5 Supl 1: 6. [acceso 7 septiembre del 2007] Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/fmc/sintesis.asp>

National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods- Chapter 7: Reviewing and grading the evidence [Internet]. London: NICE; February 2004 (updated March 2005) [acceso 7 septiembre del 2007] Disponible en: http://www.nice.org.uk/pdf/GDM_Chapter7_0305.pdf

Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, Atkins D, for the Methods Work Group, Third U.S. Preventive Services Task Force. Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process. Am J Prev Med 2001;20(3S):21-35

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Breast cancer screening. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2003 Apr. 12 p. (ACOG practice bulletin; no. 42).

University of Michigan Health System. Adult preventive health care: cancer screening. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2004 May. 12 p

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Pregnancy and breast cancer. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Jan. 7 p. (Guideline; no. 12).

ANEXO V. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

GUIA DE PRACTICA CLINICA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL EN MUJERES POSTMENOPAUSICA EN EL SEGUNDO NIVEL

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos sobre la temática de **HIPERPLASIA ENDOMETRIAL**. La búsqueda se realizó en PubMed, la Biblioteca Cochrane y el listado de sitios Web para la búsqueda de guías de práctica clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma inglés, español o catalán.
- Publicados durante los últimos 10 años.
- Documentos enfocados a diagnóstico, tratamiento, métodos, estándares, tendencias, utilización.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distintos al español, inglés o catalán.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

La primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema de Hiperplasia Endometrial, en la base de datos PubMed. Al buscar el término validado en inglés para el tema de la guía se ubicó el descriptor validado **HIPERPLASIA ENDOMETRIAL, DIAGNOSTICO/TRATAMIENTO**, con los criterios de inclusión y exclusión arriba mencionados. Se obtuvieron 2 resultados de los que se recuperó un documento de utilidad para la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado obtenido
"Hyperplasia endometrial	2
Limits: Practice Guideline Treatment Diagnosis"	

Algoritmo de Búsqueda

Search	Most Recent Queries	Time	Result
#2	Search hyperplasia endometrial Limits: Practice Guideline	10:06:02	2
#1	Search hyperplasia endometrial	09:48:13	4467
#7	Search hyperplasia endometrial treatment	10:25:51	2127
#1	Search hyperplasia endometrial	10:25:35	4467
#2	Search hyperplasia endometrial Limits: Practice Guideline	10:24:43	2
Search	Most Recent Queries	Time	Result
#30	Select 13 document(s)	13:17:45	13
#28	Search ("Endometrial Hyperplasia/diagnosis"[Mesh] OR "Endometrial Hyperplasia/drug therapy"[Mesh] OR "Endometrial Hyperplasia/radiotherapy"[Mesh] OR "Endometrial Hyperplasia/surgery"[Mesh] OR "Endometrial Hyperplasia/therapy"[Mesh] OR "Endometrial Hyperplasia/ultrasonography"[Mesh]) Limits: Practice Guideline, Guideline	13:09:26	1

Segunda etapa

Se realizó la búsqueda de revisiones sistemáticas en la Biblioteca Cochrane con los términos de anticoncepción de emergencia y anticoncepción de urgencia, se recuperaron 2 documentos (revisiones sistemáticas).

Tercera etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web, en 8 de estos sitios se recuperaron 8 documentos que se utilizaron para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Utilizados
1	National Guideline Clearinhouse	2
2	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia	1
3	Scottish Intercollegiate Guidelines Network	1
4	Working Party of the New Zealand Guidelines Group	1
5	SOGC Clinical Practice Guidelines	3
	Total	8

ANEXO VI. LISTADO DE RECURSOS

ETAPA DE INTERVENCIÓN: Acciones preventivas y diagnóstico oportuno

TRATAMIENTOS/INTERVENCIONES: Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia endometrial

RECURSOS HUMANOS:

Pasantes en Servicio social

Personal de Salud en formación

Médico General

Médico Familiar

Enfermera General

Auxiliar de Enfermería

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Urgencias Ginecología, Quirófano, Banco de Sangre

Médico Radiólogo/Ultrasonografista

Médico Anestesiólogo

Médico Patólogo

Médico Oncólogo/Quirúrgico

INSUMOS PARA PRIMER SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

EQUIPO MÉDICO

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO
	EQUIPO PARA BIOPSIA ENDOMETRIAL
531.116.0302	ESFIGMOMANÓMETRO DE PARED
531.375.0217	ESTETOSCOPIO BIAURICULAR CÁPSULA DOBLE
	EQUIPO PARA BIOPSIA ENDOMETRIAL AMBULATORIO (AMEU)
	MESA DE EXPLORACIÓN GINECOLOGICA
531.704.0588	PORTA-TERMÓMETRO DE ACERO INOXIDABLE
	EQUIPO QUIRURGICO PARA HISTERECTOMIA
513.130.0054	BÁSCULA CON PEDESTAL Y ESTADÍMETRO AJUSTABLE
	ULTRASONIDO
	TRANSDUCTOR ENDOVAGINAL Y ABDOMINAL
	LÁMPARA DE CHICOTE
	EQUIPO HISTEROSCOPIA
	EQUIPO LAPAROSCOPIA
	EQUIPO PARA ANESTESIA LOCAL

MOBILIARIO y EQUIPO ADMINISTRATIVO:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Escritorio Médico	1
Sillón individual	1
Silla individual	2
Archivero	1
Bote de basura	1
PC	1
Impresora	1

MATERIAL DE CURACIÓN

CLAVE	NOMBRE GENÉRICO
060.456.0334	GUANTES PARA CIRUGÍA DE LÁTEX NATURAL, ESTÉRILES Y DESECHABLES. 7 ½ PAR
060.436.0552	GASAS, SECA CORTADA, DE ALGODÓN CON MARCA OPACA A LOS RAYOS X. 10 CM X 10 CM. ENVASE CON 200 PIEZAS

MATERIAL DIVERSO:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Receptáculo para muestra de biopsia, por paciente	2
Termómetro	1
Cubre mesa para cada paciente	1
Xilocaína simple al 1%	1
Protectores o preservativos para cubrir transductor	1
Hidrogel para ultrasonido	1
Bata para paciente	10

INSUMOS PARA EL MANEJO ANESTÉSICO: Para que puedan realizar en forma adecuada el manejo anestésico, ya sea para la toma de biopsia o la necesidad de histerectomía. En caso requerido: bolsa-mascarilla, laringoscopio y cánulas para paciente adulto, oxígeno, punzocat, soluciones parenterales, monitores para signos vitales y oximetría, medicamentos (sedantes, analgésicos, relajantes, adrenalina y atropina), carro rojo con cardiovertor.

Centro de Referencia

Humanos	Servicios Necesarios en el Centro de Referencia
Médicos Oncólogos Clínicos Médicos Oncólogos Quirúrgicos Médico Anestesiólogo Enfermeras especializadas	Área de Urgencias Unidad de Cuidados Intensivos Adultos Quirófanos Banco de Sangre Tomógrafo Laboratorio Banco de sangre

ANEXO VII. EVALUACIÓN DEL CONTENIDO CLÍNICO



Guía de Práctica Clínica

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

1. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
2. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
3. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

<i>Opciones de Respuesta</i>	<i>Significado del criterio</i>
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo

3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

<u>Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC</u>	
<u>Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica</u>	
Folio de Identificación	<u>1</u>
Nombre completo del evaluador	<u>DRA. MARIA DE LA PAZ HERNANDEZ MAÑON</u>
Nombre Autores (los dos primeros)	<u>Amann M, Anguino H.</u>
Institución que respalda la GPC	<u>National Guidelines Clearinghouse</u>
Fecha de Elaboración	<u>11 dic 06</u> Día / mes / año
Fecha de revisión	<u>11 mar 08</u> Día / mes / año
Fecha de Publicación	<u>2008</u> Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	<u>Ingles</u>
País dónde se realizó la GPC	<u>USA</u>

<i>Pregunta de Interés</i>	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
1. ¿Cuál es la eficacia de la ultrasonografía transvaginal en el diagnostico de Hiperplasia Endometrial en las mujeres post-menopáusicas?				X

2. ¿Cuál es la importancia diagnóstica de la Biopsia Endometrial en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?				X
3. ¿Puede emplearse el AMEU (aspiración manual endouterina) para la toma de biopsia con paciente ambulatoria?			X	
4. ¿En qué momento se recomienda realizar la exploración ultrasonográfica en las mujeres post-menopáusicas?				X
5. ¿Cuál es el riesgo de que una mujer presente hiperplasia endometrial?				X
6. ¿Qué porcentaje de pacientes que presentan hiperplasia endometrial simple o atípica, están en riesgo de presentar cáncer endometrial?				X
7. ¿Cuáles son los criterios clínicos y diagnósticos para decidir el tratamiento farmacológico o quirúrgico en pacientes post-menopáusicas con hiperplasia Endometrial?				X
8. ¿Cuál es la importancia terapéutica de la Ablación Endometrial comparado con el tratamiento médico en pacientes post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?				X
9. ¿Cuál es el esquema terapéutico con mayor eficacia para el manejo conservador de la Hiperplasia Endometrial en mujeres post-menopáusicas?		X		
10. ¿Cuál es el protocolo a seguir en el Segundo Nivel de Atención en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?			X	
			Si	No
	Recomendada		X	
	No recomendada			X

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

4. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
5. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
6. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

<i>Opciones de Respuesta</i>	<i>Significado del criterio</i>
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC

Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica

Folio de Identificación	<u>2</u>
Nombre completo del evaluador	<u>DRA. MARIA DE LA PAZ HERNANDEZ MAÑON</u>

Nombre Autores (los dos primeros)	<u>American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).</u>
Institución que respalda la GPC	<u>National Guidelines Clearinghouse</u>
Fecha de Elaboración	<u>may 07</u> Día / mes / año
Fecha de revisión	<u>03 dic 07</u> Día / mes / año
Fecha de Publicación	<u>2008</u> Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	<u>Ingles</u>
País dónde se realizó la GPC	<u>USA</u>

Pregunta de Interés	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
11. ¿Cuál es la eficacia de la ultrasonografía transvaginal en el diagnostico de Hiperplasia Endometrial en las mujeres post-menopáusicas?				X
12. ¿Cuál es la importancia diagnostica de la Biopsia Endometrial en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?				X
13. ¿Puede emplearse el AMEU (aspiración manual endouterina) para la toma de biopsia con paciente ambulatoria?		x		
14. ¿En qué momento se recomienda realizar la exploración ultrasonográfica en las mujeres post-menopáusicas?				X
15. ¿Cuál es el riesgo de que una mujer presente hiperplasia endometrial?				X
16. ¿Qué porcentaje de pacientes que presentan hiperplasia endometrial simple o atípica, están en riesgo de presentar cáncer endometrial?			x	
17. ¿Cuáles son los criterios clínicos y diagnósticos para decidir el tratamiento farmacológico o quirúrgico en pacientes post-menopáusicas con hiperplasia Endometrial?				X
				X

18. ¿Cuál es la importancia terapéutica de la Ablación Endometrial comparado con el tratamiento médico en pacientes post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?				
19. ¿Cuál es el esquema terapéutico con mayor eficacia para el manejo conservador de la Hiperplasia Endometrial en mujeres post-menopáusicas?		X		
20. ¿Cuál es el protocolo a seguir en el Segundo Nivel de Atención en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?			X	
			Si	No
	Recomendada		X	
	No recomendada			X

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica
A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado: 7. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas. 8. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE. 9. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga explícitamente la información relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación	
Opciones de Respuesta	Significado del criterio
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

<u>Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC</u>	
<u>Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica</u>	
Folio de Identificación	<u>3</u>
Nombre completo del evaluador	<u>DRA. MARIA DE LA PAZ HERNANDEZ MAÑON</u>
Nombre Autores (los dos primeros)	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano
Institución que respalda la GPC	<u>National Guidelines Clearinghouse</u>
Fecha de Elaboración	— mayo 2004 — Día / mes / año
Fecha de revisión	— mayo 2004 — Día / mes / año
Fecha de Publicación	<u>2004</u> Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	<u>Ingles</u>

País dónde se realizó la GPC	ESPAÑA
------------------------------	---------------

<i>Pregunta de Interés</i>	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
21. ¿Cuál es la eficacia de la ultrasonografía transvaginal en el diagnóstico de Hiperplasia Endometrial en las mujeres post-menopáusicas?		X		
22. ¿Cuál es la importancia diagnóstica de la Biopsia Endometrial en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?		X		
23. ¿Puede emplearse el AMEU (aspiración manual endouterina) para la toma de biopsia con paciente ambulatoria?		X		
24. ¿En qué momento se recomienda realizar la exploración ultrasonográfica en las mujeres post-menopáusicas?				X
25. ¿Cuál es el riesgo de que una mujer presente hiperplasia endometrial?				X
26. ¿Qué porcentaje de pacientes que presentan hiperplasia endometrial simple o atípica, están en riesgo de presentar cáncer endometrial?				X
27. ¿Cuáles son los criterios clínicos y diagnósticos para decidir el tratamiento farmacológico o quirúrgico en pacientes post-menopáusicas con hiperplasia Endometrial?				X
28. ¿Cuál es la importancia terapéutica de la Ablación Endometrial comparado con el tratamiento médico en pacientes post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?			X	
29. ¿Cuál es el esquema terapéutico con mayor eficacia para el manejo conservador de la Hiperplasia Endometrial en mujeres post-menopáusicas?		X		
30. ¿Cuál es el protocolo a seguir en el Segundo Nivel de Atención en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?		X		
			Si	No
	Recomendada		X	
	No recomendada			X

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

10. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
11. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
12. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

Opciones de Respuesta	Significado del criterio
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

<u>Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC</u>	
<u>Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica</u>	
Folio de Identificación	<u>4</u>
Nombre completo del evaluador	<u>DRA. MARIA DE LA PAZ HERNANDEZ MAÑON</u>
Nombre Autores (los dos primeros)	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano
Institución que respalda la GPC	<u>National Guidelines Clearinghouse</u>
Fecha de Elaboración	<u>sep 2002</u> Día / mes / año
Fecha de revisión	<u>sep 2002</u> Día / mes / año
Fecha de Publicación	<u>2002</u> Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	<u>Ingles</u>
País dónde se realizó la GPC	<u>ESCOCIA</u>

<i>Pregunta de Interés</i>	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
31. ¿Cuál es la eficacia de la ultrasonografía transvaginal en el diagnostico de Hiperplasia Endometrial en las mujeres post-menopáusicas?			X	
32. ¿Cuál es la importancia diagnostica de la Biopsia Endometrial en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?			X	
33. ¿Puede emplearse el AMEU (aspiración manual endouterina) para la toma de biopsia con paciente ambulatoria?	X			

34. ¿En qué momento se recomienda realizar la exploración ultrasonográfica en las mujeres post-menopáusicas?		X		
35. ¿Cuál es el riesgo de que una mujer presente hiperplasia endometrial?		X		
36. ¿Qué porcentaje de pacientes que presentan hiperplasia endometrial simple o atípica, están en riesgo de presentar cáncer endometrial?		X		
37. ¿Cuáles son los criterios clínicos y diagnósticos para decidir el tratamiento farmacológico o quirúrgico en pacientes post-menopáusicas con hiperplasia Endometrial?				X
38. ¿Cuál es la importancia terapéutica de la Ablación Endometrial comparado con el tratamiento médico en pacientes post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?		X		
39. ¿Cuál es el esquema terapéutico con mayor eficacia para el manejo conservador de la Hiperplasia Endometrial en mujeres post-menopáusicas?		X		
40. ¿Cuál es el protocolo a seguir en el Segundo Nivel de Atención en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?		X		
			Si	No
	Recomendada		X	
	No recomendada			X

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica
A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado: 13. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas. 14. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE. 15. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga explícitamente la información relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.	
---	--

Criterios de Evaluación	
Opciones de Respuesta	Significado del criterio
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

<u>Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC</u>	
<u>Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica</u>	
Folio de Identificación	<u>6</u>
Nombre completo del evaluador	<u>DRA. MARIA DE LA PAZ HERNANDEZ MAÑON</u>
Nombre Autores (los dos primeros)	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano
Institución que respalda la GPC	<u>SOGC Clinical Practice Guidelines</u>
Fecha de Elaboración	— <u>feb 2000</u> — <u>Día / mes / año</u>

Fecha de revisión	<u>feb 2000</u> Día / mes / año
Fecha de Publicación	<u>2000</u> Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	<u>Ingles</u>
País dónde se realizó la GPC	<u>CANADA</u>

Pregunta de Interés	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
41. ¿Cuál es la eficacia de la ultrasonografía transvaginal en el diagnostico de Hiperplasia Endometrial en las mujeres post-menopáusicas?	X			
42. ¿Cuál es la importancia diagnostica de la Biopsia Endometrial en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?		X		
43. ¿Puede emplearse el AMEU (aspiración manual endouterina) para la toma de biopsia con paciente ambulatoria?	X			
44. ¿En qué momento se recomienda realizar la exploración ultrasonográfica en las mujeres post-menopáusicas?		X		
45. ¿Cuál es el riesgo de que una mujer presente hiperplasia endometrial?		X		
46. ¿Qué porcentaje de pacientes que presentan hiperplasia endometrial simple o atípica, están en riesgo de presentar cáncer endometrial?				X
47. ¿Cuáles son los criterios clínicos y diagnósticos para decidir el tratamiento farmacológico o quirúrgico en pacientes post-menopáusicas con hiperplasia Endometrial?				X
48. ¿Cuál es la importancia terapéutica de la Ablación Endometrial comparado con el tratamiento médico en pacientes post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?		X		
49. ¿Cuál es el esquema terapéutico con mayor eficacia para el manejo conservador de la Hiperplasia Endometrial en mujeres post-menopáusicas?		X		
50. ¿Cuál es el protocolo a seguir en el Segundo Nivel de Atención en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?				X

			Si	No
	Recomendada		X	
	No recomendada			X

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

16. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
17. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
18. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

Opciones de Respuesta	Significado del criterio
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta

1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible
----------------------	--

<u>Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC</u>	
<u>Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica</u>	
Folio de Identificación	<u>5</u>
Nombre completo del evaluador	<u>DRA. MARIA DE LA PAZ HERNANDEZ MAÑON</u>
Nombre Autores (los dos primeros)	Working Party of the New Zealand Guidelines Group
Institución que respalda la GPC	<u>New Zealand Guidelines Group</u>
Fecha de Elaboración	<u>nov 99</u> Día / mes / año
Fecha de revisión	<u>nov 99</u> Día / mes / año
Fecha de Publicación	<u>2000</u> Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	<u>Ingles</u>
País dónde se realizó la GPC	<u>NUEVA ZELANDA</u>

<i>Pregunta de Interés</i>	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
51. ¿Cuál es la eficacia de la ultrasonografía transvaginal en el diagnostico de Hiperplasia Endometrial en las mujeres post-menopáusicas?	X			
52. ¿Cuál es la importancia diagnostica de la Biopsia Endometrial en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?			X	
	X			

53. ¿Puede emplearse el AMEU (aspiración manual endouterina) para la toma de biopsia con paciente ambulatoria?				
54. ¿En qué momento se recomienda realizar la exploración ultrasonográfica en las mujeres post-menopáusicas?		X		
55. ¿Cuál es el riesgo de que una mujer presente hiperplasia endometrial?		X		
56. ¿Qué porcentaje de pacientes que presentan hiperplasia endometrial simple o atípica, están en riesgo de presentar cáncer endometrial?	X			
57. ¿Cuáles son los criterios clínicos y diagnósticos para decidir el tratamiento farmacológico o quirúrgico en pacientes post-menopáusicas con hiperplasia Endometrial?				X
58. ¿Cuál es la importancia terapéutica de la Ablación Endometrial comparado con el tratamiento médico en pacientes post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?	X			
59. ¿Cuál es el esquema terapéutico con mayor eficacia para el manejo conservador de la Hiperplasia Endometrial en mujeres post-menopáusicas?		X		
60. ¿Cuál es el protocolo a seguir en el Segundo Nivel de Atención en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?				X
			Si	No
	Recomendada		X	
	No recomendada			X

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica
A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de

evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

19. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
20. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
21. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

<i>Opciones de Respuesta</i>	<i>Significado del criterio</i>
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC

Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica

Folio de Identificación	<u>6</u>
Nombre completo del evaluador	<u>DRA. MARIA DE LA PAZ HERNANDEZ MAÑON</u>
Nombre Autores (los dos primeros)	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano
Institución que respalda la GPC	<u>National Guidelines Clearinghouse</u>

Fecha de Elaboración	<u>sep 2002</u> Día / mes / año
Fecha de revisión	<u>sep 2002</u> Día / mes / año
Fecha de Publicación	<u>2002</u> Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	<u>Ingles</u>
País dónde se realizó la GPC	<u>ESCOCIA</u>

Pregunta de Interés	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
61. ¿Cuál es la eficacia de la ultrasonografía transvaginal en el diagnostico de Hiperplasia Endometrial en las mujeres post-menopáusicas?			X	
62. ¿Cuál es la importancia diagnostica de la Biopsia Endometrial en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?			X	
63. ¿Puede emplearse el AMEU (aspiración manual endouterina) para la toma de biopsia con paciente ambulatoria?	X			
64. ¿En qué momento se recomienda realizar la exploración ultrasonográfica en las mujeres post-menopáusicas?		X		
65. ¿Cuál es el riesgo de que una mujer presente hiperplasia endometrial?		X		
66. ¿Qué porcentaje de pacientes que presentan hiperplasia endometrial simple o atípica, están en riesgo de presentar cáncer endometrial?		X		
67. ¿Cuáles son los criterios clínicos y diagnósticos para decidir el tratamiento farmacológico o quirúrgico en pacientes post-menopáusicas con hiperplasia Endometrial?				X
68. ¿Cuál es la importancia terapéutica de la Ablación Endometrial comparado con el tratamiento médico en pacientes post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?		X		
69. ¿Cuál es el esquema terapéutico con mayor eficacia para el		X		

manejo conservador de la Hiperplasia Endometrial en mujeres post-menopáusicas?				
70. ¿Cuál es el protocolo a seguir en el Segundo Nivel de Atención en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?		X		
			Si	No
	Recomendada		X	
	No recomendada			X

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica

A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

22. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
23. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
24. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

Opciones de Respuesta	Significado del criterio
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo

3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

<u>Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC</u>	
<u>Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica</u>	
Folio de Identificación	<u>7</u>
Nombre completo del evaluador	<u>DRA. MARIA DE LA PAZ HERNANDEZ MAÑON</u>
Nombre Autores (los dos primeros)	Guylaine Lefebvre, MD, FRCSC, Toronto ON Catherine Allaire, MD, FRCSC, Vancouver BC
Institución que respalda la GPC	<u>SOGC Clinical Practice Guidelines</u>
Fecha de Elaboración	<u>— jan 2002 —</u> Día / mes / año
Fecha de revisión	<u>— jan 2002 —</u> Día / mes / año
Fecha de Publicación	<u>2002</u> Día / mes / año
Idioma en la que esta publicada la GPC	<u>Ingles</u>
País dónde se realizó la GPC	<u>CANADA</u>

<i>Pregunta de Interés</i>	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
71. ¿Cuál es la eficacia de la ultrasonografía transvaginal en el diagnostico de Hiperplasia Endometrial en las mujeres post-			X	

menopáusicas?				
72. ¿Cuál es la importancia diagnóstica de la Biopsia Endometrial en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?			X	
73. ¿Puede emplearse el AMEU (aspiración manual endouterina) para la toma de biopsia con paciente ambulatoria?	X			
74. ¿En qué momento se recomienda realizar la exploración ultrasonográfica en las mujeres post-menopáusicas?			X	
75. ¿Cuál es el riesgo de que una mujer presente hiperplasia endometrial?				X
76. ¿Qué porcentaje de pacientes que presentan hiperplasia endometrial simple o atípica, están en riesgo de presentar cáncer endometrial?				X
77. ¿Cuáles son los criterios clínicos y diagnósticos para decidir el tratamiento farmacológico o quirúrgico en pacientes post-menopáusicas con hiperplasia Endometrial?				X
78. ¿Cuál es la importancia terapéutica de la Ablación Endometrial comparado con el tratamiento médico en pacientes post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?			X	
79. ¿Cuál es el esquema terapéutico con mayor eficacia para el manejo conservador de la Hiperplasia Endometrial en mujeres post-menopáusicas?		X		
80. ¿Cuál es el protocolo a seguir en el Segundo Nivel de Atención en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?				X
			Si	No
	Recomendada		X	
	No recomendada			X

Guía de Práctica Clínica

Evaluación del Contenido Clínico de una Guía de Práctica Clínica
A continuación se presentan los Criterios de Evaluación, Datos de Identificación de la Guía de

Práctica Clínica (GPC) y una matriz que incluye 17 preguntas clínicas que han sido sugeridas por el Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud; revisadas y aprobadas por el grupo de evaluadores del Instituto Nacional de Pediatría del cual usted forma parte.

Instrucciones de llenado:

25. Usted deberá de leer cuidadosamente cada una de las GPC que le han sido asignadas.
26. Usted deberá de aplicar esta evaluación después de haber aplicado el instrumento de evaluación AGREE.
27. Deberá buscar que la GPC que esta revisando contenga **explícitamente la información** relacionada con cada una de las preguntas que han sido planteadas.

Criterios de Evaluación

<i>Opciones de Respuesta</i>	<i>Significado del criterio</i>
4. Muy de acuerdo	Si está completamente seguro de que criterio se ha alcanzado por completo
3. De acuerdo	Si NO está seguro de si un criterio ha sido cumplido por completo
2. En desacuerdo	Por ejemplo: porque la información no es clara o porque sólo algunas de las recomendaciones cumplen el criterio, según el grado con el que piense que la cuestión ha sido resuelta
1. Muy en desacuerdo	Si está completamente seguro de que el criterio NO ha sido alcanzado por completo o si no hay información disponible

Matriz de Evaluación del contenido Clínico de una GPC

Datos de Identificación de la Guía de Práctica Clínica

Folio de Identificación	<u>8</u>
Nombre completo del evaluador	<u>DRA. MARIA DE LA PAZ HERNANDEZ MAÑON</u>
Nombre Autores (los dos primeros)	Christine Demers, MD, FRCPC, Quebec City QC Christine Derzko, MD, FRCSC, Toronto ON

Institución que respalda la GPC	<u>SOGC Clinical Practice Guidelines</u>
Fecha de Elaboración	jul 2005 <u>Día / mes / año</u>
Fecha de revisión	jul 2005 <u>Día / mes / año</u>
Fecha de Publicación	2005 <u>Día / mes / año</u>
Idioma en la que esta publicada la GPC	<u>Inglés</u>
País dónde se realizó la GPC	<u>CANADA</u>

<i>Pregunta de Interés</i>	Escala de Respuesta			
	1	2	3	4
81. ¿Cuál es la eficacia de la ultrasonografía transvaginal en el diagnostico de Hiperplasia Endometrial en las mujeres post-menopáusicas?		X		
82. ¿Cuál es la importancia diagnostica de la Biopsia Endometrial en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?	X			
83. ¿Puede emplearse el AMEU (aspiración manual endouterina) para la toma de biopsia con paciente ambulatoria?	X			
84. ¿En qué momento se recomienda realizar la exploración ultrasonográfica en las mujeres post-menopáusicas?		X		
85. ¿Cuál es el riesgo de que una mujer presente hiperplasia endometrial?		X		
86. ¿Qué porcentaje de pacientes que presentan hiperplasia endometrial simple o atípica, están en riesgo de presentar cáncer endometrial?	X			
87. ¿Cuáles son los criterios clínicos y diagnósticos para decidir el tratamiento farmacológico o quirúrgico en pacientes post-menopáusicas con hiperplasia Endometrial?		X		
88. ¿Cuál es la importancia terapéutica de la Ablación Endometrial comparado con el tratamiento médico en pacientes post-		X		

menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?					
89. ¿Cuál es el esquema terapéutico con mayor eficacia para el manejo conservador de la Hiperplasia Endometrial en mujeres post-menopáusicas?			X		
90. ¿Cuál es el protocolo a seguir en el Segundo Nivel de Atención en mujeres post-menopáusicas con Hiperplasia Endometrial?			X		
				Si	No
	Recomendada			X	
	No recomendada				X

Amenorrea: Ausencia de la menstruación por más de 90 días.

Ciclo menstrual: Periodo de 28 +/- 7 días, comprendido entre dos menstruaciones, durante el cual se llevan a cabo la maduración de folículos ováricos, la ovulación y la formación de un cuerpo lúteo.

Cefalea: El término cefalea hace referencia a los dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza, en los diferentes tejidos de la cavidad craneana, en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos que rodean el cuero cabelludo, cara y cuello

Consentimiento informado: Decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente sin presiones.

Dismenorrea Sangrado menstrual doloroso.

Endometrio: Es la mucosa que cubre el interior del útero y consiste en un epitelio simple prismático con o sin cilios, glándulas y un estroma rico en tejido conjuntivo y altamente vascularizado.

Esterilidad: Es la incapacidad de un individuo, hombre, mujer o de ambos integrantes de la pareja, en edad fértil, para lograr un embarazo por medios naturales, después de un periodo mínimo de 12 meses de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

Estrógenos: Los **estrógenos** son hormonas sexuales de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales. Los estrógenos inducen fenómenos de proliferación celular sobre los órganos, principalmente endometrio, mama y el mismo ovario. Tienen cierto efecto preventivo de la enfermedad cardiovascular y sobre el endometrio actúan coordinadamente con los **gestágenos**, otra clase de hormona sexual femenina que induce fenómenos de maduración. Los estrógenos presentan su mayor concentración los primeros 7 días de la menstruación.

Estudio Observacional En investigaciones acerca de enfermedades o tratamientos, se refiere a un estudio en el cual se permite a la naturaleza que siga su curso. Los cambios o las diferencias en una característica (por ejemplo, si las personas reciben o no un tratamiento o intervención específicas) son estudiados en relación a los cambios o diferencias en otros (por ejemplo, si mueren o no), sin la intervención del investigador. Existe un gran riesgo de selección sesgada en comparación con los estudios experimentales.

Fertilidad: Capacidad de producir o sustentar una progenie numerosa.

Gestágenos: Los **progestágenos**, también conocidos como **progestógenos** o **gestágenos**, son hormonas con un efecto similar a la progesterona, el único progestágeno natural. Todos los demás progestágenos son sintéticos, y se les conoce comúnmente con el nombre de progestina. Entre los gestágenos sintéticos encontramos al levonorgestrel (la llamada "píldora del día siguiente").

Todos los progestágenos tienen propiedades antiestrogénicas (es decir, revierten los efectos de los estrógenos del cuerpo) y antigonadotrópicas (es decir, inhiben la producción de esteroides sexuales en las gónadas).

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".

Hiperplasia endometrial: Es una proliferación o crecimiento excesivo de las células del endometrio, es decir, la capa superficial del útero, especialmente sus componentes glandulares.

Levonorgestrel: El levonorgestrel (o *L*-norgestrel o *D*-norgestrel) es una progestina sintética biológicamente activa. Es el principio activo del anticonceptivo de emergencia denominado "píldora del día después". Es uno de los métodos disponibles para mujeres usados para prevenir el embarazo

durante los primeros días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. Como todo método anticonceptivo de emergencia, no se recomienda utilizar el levonorgestrel con regularidad para evitar los embarazos no deseados.

Menarca: Es el comienzo de la función menstrual, particularmente el primer periodo menstrual de una mujer.

Menopausia Es el periodo de cese natural de la menstruación, que usualmente ocurre entre las edades de 45 a 50 años, señalando el fin de la capacidad reproductiva de la mujer.

Meta-análisis 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.

Menorragia Sangrado menstrual excesivo o prolongado.

Metromenorragia Es el sangrado uterino dentro de los periodos menstruales con flujo menstrual aumentado durante estos periodos menstruales.

Nuliparidad Nunca haber dado a luz a un infante viable.

Oligomenorrea Es la reducción en la frecuencia del sangrado menstrual.

Práctica clínica basada en evidencia La práctica clínica basada en evidencia involucra el realizar decisiones acerca del cuidado individual de los pacientes basados en la investigación de la mejor evidencia disponible en vez de basar las decisiones en opiniones personales o en la práctica común (la cual no siempre está basada 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: Una 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 meta-análisis.

Riesgo relativo 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. Cuando el "riesgo" del evento es el mismo en ambos grupos, el riesgo relativo es uno. In a study comparing two treatments, a relative risk of two would indicate that patients receiving one of the treatments had twice the risk of an undesirable outcome than those receiving the other treatment.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Amann M, Anguino H, Bauman RA, Cheung ML, Harris S, Kennedy J, Kivnick S, Lim A, Moore D, Munro M, Musoke L, Solh S. Postmenopausal uterine bleeding. Pasadena (CA): Kaiser Permanente Southern California; 2006 Dec. 27 p.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Endometrial ablation. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007 May. 16 p.
3. Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano Menopausia y post-menopausia. Guía de práctica clínica. Barcelona, Mayo del 2004
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of Post-Menopausal Bleeding. A national clinical guideline. Sept 2002
5. An evidence based guidelines for the management of uterine fibroids working Party of the New Zealand Guidelines Group. 2000.
6. SOGC Clinical Practice Guidelines. No. 86, February 2000. Diagnosis of Endometrial Cancer in Women with Abnormal Vaginal Bleeding.
7. SOGC Clinical Practice Guidelines. No. 109, January 2002. Hysterectomy.
8. SOGC Clinical Practice Guidelines. No. 163, July 2005. Gynaecological and Obstetric Management of Women With Inherited Bleeding Disorders.

7. AGRADECIMIENTOS

Secretaría de Salud del Estado de Durango
Servicios de Salud del Estado de Durango
Hospital General de Gómez Palacio, Dgo.
Jurisdicción Sanitaria No. 2, Gómez Palacio, Dgo.

8. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. Héctor Javier González Jácome	Subdirector de guías de práctica clínica
Dr. Luis Agüero y Reyes	Coordinador académico
Dra. Mirna García García	Coordinadora de guías de pediatría
Dr. Arturo Ramírez Rivera	Coordinador de guías de pediatría
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinadora de guías de gineco-obstetricia
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Dra. Mercedes del Pilar Álvarez Goris	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico

9. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Juan Francisco Molinar Horcasitas

Director General

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

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Servicios de Salud del Estado de Durango

Dra. Elvia Patricia E. Herrera Gutiérrez

Secretaria de Salud

Servicios de Salud del Estado de Durango

Dr. Luis Armando Sepúlveda Chapa

Secretario Técnico

Dirección de Innovación y Desarrollo

Dra. Magdalena Centeno

Servicios de Salud del Estado de Durango

10. COMITÉ NACIONAL 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 Simon 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