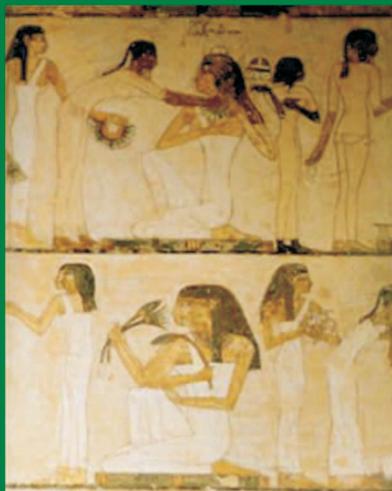


Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Ginecología



Sociedad Andaluza de Obstetricia y Ginecología



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

RECOMENDACIONES
PARA EL DIAGNÓSTICO
Y TRATAMIENTO EN
OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA

2^a
Revisión



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Sociedad Andaluza
de Obstetricia y Ginecología

AUTORES

Dr. Garrido Teruel, Rogelio	(Hospital Univ. Nuestra Sra. de Valme, Sevilla).
Dr. Garzón Sánchez, José M ^º	(Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva).
Dr. Sánchez Ramos, Jesús	(Hospital Univ. Virgen Macarena, Sevilla).
Dr. Torrejón Cardoso, Rafael	(Hospital Univ. Puerto Real, Cádiz).
Dr. López Villaverde, Vicente	(Hospital Univ. Ntra. Sra. de Valme, Sevilla).
Dr. Miranda Carranza, José	(Hospital Univ. Virgen de las Nieves, Granada).

COORDINACIÓN TÉCNICA

M^º Paz Valpuesta Bermúdez.
Fernando Llanes Ruiz.
Mercedes Farnés Plasencia.

DIRECCIÓN

Javier García Rollán.
M^º Aránzazu Irastorza Aldasoro.

SECRETARIA: Ana Isabel Tena Murillo

SERVICIO DE PROTOCOLOS ASISTENCIALES.
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS Y DESARROLLO.
DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA.

© Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

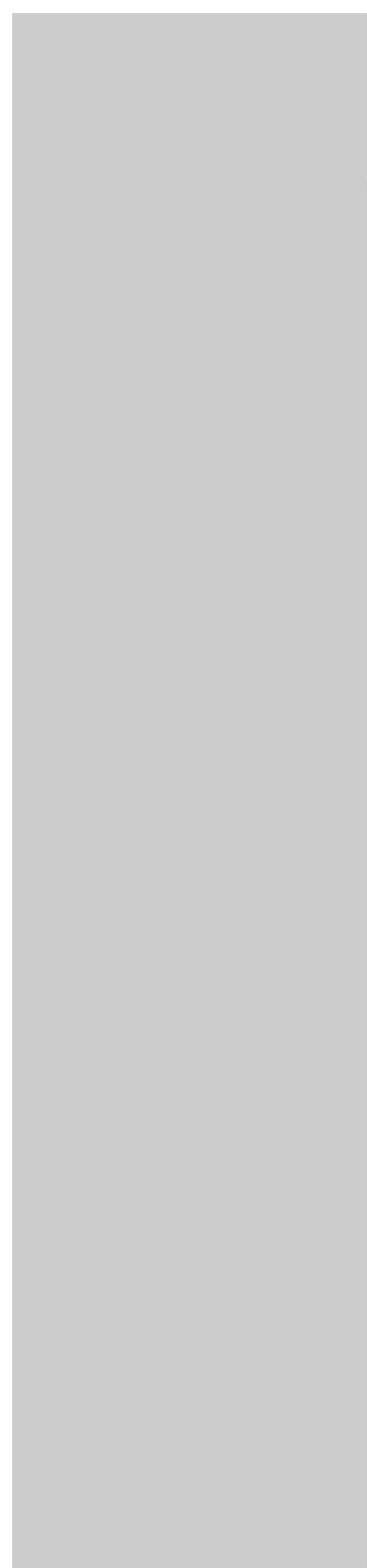
Edita: Servicio Andaluz de Salud.
Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla.
Tfno.: 955 01 80 00 Fax: 955 01 85 25
web: www.junta-andalucia.es

Depósito Legal: SE-1584/04

Maquetación e impresión: Tecnographic, s.l.

Índice

Introducción	5
Recomendaciones para el tratamiento quirúrgico del Prolapso Genital	7
Recomendaciones para la esterilización por el Bloqueo Tubárico	9
Recomendaciones para el tratamiento quirúrgico del Mioma Uterino	11
Indicaciones de la Cesárea Electiva	13
Tumores Anexiales	15
Intervenciones susceptibles de realizar en Hospital de día en Ginecología y Obstetricia	19



Introducción

En 1994, el Servicio Andaluz de Salud en colaboración con la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia, elaboró el documento de “Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento”, referidas a un grupo importante de procedimientos relacionados con esta especialidad. Esta edición fue revisada por primera vez en 1997.

Transcurrido más de 7 años desde esta última revisión, y continuando con la línea de colaboración entre el Servicio Andaluz de Salud y la Sociedad Andaluza de Ginecología, se constituyó una nueva Comisión con el objeto de actualizar dichas Recomendaciones. Fruto de la misma, es la edición que ahora se presenta y que esperamos sea de utilidad para los facultativos de la especialidad.

Como en la anterior revisión, la Comisión Asesora cree necesario señalar que, aunque estas recomendaciones constituyen un marco de referencia, tanto para la actividad asistencial de los facultativos como para las actuaciones del S.A.S., no excluyen la realización de otros procedimientos dependiendo de las circunstancias individuales de cada caso.



Recomendaciones para el tratamiento quirúrgico del prolapso genital

1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Existencia de prolapso (uterino, vaginal) comprobado clínicamente.
- Evaluación previa de la existencia de elongación de cuello y/o incontinencia urinaria.
- Investigación de otra patología sobreañadida que pueda condicionar el tratamiento.

2. CRITERIOS DE INDICACIÓN QUIRÚRGICA

- En general, los grados II y III son susceptibles de tratamiento quirúrgico, salvo contraindicación.
- En el grado I, la indicación quirúrgica dependerá de la sintomatología, edad, deseo genésico, etc.
- Solicitud por parte de la paciente, una vez conocida la entidad de proceso (consentimiento informado).

En todo caso, el riesgo médico-quirúrgico no debe ser superior al beneficio que se va a obtener (edad muy avanzada, patología médica asociada).

3. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La vía de elección es la vaginal, utilizándose la abdominal en los casos en que esté contraindicado o exista una patología asociada que así lo recomiende.

Dependiendo del tipo de patología, los procedimientos quirúrgicos recomendados serían:

- PROLAPSO UTERINO

Si es de grado II o III, se realizará histerectomía vaginal con colpoplastia anterior y posterior. Si existe incontinencia urinaria, deberá ser corregida en el mismo acto operatorio.

Si hay elongación del cuello con prolapso de grado I o sin él, se puede realizar una plastia de Manchester Fothergil.

- PROLAPSO DEL MUÑÓN CERVICAL

Extirpación del muñón cervical y fijación de la cúpula vaginal a los ligamentos uterosacros y/o al ligamento sacroespinoso.

Si además existe colpocele, se hará plastia vaginal anterior, posterior o ambas.

- **COLPOCELE**

Plastia vaginal anterior, posterior o ambas.

- **ENTEROCELE**

Plastia vaginal con disección completa del saco herniario.

- **PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL**

La técnica más utilizada es la fijación de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso. Si además hay incontinencia urinaria se reparará en el mismo acto quirúrgico.

- **CLEISIS VAGINALES Y/O VULVARES**

Está indicada como tratamiento de los prolapsos sólo en casos muy excepcionales, mujeres de edad muy avanzada y que vayan a permanecer inmóviles.

4. CUIDADOS

La hospitalización dependerá del tipo de intervención quirúrgica y de la técnica empleada.

Cuando sea necesario se realizará sondaje vesical permanente.

Recomendaciones para la esterilización por el bloqueo tubárico

1. CRITERIOS PREVIOS

Toda mujer que lo solicite, es susceptible de esterilización por bloqueo tubárico.

Será indispensable la exploración clínica ginecológica previa, incluyendo Citología y Ecografía.

2. CRITERIOS DE INDICACIÓN QUIRÚRGICA

Decisión libremente adoptada por persona con capacidad legal (previa información sobre ventajas y desventajas).

3. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Se recomienda el bloqueo tubárico, como técnica de elección, por vía laparoscópica.

Procedimiento anestésico general.

4. CUIDADOS

La hospitalización de la esterilización para bloqueo tubárico se hará preferentemente en hospital de día. No se excluye la posibilidad de hospitalización de 24 horas, quedando ésta a criterio médico.



Recomendaciones para el tratamiento quirúrgico del mioma uterino

1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN CLÍNICA GINECOLÓGICA
- ECOGRAFÍA
- CITOLOGÍA

Si se estima necesario, se pueden hacer otras exploraciones: Urografía, histeroscopia, legrado, etc.

2. CRITERIOS DE INDICACIÓN QUIRÚRGICA

Los criterios de indicación quirúrgica, son los siguientes:

- Existencia de SINTOMATOLOGÍA dependiente del mismo. Teniendo especial importancia la infertilidad y las metrorragias con repercusión hemática.
- TAMAÑO Y NÚMERO de miomas. En general habría indicación quirúrgica en miomas grandes, superiores a 7 cm.

Podrá adoptarse una actitud conservadora en función de los factores de edad, localización, aspecto ecográfico, fertilidad.

- EDAD. FERTILIDAD.
- LOCALIZACIÓN Y ASPECTO ECOGRÁFICO del mismo.

CONTRAINDICACIÓN QUIRÚRGICA.

La intervención estará contraindicada cuando exista un riesgo médico-quirúrgico excesivo para la misma.

3. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Si la mujer desea tener descendencia está indicada la MIOMECTOMÍA, si es posible. En caso de disponer de la experiencia y medios adecuados, se puede utilizar LAPAROSCOPIA, HISTEROSCOPIA o EMBOLIZACIÓN.

Si la mujer no desea descendencia, se recomienda HISTERECTOMÍA o MIOMECTOMÍA, dependiendo de los factores de indicación quirúrgica relacionados anteriormente.

Se considera necesaria una información previa completa a la mujer sobre las ventajas y desventajas de ambas técnicas.

Considerar tratamiento médico con análogos GnRh en dos situaciones:

- Como paso previo a intervención quirúrgica.
- En mujeres perimenopáusicas.

El procedimiento anestésico será preferentemente general.

4. CUIDADOS

El tipo de hospitalización depende del tipo de intervención y de la técnica empleada. La estancia será la mínima posible, siempre que se garantice la asistencia postoperatoria.

Indicaciones de la cesárea electiva

CONCEPTO:

La cesárea electiva es aquella intervención que se programa para su realización antes del inicio del parto.

INDICACIONES:

Se pueden dividir en:

- **Absolutas:** Aquellas en las que el parto vaginal es imposible o inadecuado:

- Desproporción céfalo- pélvica constatable antes del inicio del parto.
- Placenta previa oclusiva.
- Tumoración previa.
- Algunas malformaciones fetales (gemelos toracópagos, grandes tumoraciones...).
- Cáncer invasivo de cuello.

Además de estas indicaciones consideradas como absolutas para que un parto transcurra por vía vaginal, hay una serie de circunstancias en las que se recomienda la cesárea electiva:

- **Relativas:**

- Riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF) anteparto.
- Enfermedad materna que contraindique el parto vaginal.
- Dos cesáreas previas.
- Incisión corporal previa.
- Malformación fetal compatible con la vida y que puede empeorar con el parto vaginal.
- Herpes Genital activo en el momento del parto.
- Madre seropositiva a VIH, especialmente si no ha recibido tratamiento antirretroviral o tiene una elevada carga viral.

- Gestación múltiple (gemelar con primer feto en presentación no cefálica, tres o más fetos).
- Presentación de nalgas que no cumpla los criterios para esperar un parto vaginal.
- Macrosomía: se indicará Cesárea Electiva en aquellas situaciones en las que el peso fetal estimado esté claramente por encima del percentil 90 después de la 38 semana de gestación.

Tumores anexiales

1. DIAGNÓSTICO.

Exploración:

- Inspección
- Palpación
- Tacto vagino-abdominal
- Ecografía vaginal y/o abdominal.

Métodos complementarios:

- Doppler pulsado en color.
- Índice morfológico y hemodinamia.
- Tomografía Axial Computarizada.
- Resonancia magnética.
- Radiografía de abdomen.
- Laparoscopia
- Marcadores Tumorales:
 - Carcinoma epitelial: CA-125
 - Coriocarcinoma: Beta-hCG
 - Carcinoma embrionario: Beta-hCG, AFP, LDH.
 - Tumor del seno endodérmico: AFP, LDH
 - Disgerminoma: LDH, Beta-hCG, AFP, NSE.
 - Teratoma inmaduro: NSE.

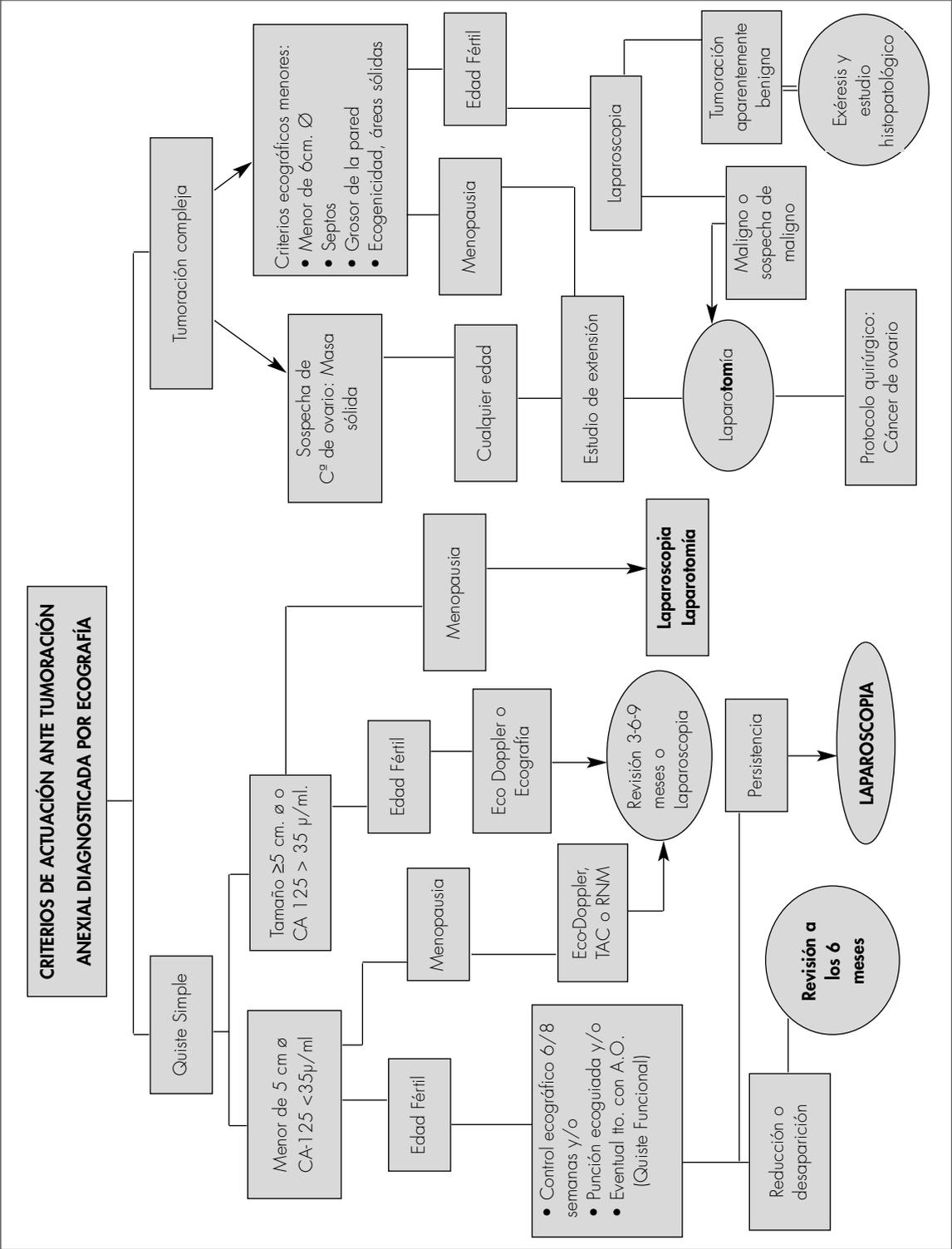
2. Tratamiento:

Determinado por:

- Criterios de benignidad (diagnóstico por imagen).
- Edad del paciente (adolescente, edad genésica y menopáusica).
- Tamaño y morfología de la lesión.

3. Definición de los criterios ecográficos de tumoraciones:

- Tumoraciones simples:
 - Paredes menores de 3 mm.
 - Ausencia de tabiques.
 - Ausencia de vegetaciones intraquísticas.
 - Límites precisos.
 - Contornos regulares
- Tumoraciones complejas:
 - Pared mayor de 3 mm.
 - Tabiques mayores de 3 mm.
 - Vegetaciones intraquísticas.
 - Tumoraciones mixtas
 - Límites imprecisos
 - Contornos irregulares.





Intervenciones susceptibles de realizar en hospital de día en ginecología y obstetricia

La hospitalización de día requiere unas condiciones previas: decisión del cirujano, aceptación del paciente, distancia del domicilio al Hospital menor de 1 hora, hábitat y entorno familiar aceptable, seguimiento postoperatorio garantizado (teléfono, hospitalización domiciliaria, médico de cabecera), bajo riesgo anestésico y ausencia de complicación del acto operatorio.

Las intervenciones ginecológicas que consideramos se pueden incluir, son las siguientes:

1. Laparoscopia Diagnóstica.
2. Laparoscopia Operatoria.
 - Embarazo ectópico.
 - Quiste de ovario.
 - Endometriomas.
 - Ooforectomía.
 - Biopsia ovárica.
 - Pequeños miomas.
 - Bloqueo tubárico.
3. Histeroscopia Diagnóstica que necesiten anestesia general.
4. Histeroscopia Operatoria.
 - Extirpación de pólipos.
 - Extirpación de tabiques uterinos.
 - Resección endometrial (en algunos casos).
 - Resección de pequeños miomas submucosos.

5. Plastia Perineal posterior.
 - Rectocele.
 - Reparación-extirpación de algunas fistulas perineo-vaginales.
 - Reparación de desgarros perineales (no de 3er grado).
6. Marsupialización de la Glándula de Bartholino.
7. Extirpación de Quistes de Bartholino.
8. Pequeños Quistes o Fibromas Vaginales.
9. Conización, especialmente LLETZ.
10. Extirpación de grandes pólipos cervicales.
11. Reparación de desgarros de Cuello (PLASTIA DE EMMET).
12. Vaporización (excisión) de Condilomas cervicales, vaginales, vulvo-perineales, con láser CO₂.
13. Extirpación de nódulos de mama.
14. Biopsias mamarias previo marcaje radiológico.
15. Legrados diagnósticos con anestesia general.
16. legrados por aborto incompleto inevitable con anestesia general o local, si no hay contraindicación por hemorragia, etc...
17. Algunas biopsias.

En todos estos procesos no se excluye la posibilidad de hospitalización, quedando ésta a criterio médico.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD