

PROCEDIMIENTO EN EVALUACIÓN:

Histerectomía como primera línea del tratamiento de la metrorragia

1. DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se entiende por **histerectomía** el procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación del útero ya sea por vía vaginal o abdominal (término MESH)

Definición del indicador: Altas programadas de mujeres mayores de 15 años con diagnóstico primario de metrorragia (códigos CIE-9: 626.2-626.9, 627.0, 627.1) y procedimiento de histerectomía (códigos CIE-9: 68.3-68.9). Se excluyen los casos que presenten diagnósticos de neoplasia uterina (códigos CIE-9: 179, 180, 182, 183, 184, 233.1, 233.2, 233.3)

2. DEFINICIÓN DE LA INDICACIÓN NO ADECUADA PARA EL PROCEDIMIENTO

Metrorragia: Sangrado uterino anormal no relacionado con la menstruación, usualmente en mujeres sin ciclo menstrual regular, que interfiere en la calidad de vida de la mujer. El sangrado irregular e imprevisible se produce por una disfunción del endometrio (término MESH)

En la literatura revisada se emplea el término sangrado uterino anormal o metrorragia disfuncional, que es aquel en el que se encuentra alterado el volumen, la duración, la regularidad o la frecuencia.

3. TIPO DE PROCEDIMIENTO

Procedimiento con alternativas más coste efectivas (según lista de Croydon).

4. PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO (SOLO EN CASO DE QUE LO HAYA)

Procedimiento con mejor alternativa: tratamiento farmacéutico con dispositivo intrauterino con levonorgestel dentro de los tratamientos farmacológicos y dentro de los quirúrgicos la 1ª línea de tratamiento recomendada es la ablación endometrial.

5. INICIATIVAS/LISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES QUE APOYAN LA INADECUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Croydon list. Audit Commission. Reducing spending on low clinical value treatments. Health briefing. London: Audit Commission; April 2011.
- NICE. Heavy menstrual bleeding: assessment and management, 2007. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg44> /Revisión de la evidencia en 2015 (1,2)
- NICE Do not do Recommendations database (National Institute for Health and Clinical Excellence) <http://www.nice.nhs.uk/usingguidance/donotdorecommendations/search.jsp>
- Comprehensive Management Framework (CMF) for the Australia's Medicare Benefits Schedule (MBS). Elshaug AG, Watt AM, Mundy T, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. Medical Journal of Australia, 2012; 197(10): 556-560.

6. EVIDENCIA QUE APOYA LA NO RECOMENDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE FORMA TOTAL O EN INDICACIONES CONCRETAS

6.1. RAZONES DE EFICACIA/EFFECTIVIDAD

En los años 90, la histerectomía era el tratamiento de primera línea que se realizaba en entorno al 60% de mujeres con metrorragia importante. Actualmente, con los diferentes tratamientos alternativos existentes, únicamente se recomienda la histerectomía como tratamiento de elección en la metrorragia intensa y prolongada, que afecta a la calidad de vida de la mujer; cuando se han explorado la etiología de la misma; las demás alternativas terapéuticas médicas o la cirugía conservadora han fallado o están contraindicadas; y la mujer ya no desea tener hijos (grado de recomendación D) (1,3).

Los tratamientos farmacológicos deben ser considerados cuando no existen lesiones estructurales anormales o fibrosis menor de 3 cm de diámetro que no causan distorsión de la cavidad uterina (D). Si se considera que los tratamientos hormonales son adecuados se recomienda comenzar con el dispositivo intrauterino con levonorgestrel (A), los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas (AINES) o ácido tranexámico (A) o una combinación con anticonceptivos orales (B) (1).

Cuando el primer tratamiento farmacológico sea inefectivo, se recomienda probar una segunda línea de tratamiento farmacológico antes que remitir inmediatamente a cirugía (D) (1).

La evidencia cuando se compara la histerectomía con otras alternativas terapéuticas (dispositivo intrauterino con levonorgestrel, embolización uterina y ablación endometrial) muestra que la histerectomía es altamente efectiva en el manejo de la hemorragia (1,3). Así, la tasa de sangrado tras 24 meses de tratamiento era del 37% en el caso del tratamiento farmacológico frente al 7% de la histerectomía ($p < 0,001$). La histerectomía conseguía una reducción significativa de la sintomatología excepto en la incontinencia urinaria, mientras que el tratamiento farmacológico reducía significativamente los síntomas de dolor pélvico e incontinencia de estrés ($p < 0,05$) (1).

El DIU con levonorgestrel ha demostrado una reducción del sangrado del 86% a los 3 meses y del 97% a los 12 meses (3). A pesar de que cuando se compara con la cirugía, ésta es más efectiva en la reducción de la hemorragia, el DIU con levonorgestrel presenta resultados equivalentes en la mejora de la calidad de vida a los cinco años, aspecto clave del tratamiento (1,3). No obstante, las mujeres con menorragia objetivada (> 80 ml) presentaban mejores resultados con la histerectomía frente al DIU-levonorgestrel en la ansiedad ($p = 0,003$), salud general ($p = 0,04$), energía ($p = 0,05$) y alivio del dolor ($p = 0,04$) (1).

La histerectomía frente a la ablación endometrial también tiene una mayor reducción del sangrado OR 0,12 (IC 95% 0,16-0,59). En cuanto a la satisfacción de las pacientes en una revisión sistemática, ésta era mayor con la histerectomía frente a la ablación endometrial a los 12 meses (OR: 0,46; IC 95% 0,24-0,88) y a los 24 meses (OR: 0,31; IC 95% 0,16-0,59) (1).

La embolización uterina comparada con la histerectomía muestra ser un procedimiento de menor duración (media: -16,4 min IC 95%: -26,0 a -6,8), con menor pérdida sanguínea intraoperatoria (media: -405ml IC 95%: -513 a -298), menor estancia hospitalaria (media: -26,7 días IC 95% -36,2 a -17,2) y más rápida recuperación de la actividad normal (media: -26,7 días IC 95% 36,2 a -17,2) sin diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la necesidad de transfusiones, complicaciones, y satisfacción con el tratamiento, aunque la tasa de readmisiones en los 42 días era mayor (OR 6 IC 95% 1,14-31,53) a favor de la histerectomía (1).

La cirugía muestra una ligera ventaja sobre los tratamientos farmacológicos que disminuye con el tiempo (control del sangrado a los 5 años OR=1,99, IC 95% 0,84-4,73). No obstante, en la interpretación de la evidencia hay que tener en cuenta las preferencias de las mujeres por evitar la histerectomía. En la evaluación económica realizada por el NICE el DIU con levonorgestrel es el tratamiento más coste efectivo y es la alternativa dominante frente a la cirugía (1).

En la revisión del NICE 2015 no se encuentra evidencia adicional sobre la no recomendación de la histerectomía como tratamiento de elección en el sangrado uterino anormal (2)

6.2. RAZONES DE SEGURIDAD

Siempre se recomienda discutir los riesgos y beneficios de la cirugía, así como las implicaciones que puede tener en relación a la fertilidad, la sexualidad, la función vesical, complicaciones del tratamiento, así como alternativas terapéuticas (D) (1).

Aunque la histerectomía constituye el tratamiento más efectivo, deben valorarse otras opciones menos invasivas para evitar las potenciales complicaciones que presenta. Así, mientras que los tratamientos farmacológicos como el DIU-levonorgestrel pueden producir sangrados irregulares en los primeros 6 meses, siendo menos común la amenorrea y raro la perforación del útero en la inserción; la histerectomía puede conllevar infección, menos frecuentemente hemorragia intraoperatoria, disfunción urinaria, siendo más raro la trombosis o tromboembolismo pulmonar e incluso muy raramente la muerte (complicaciones más frecuentes en caso de fibrosis) (1,3)

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Heavy menstrual bleeding: assessment and management. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). London: RCOG Press; Nov 2007. Disponible en London(UK):NICE 2007. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG44>
- (2) NICE. Centre for Clinical Practice - Surveillance Programme. CG44: Heavy menstrual bleeding: investigation and treatment. Surveillance Report March 2015.
- (3) Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL, Clinical Practice Gynaecology Committee. Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. J Obstet Gynaecol Can. 2013 May;35(5 eSuppl):S1-28.