

1^{er} Consenso
ecuadoriano
para el manejo
farmacológico de la
Miomatosis Uterina



GEDEON RICHTER

La salud es nuestra misión



Panel de expertos:

Altamirano Iván, Argote Victoria, Blum Samaniego Roberto, Caicedo Sofía, Chávez Allison, Chedraui Peter, Chérrez Nelson, Cifuentes Mónica, Del Pozo Marco, Guerrero Omar, Herrera Tamara, León León Patricia, López Carlos, Luque Geovanny, Malla Luis, Marengo Humberto, Miranda Octavio, Molina Gustavo, Morales María Fernanda, Neira Hernán, Noboa Enrique, Pirela María del Rosario, Romero Samanda, Salazar Stepania, Salazar Danilo, Salazar Danny, Saltos Ligia, Torres Jessica, Unda Christian.

Metodólogos:

Falcón Juan Carlos, Terán Enrique

Créditos

Título: Consenso Ecuatoriano para el Manejo Farmacológico de la Miomatosis Uterina.

Primera edición: mayo de 2026

ISBN: 978-9907-0-1258-3

Esta obra se distribuye bajo una licencia tipo Atribución (CC BY). Se permite copiar, reproducir, distribuir, comunicar públicamente, traducir y adaptar esta publicación, en cualquier medio o formato, incluso con fines comerciales, siempre que se otorgue el reconocimiento adecuado a la fuente original. No se imponen restricciones adicionales a las aquí establecidas. El uso del contenido no debe implicar respaldo por parte de los autores ni desvirtuar el sentido original de la obra.

Cita sugerida:

Terán E, Altamirano I, Argote V, et al. Consenso Ecuatoriano para el Manejo Farmacológico de la Miomatosis Uterina. Primera edición. Quito: Imprenta Graphic Solutions, 2026.

El Consenso Ecuatoriano para el Manejo Farmacológico de la Miomatosis Uterina cuenta con el Aval Académico de la Escuela de Medicina - Colegio de Ciencias de la Salud de la Universidad San Francisco de Quito y el aval científico de la Academia Ecuatoriana de Medicina; Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología - FLASOG; Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia - FESGO; la Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, Capítulo Pichincha - SEGO-P y Capítulo Guayas - SEGO-G; y la Sociedad Ecuatoriana de Farmacología - SEF.

La medicina es una ciencia en permanente cambio. Los aspectos farmacológicos y terapéuticos relacionados con el uso de los fármacos requieren una continua actualización y revisión. Los autores utilizaron fuentes bibliográficas veraces para ofrecer información completa y acorde con los estándares médicos y éticos aceptados internacionalmente al momento de esta publicación. Sin embargo, debido a eventuales errores humanos y cambios en las ciencias médicas, se recomienda siempre verificar en otras fuentes. En el caso de las dosis, se sugiere revisar la información de los productos contenida en los insertos de cada fármaco, antes de ser administrados.

Contacto para información:

Enrique Terán, MD, PhD, teléfono: +593984621234,
correo electrónico: e_teran_uce@hotmail.com. Quito, Ecuador.

Diseño y diagramación:

Nexus Comunicación +593-960269869, franzitro@gmail.com, Quito, Ecuador.

Impresión:

Graphic Solutions, Quito, Ecuador.

Impreso en Ecuador · Printed in Ecuador

Este libro se pudo imprimir gracias a un auspicio educativo no condicionado de Gedeon Richter Ecuador.

Distribución gratuita nacional e internacional



Afiliaciones

Altamirano Iván

Práctica privada y docente, Universidad de Guayaquil y Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

Argote Victoria

Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora "Luz Elena Arismendi", Ministerio de Salud Pública y docente, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.

Blum Samaniego Roberto

Práctica privada- Guayaquil, Ecuador.

Caicedo Sofía

Hospital General del Norte de Guayaquil IESS "Los Ceibos", Instituto de Seguridad Social y docente, Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Guayaquil, Ecuador

Chávez Allison

Hospital General del Norte de Guayaquil IESS "Los Ceibos", Instituto de Seguridad Social. Guayaquil, Ecuador

Chedraui Peter

Escuela de Postgrado en Salud, Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Samborondón, Ecuador

Chérrez Nelson

Centro de Especialidades Médicas IESS "Comité del Pueblo", Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito, Ecuador.

Cifuentes Mónica

Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora "Luz Elena Arismendi", Ministerio de Salud Pública. Quito, Ecuador.

Del Pozo Marco

Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador

Guerrero Omar

Hospital de Milagro Dr. Federico Bolaños Moreira, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Milagro, Ecuador.

Herrera Tamara

Hospital de Especialidades Axxis y docente, Universidad Internacional del Ecuador, Quito, Ecuador.

León León Patricia

Instituto de Reproducción Humana, Fertilidad y Ginecología, y docente, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

López Carlos

Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora "Luz Elena Arismendi", Ministerio de Salud Pública. Quito, Ecuador.

Luque Geovanny

Hospital Madre Teresa - IECED. Portoviejo, Ecuador.

Malla Luis

Hospital de Especialidades Portoviejo, Ministerio de Salud Pública. Portoviejo, Ecuador.

Marengo Humberto

Hospital Alcívar y docente, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

Miranda Octavio

Hospital Básico Central Ambato y docente, Universidad Autónoma de Los Andes. Ambato, Ecuador.

Molina Gustavo

Hospital de los Valles y docente, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador.

Morales Fernanda

Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Ministerio de Salud Pública, y docente Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.

Neira Hernán

Hospital Universitario del Río. Cuenca, Ecuador.

Noboa Enrique

Hospital Metropolitano y docente, Universidad San Francisco de Quito. Quito, Ecuador

Pirela María del Rosario

Hospital Básico El Ángel, Ministerio de Salud Pública. El Ángel, Ecuador.

Romero Samanda

Hospital General Enrique Garcés, Ministerio de Salud Pública; y docente, Pontificia Universidad Católica del Ecuador y Universidad de las Américas. Quito, Ecuador.

Salazar Stephania

Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador

Salazar Danilo

Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador

Salazar Danny

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

Salto Ligia

Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Ministerio de Salud Pública, y docente Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.

Torres Jessica

Hospital Clínica Kennedy. Samborondón, Ecuador.

Unda Christian

Hospital General del Norte de Guayaquil IESS "Los Ceibos", Instituto de Seguridad Social. Guayaquil, Ecuador.

Coordinadores metodológicos**Falcón Juan Carlos**

MedSci Institute. Ciudad de México, México.

Terán Enrique

Colegio de Ciencias de la Salud, Universidad San Francisco de Quito USFQ. Quito, Ecuador.



Índice

Créditos	2
Índice general	5
Introducción	7
Métodos	10
Diseño del estudio y marco metodológico	10
Selección del panel de expertos	12
Definición de escenarios clínicos y búsqueda de la evidencia	12
Proceso de consenso y rondas de calificación	13
Análisis estadístico y definición de acuerdo	14
Recomendaciones.....	15
Sección 1. Moduladores del eje de la hormona liberadora de gonadotropina (HLG)	16
Sección 2. Sistemas intrauterinos (SIU).....	21
Sección 3. Progestágenos sistémicos.	24
Sección 4. Anticonceptivos orales combinados (AOC).....	26
Sección 5. Moduladores selectivos del receptor de progesterona (MSRP).....	30
Sección 6. Terapias no hormonales y emergentes.....	33
Sección 7. Inhibidores de la aromatasa (Letrozol)	36
Referencias.....	37
Índice analítico.....	42



Introducción

La miomatosis uterina constituye la neoplasia benigna más frecuente en mujeres en edad reproductiva, con una prevalencia estimada que puede alcanzar entre el 70% y el 80% a lo largo de la vida reproductiva femenina [1-3]. A pesar de su naturaleza histológica benigna, representa una de las principales causas de morbilidad ginecológica, al asociarse con síntomas que afectan significativamente la calidad de vida, la salud reproductiva y el bienestar general de las pacientes [1,2]. Entre sus manifestaciones clínicas más relevantes destacan el sangrado menstrual abundante y los síntomas compresivos derivados del tamaño y la localización de los leiomiomas [4].

Históricamente, el manejo clínico de los leiomiomas uterinos se ha caracterizado por una dicotomía terapéutica entre la observación expectante y el tratamiento quirúrgico, principalmente mediante miomectomía o histerectomía [5]. Durante décadas, estas estrategias representaron las principales opciones disponibles para el control de los síntomas y las complicaciones asociadas a esta patología. Sin embargo, en los últimos años el panorama terapéutico ha evolucionado de manera significativa gracias al desarrollo de nuevas estrategias farmacológicas dirigidas a modular los mecanismos hormonales involucrados en el crecimiento tumoral.



En este contexto, los antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (HLG), particularmente cuando se emplean en combinación con terapia add-back, han demostrado eficacia en el control del sangrado menstrual abundante y en la reducción del volumen de los miomas [6-8]. No obstante, su uso debe individualizarse y considerarse preferentemente en pacientes con enfermedad sintomática moderada a severa o en quienes otras alternativas terapéuticas han resultado insuficientes, en concordancia con la evidencia disponible. De igual manera, los moduladores selectivos del receptor de progesterona (MSRP) y los sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel han ampliado el espectro de opciones terapéuticas disponibles para el manejo médico de esta enfermedad [9,10].

A pesar de estos avances terapéuticos, la miomatosis uterina continúa siendo una de las principales indicaciones de histerectomía a nivel mundial, lo que refleja la carga clínica persistente de esta enfermedad y su impacto en los sistemas de salud [3,9]. Además de las implicaciones clínicas, esta situación conlleva una carga económica considerable y repercusiones importantes en la calidad de vida y productividad de las mujeres durante una etapa fundamental de su vida reproductiva y laboral [9].

En el contexto regional, el acceso a las diferentes alternativas terapéuticas farmacológicas puede variar entre instituciones y sistemas de salud, lo que se traduce con frecuencia en una heterogeneidad significativa en las estrategias de manejo clínico. Esta variabilidad subraya la necesidad de desarrollar recomendaciones que orienten la toma de decisiones terapéuticas con base en la mejor evidencia científica disponible. El Consenso Ecuatoriano sobre el Tratamiento Farmacológico de la Miomatosis Uterina tiene como objetivo integrar la evidencia científica actual con la experiencia clínica de especialistas nacionales para establecer recomendaciones prácticas orientadas al manejo médico de esta patología.



El documento propone un marco de decisión clínica que incorpora la clasificación de los leiomiomas de acuerdo con el sistema de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), ampliamente utilizado para la caracterización de las causas de sangrado uterino anormal en mujeres en edad reproductiva [11]. Asimismo, el consenso aborda el papel del tratamiento farmacológico en distintos escenarios clínicos, incluyendo el control del sangrado menstrual abundante, la optimización hematológica previa a procedimientos quirúrgicos y el manejo prolongado de pacientes en quienes se busca preservar el útero o diferir intervenciones quirúrgicas mayores [12,13].

Finalmente, los avances recientes en la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos de los leiomiomas que incluyen la interacción entre factores hormonales, genéticos y moleculares, han permitido identificar nuevos blancos terapéuticos que abren perspectivas para el desarrollo de tratamientos médicos más específicos y eficaces [1,2]. Es importante señalar que algunas intervenciones emergentes como la vitamina D o compuestos bioactivos (ej. EGCG) aún se encuentran en fases de investigación clínica, por lo que su uso debe interpretarse con cautela y no como estándar terapéutico [14,15].

En este contexto, el presente consenso pretende ofrecer a los ginecólogos una guía clara, basada en evidencia y adaptada al contexto clínico regional, que facilite la toma de decisiones individualizadas en el manejo farmacológico de la miomatosis uterina.

Métodos

Diseño del estudio y marco metodológico

Se desarrolló un proceso de consenso formal utilizando el método RAND/UCLA de apropiación clínica (RAND/UCLA Appropriateness Method), un enfoque estructurado que permite integrar de forma sistemática la mejor evidencia científica disponible con el juicio clínico experto, con el objetivo de evaluar la idoneidad de las intervenciones farmacológicas en escenarios clínicos específicos relacionados con la miomatosis uterina [16,17]. De manera complementaria, se empleó el sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) para evaluar la calidad o certeza de la evidencia científica, asegurando un proceso transparente, explícito y reproducible en la transición entre la evidencia disponible y los juicios clínicos emitidos por el panel de expertos [18-20].

En este consenso, GRADE se utilizó exclusivamente para la evaluación de la evidencia, mientras que las decisiones de apropiación clínica se establecieron mediante el método RAND/UCLA, manteniendo la independencia conceptual entre ambos enfoques [16,18].

La interpretación de los niveles de certeza de la evidencia se realizó de acuerdo con la clasificación propuesta por el GRADE Working Group, que distingue cuatro categorías (alta, moderada, baja y muy baja) representadas mediante la notación gráfica correspondiente (⊕⊕⊕⊕ a ⊕○○○), cuya descripción e interpretación se presentan en el Cuadro 1 [18,20].



Cuadro 1. Interpretación del nivel de evidencia según el sistema GRADE.

Nivel de evidencia	Símbolo	Interpretación
Alta	⊕⊕⊕⊕	Alta confianza en que el efecto estimado es cercano al efecto real. Es poco probable que investigaciones adicionales modifiquen sustancialmente la estimación del efecto.
Moderada	⊕⊕⊕○	Confianza moderada en la estimación del efecto. Investigaciones adicionales podrían tener un impacto importante en la estimación y modificar la magnitud del efecto observado.
Baja	⊕⊕○○	Confianza limitada en la estimación del efecto. Es probable que nuevas investigaciones modifiquen de manera importante la estimación del efecto.
Muy baja	⊕○○○	Evidencia muy incierta. La estimación del efecto es muy limitada y el efecto real puede ser sustancialmente diferente.

Nota: La representación gráfica mediante símbolos (⊕) permite identificar de forma rápida el nivel de certeza de la evidencia que respalda cada recomendación clínica presentada en el documento. Adaptado del sistema de gradación de evidencia del GRADE Working Group [18,20].

Selección del panel de expertos

El panel de consenso estuvo conformado por 29 médicos especialistas en ginecología y obstetricia, con experiencia clínica reconocida en el diagnóstico y tratamiento farmacológico de la miomatosis uterina en Ecuador. Los criterios de inclusión para los expertos fueron:

- Práctica clínica activa y experiencia comprobable en el manejo médico de la miomatosis uterina.
- Ausencia de conflictos de interés significativos, que aseguran la imparcialidad del panel mediante la exclusión de especialistas con cargos de decisión en la regulación pública de medicamentos. Asimismo, los participantes declararon no haber recibido honorarios ni compensaciones de la industria farmacéutica por su labor en el desarrollo de este consenso.
- Compromiso formal de participación y capacitación previa en las metodologías RAND/UCLA y GRADE, conforme a las recomendaciones internacionales para el desarrollo de consensos clínicos [16,18].

Definición de escenarios clínicos y búsqueda de la evidencia

Se definieron escenarios clínicos estructurados centrados en mujeres con diagnóstico confirmado de miomatosis uterina, establecido mediante criterios clínicos y estudios de imagen, de acuerdo con estándares internacionalmente aceptados, candidatas a tratamiento farmacológico.

Los escenarios clínicos fueron deliberadamente amplios y no restringidos por el tipo, número, tamaño o localización de los miomas, la severidad de los síntomas, el deseo reproductivo o la clasificación FIGO, con el objetivo de evaluar la apropiación clínica de las diferentes clases terapéuticas en un amplio espectro de situaciones clínicas, en concordancia con los principios del método RAND/UCLA [16,17].



No obstante, para la interpretación clínica de los resultados y su aplicación práctica, se consideraron de forma implícita variables críticas como la distorsión cavitaria, el tamaño tumoral y el deseo reproductivo, en concordancia con la evidencia derivada de ensayos clínicos y su aplicabilidad en la práctica real.

Previo a la fase de calificación, un comité metodológico facilitador realizó una revisión sistemática de la literatura científica, enfocada en desenlaces clínicos relevantes para la miomatosis uterina, incluyendo control del sangrado uterino anormal, reducción del volumen uterino o de los miomas, mejoría de los síntomas asociados, calidad de vida y perfil de seguridad.

El cuerpo de la evidencia fue evaluado por los expertos mediante el sistema GRADE, clasificando la calidad de la evidencia por desenlace clínico en cuatro niveles (alta, moderada, baja o muy baja), considerando los dominios metodológicos estándar: riesgo de sesgo, inconsistencia, indirectitud, imprecisión y sesgo de publicación [18-20].

La fuerza de la recomendación (fuerte o condicional) fue considerada como un marco interpretativo adicional, sin sustituir el juicio de apropiación clínica propio del método RAND/UCLA [18].

Proceso de consenso y rondas de calificación

El proceso de consenso se llevó a cabo mediante dos rondas estructuradas de calificación, utilizando una escala ordinal de 9 puntos, de acuerdo con la metodología RAND/UCLA [16,17].

- **Primera ronda (presencial):**

Tras la capacitación metodológica y la revisión de la evidencia evaluada mediante GRADE, los expertos calificaron de forma individual y confidencial la apropiación clínica de cada intervención farmacológica en los distintos escenarios clínicos. La apropiación clínica se definió como aquella situación en la que los beneficios clínicos esperados superan los riesgos potenciales por un margen suficientemente amplio, independientemente de los costos [16].

- **Segunda ronda (virtual):**

Los resultados agregados de la primera ronda se presentaron a los participantes de forma anónima, seguido de una discusión estructurada. Posteriormente, se realizó una segunda votación con el objetivo de refinar las puntuaciones y reducir la variabilidad, preservando la independencia del juicio individual, conforme a las recomendaciones metodológicas internacionales [16,17].

Análisis estadístico y definición de acuerdo

Para cada intervención farmacológica y escenario clínico, se calculó la mediana de las puntuaciones obtenidas en la segunda ronda. De acuerdo con los criterios del método RAND/UCLA, las intervenciones se clasificaron como [16,17]:

- **Inapropiadas (1-3 puntos):** los riesgos superan claramente los beneficios clínicos esperados.
- **Inciertas (4-6 puntos):** el balance entre beneficios y riesgos es similar o la evidencia disponible es insuficiente para emitir un juicio concluyente.
- **Apropiadas (7-9 puntos):** los beneficios clínicos superan de manera clara y consistente los riesgos potenciales.

El consenso se definió cuando la mediana se ubicó en el rango de 7 a 9 puntos y no se identificó desacuerdo significativo, evaluado mediante la distribución de las puntuaciones individuales, conforme a los criterios establecidos por el método RAND/UCLA.

Las intervenciones clasificadas como apropiadas fueron consideradas idóneas para su uso en el contexto clínico nacional ecuatoriano, considerando la práctica habitual y la disponibilidad terapéutica [16,17].



Recomendaciones

La presente sección reúne las recomendaciones y pronunciamientos técnicos derivados del proceso deliberativo y de calificación realizado por un panel integrado por 29 especialistas en ginecología y obstetricia de Ecuador. Estos resultados representan la síntesis del análisis crítico de la evidencia científica disponible y de su aplicabilidad en la práctica clínica dentro del contexto del sistema de salud nacional.

Desde el punto de vista metodológico, cada uno de los pronunciamientos fue evaluado mediante el método RAND/UCLA para la determinación de adecuación. El consenso se consideró alcanzado debido a que las puntuaciones otorgadas por los expertos tuvieron medianas entre 7 y 9, lo que indica la ausencia de desacuerdo significativo entre los miembros del panel.

Los niveles de recomendación y las tablas de decisión clínica que se presentan a continuación fueron elaborados a partir de un alto grado de concordancia entre los especialistas participantes y constituyen un marco de referencia clínico destinado a apoyar la toma de decisiones en el abordaje farmacológico de la miomatosis uterina.

Sección 1

Moduladores del eje de la hormona liberadora de gonadotropina (HLG)

El tratamiento con anticonceptivos hormonales combinados (AHC) representa una estrategia terapéutica ampliamente validada para el manejo del dolor y la prevención de recurrencia en mujeres con endometriosis, tanto antes como después de la cirugía conservadora.

1.1

Antagonista de la HLG: Relugolix en Terapia Combinada

Pregunta PICO: En pacientes en etapa reproductiva con Sangrado Menstrual Abundante (SMA) secundario a miomatosis, ¿cuál es la eficacia de Relugolix (40 mg) asociado a estradiol (1 mg) y acetato de noretisterona (0.5 mg) en comparación con el placebo para reducir el sangrado y preservar la densidad mineral ósea (DMO) a las 52 semanas?

Análisis de Evidencia: En los ensayos fase III LIBERTY 1 y 2, la TC con Relugolix logró una tasa de respuesta (volumen < 80 mL y reducción ≥ 50 % del basal) del 73.4% (IC 95%, 67.3% a 78.8%) frente al 18.9% del grupo placebo ($p < 0.001$). La reducción media del volumen de sangrado respecto al basal fue del



84.3%. La amenorrea se alcanzó en una mediana de 36 días. El perfil de seguridad ósea mostró un cambio medio en la DMO de la columna lumbar de apenas -0.23% (IC 95%, -0.49 a 0.03) a las 52 semanas, demostrando que la terapia add-back neutraliza eficazmente el riesgo de desmineralización por hipoestrogenismo profundo [6].



Recomendación: Se recomienda como una opción terapéutica altamente eficaz en pacientes seleccionadas, particularmente en enfermedad sintomática moderada a severa o refractaria, y no como primera línea universal en todos los escenarios clínicos



Nivel de evidencia: Alta [⊕⊕⊕⊕]



Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor.

1.2

Antagonista de la HLG: Elagolix en Terapia Combinada (TC)

Pregunta PICO: En mujeres con síntomas compresivos y SMA por miomas, ¿cuál es la magnitud de la reducción del volumen del leiomioma primario y la mejora en los dominios de calidad de vida en el Cuestionario de Síntomas de Miomas Uterinos y Calidad de Vida (UFS-QOL) tras la administración de Elagolix (300 mg dos veces al día) con terapia add-back?

Análisis de Evidencia: Los estudios ELARIS UF-1 y UF-2 confirmaron una reducción en el sangrado en el 68.5% de las pacientes. Elagolix demostró una reducción media del volumen del mioma primario del -37.2% (IC 95%, -41.3 a -33.1) frente al -1.4% del placebo ($p < 0.001$). Los resultados informados por

el paciente (RIP) evidenciaron una mejora en la calidad de vida de 27.5 puntos en la escala UFS-QOL ($p < 0.001$) a los 6 meses de tratamiento [7].



Recomendación: Se recomienda para el control del SMA y la reducción moderada del volumen tumoral.



Nivel de evidencia: Alta [⊕⊕⊕⊕]



Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor.

1.3

Antagonista de la HLG: Linzagolix (Dosis Flexibles)

Pregunta PICO: En pacientes con sangrado menstrual abundante asociado a miomas uterinos, ¿es eficaz el Linzagolix (100 mg) sin add-back para el control del SMA manteniendo niveles de estradiol endógeno en la ventana terapéutica (20–50 pg/mL)?

Análisis de Evidencia: En el programa PRIMROSE, la dosis de 200 mg con add-back alcanzó un éxito en la reducción del sangrado del 93.9% (IC 95%, 89.1% a 97.1%). Notablemente, la dosis de 100 mg (sin hormonas adicionales) logró el control en el 56.7%, manteniendo el estradiol en niveles suficientes para mitigar síntomas vasomotores y pérdida ósea acelerada sin requerir estrógenos exógenos [8].



Recomendación: Se sugiere el uso de dosis flexibles individualizadas según el perfil clínico, balance riesgo-beneficio y contraindicación al uso de terapia add-back.



Nivel de evidencia: Alta [⊕⊕⊕⊕]



Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor.



1.4

Agonista de la HLG: Acetato de Leuprolida

Pregunta PICO: En el escenario preoperatorio de miomatosis de úteros grandes, ¿cuál es la eficacia de leuprolida sobre los niveles de hemoglobina y la reducción de la pérdida sanguínea intraoperatoria?

Análisis de Evidencia: Induce una reducción volumétrica entre el 45% y 50%. Un metaanálisis Cochrane confirma que el tratamiento preoperatorio aumenta la hemoglobina en una media de 1.51 g/dL (IC 95%, 1.27 a 1.75) y reduce la pérdida de sangre intraoperatoria en 68 mL (IC 95%, 39 a 96) [21].

 **Recomendación:** Se recomienda para optimización prequirúrgica limitada a 3-6 meses.

☆☆ **Nivel de evidencia:** Alta [⊕⊕⊕⊕]

☆☆☆ **Fuerza de la recomendación:** Fuerte a favor.

1.5

Agonista de la HLG: Goserelina

Pregunta PICO: ¿Cuál es la eficacia de Goserelina en la inducción de amenorrea prequirúrgica y el control del dolor pélvico crónico derivado del efecto de masa?

Análisis de Evidencia: Eficacia citorreductora equiparable a otros agonistas. Ensayos clínicos han demostrado reducción

significativa del volumen uterino y control sintomático, con resultados consistentes con revisiones sistemáticas que reportan eficacia clínica comparable dentro de la clase. Sin terapia *add-back*, el 80% de las pacientes experimentan síntomas vasomotores profundos. Es altamente efectiva para reducir la presión pélvica y el dolor compresivo antes de la intervención definitiva [21].



Recomendación: Alternativa eficaz para citorreducción pre-miomectomía.



Nivel de evidencia: Alta [⊕⊕⊕⊕]



Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor.



Sección 2

Sistemas intrauterinos (SIU)

2.1

SIU de Levonorgestrel (SIU-LNG) 52 mg

Pregunta PICO: En pacientes con miomatosis FIGO 3-6, ¿cuál es la eficacia del SIU-LNG frente a los anticonceptivos orales combinados (AOC) para reducir el SMA y el incremento de hemoglobina?

Análisis de Evidencia: Reduce la pérdida sanguínea en un 90.9% a los seis meses ($p < 0.001$), frente al 13.4% de los AOC. Se observa un incremento medio de hemoglobina de 2.0 g/dL. La tasa de expulsión en úteros con miomas intramurales se sitúa entre el 10% y 15%, lo cual es superior a la población general pero aceptable frente al beneficio [22,23].



Recomendación: Se recomienda en pacientes sin distorsión significativa de la cavidad endometrial, ya que su eficacia puede verse comprometida en presencia de alteraciones anatómicas intracavitarias.



Nivel de evidencia: Alta [⊕⊕⊕⊕]



Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor.

2.2

SIU de Bajas Dosis (13.5 mg / 19.5 mg)

Pregunta PICO: ¿Es recomendable el uso de sistemas de baja liberación de levonorgestrel para el control del SMA en pacientes con superficie endometrial aumentada por miomas?

Análisis de Evidencia: La liberación local de progestina es insuficiente para inducir la atrofia endometrial necesaria frente a la superficie aumentada y la angiogénesis tumoral, resultando en altas tasas de falla terapéutica y persistencia del SMA [24].



Recomendación: No se recomienda su uso en el contexto de miomatosis sintomática.



Nivel de evidencia: Moderada [⊕⊕⊕○]



Fuerza de la recomendación: Fuerte en contra.

2.3

Dispositivo Intrauterino (DIU) de Cobre

Pregunta PICO: ¿Cuál es el efecto del DIU de cobre en el sangrado menstrual abundante en pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina?

Análisis de Evidencia: No existen estudios clínicos de alta calidad publicados en revistas indexadas que lo hayan evaluado, pero una revisión sistemática concluyó que la mayoría de los estudios se enfocan en el SIU-LNG; sin embargo, el DIU de cobre no muestra beneficio y puede asociarse a un aumento del sangrado y dismenorrea en un 20-30%, exacerbando la sintomatología basal de la paciente con miomas [23].



Recomendación: No recomendado en SMA
secundario a miomatosis uterina.



Nivel de evidencia: Baja [⊕⊕⊕○]



Fuerza de la recomendación: Fuerte en contra.

Sección 3

Progestágenos sistémicos

3.1

Progestágenos orales (Noretisterona/Linestrenol)

Pregunta PICO: En el manejo del SMA, ¿cuál es la eficacia de los progestágenos orales en régimen continuo y cuál es el riesgo de progresión del volumen tumoral?

Análisis de Evidencia: Se observó una reducción del SMA en un 30-50%. Sin embargo, son inferiores al SIU-LNG en adherencia y eficacia sostenida. Se debe tener en cuenta un efecto clínico neutro o incierto sobre el crecimiento del mioma, que pudiera estar asociado a la alta densidad de receptores de progesterona en el tejido leiomiomatoso [25].

 **Recomendación:** Opción de segunda línea para control temporal del sangrado, considerando que no existe evidencia consistente de reducción del volumen tumoral y que su uso prolongado puede asociarse a progresión de la enfermedad.

☆☆ **Nivel de evidencia:** Moderada [⊕⊕⊕○]

☆☆☆ **Fuerza de la recomendación:** Condicional a favor.



3.2

Progestágenos de Depósito

Pregunta PICO: ¿Cuál es la eficacia del acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) para inducir la amenorrea y qué impacto tiene sobre el diámetro de los leiomiomas?

Análisis de Evidencia: Induce amenorrea en el 50-70% al año. No obstante, los datos confirman que el AMPD no reduce significativamente el volumen de los miomas ($p > 0.05$ vs placebo). El sangrado irregular inicial genera una tasa de abandono del 25% [25,26].



Recomendación: Se sugiere solo si se busca anticoncepción conjunta y no se persigue un objetivo de reducción volumétrica.



Nivel de evidencia: Baja [$\oplus\oplus\bigcirc\bigcirc$]



Fuerza de la recomendación: Condicional.

Sección 4

Anticonceptivos orales combinados (AOC)

4.1

Eficacia de AOC en el control del SMA

Pregunta PICO: ¿Qué porcentaje de reducción hemorrágica ofrecen los AOC en pacientes con miomas y qué formulación presenta mayor respaldo clínico?

Análisis de Evidencia: Reducción media del sangrado entre el 35% y 43%. Solo el régimen de Valerato de Estradiol + Dienogest cuenta con evidencia sólida de reducción de pérdida hemática cuantificada específicamente en pacientes con miomatosis uterina [27,28].



Recomendación: Uso condicionado a miomatosis leve.



Nivel de evidencia: Baja [⊕⊕○○]



Fuerza de la recomendación: Condicional a favor.



4.2

AOC en el manejo del dolor pélvico

Pregunta PICO: ¿Cuál es la eficacia de los AOC para mitigar el dolor pélvico crónico asociado al volumen uterino aumentado por miomatosis?

Análisis de Evidencia: Son eficaces para la dismenorrea secundaria mediada por contractilidad uterina pero, resultan ineficaces para el dolor sordo derivado del efecto de masa y la compresión mecánica ($p = 0.42$ frente a placebo) [27].



Recomendación: No recomendados para manejo de síntomas compresivos.



Nivel de evidencia: Muy Baja [⊕○○○]



Fuerza de la recomendación: Condicional en contra.

4.3

Impacto de los AOC en el volumen tumoral

Pregunta PICO: ¿Inducen los AOC cambios citorreductores clínicamente significativos en pacientes con leiomiomas intramurales?

Análisis de Evidencia: El impacto volumétrico es irrelevante (media de ~5%, $p = 0.65$). Los AOC no deben ser la elección cuando el objetivo es la reducción del tamaño uterino para cirugía o alivio de síntomas compresivos [27].



Recomendación: No indicados para citorreducción.



Nivel de evidencia: Baja [⊕⊕○○]



Fuerza de la recomendación: Fuerte en contra.

4.4

Comparativa: AOC frente a Moduladores Selectivos del Receptor de Estrógeno (MSRE)

Pregunta PICO: ¿Existe superioridad clínica de los MSRE frente a los AOC para el control del tamaño de los leiomiomas?

Análisis de Evidencia: Los MSRE logran reducciones volumétricas del 25-30%, superando significativamente a los AOC en este parámetro, aunque su uso se limita por la inducción de síntomas vasomotores asociados a su mecanismo de acción [29].



Recomendación: Los MSREs son una alternativa citorreductora superior a los AOC.



Nivel de evidencia: Moderada [⊕⊕⊕○]



Fuerza de la recomendación: Condicional a favor.



4.5

Comparativa: AOC frente a Sistema IntraUterino liberador de LevoNorGestrel SIU-LNG

Pregunta PICO: ¿Cuál es la eficacia de los AOC en pacientes con miomatosis uterina con relación al SIU-LNG?

Análisis de Evidencia: El SIU-LNG es dramáticamente superior: reducción del sangrado del 90.9% frente al 13.4% de los AOC ($p < 0.001$) [22].



Recomendación: Preferir SIU-LNG sobre AOC para control hemorrágico.



Nivel de evidencia: Alta [$\oplus\oplus\oplus\oplus$]

Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor.

Sección 5

Moduladores selectivos del receptor de progesterona (MSRP)

5.1

Acetato de Ulipristal (AUP): Eficacia Hemostática

Pregunta PICO: En pacientes con SMA, ¿cuál es el tiempo de inducción de amenorrea y el porcentaje de reducción volumétrica tras el uso de AUP (5 mg)?

Análisis de Evidencia: El estudio PEARL IV mostró amenorrea en el 91-98% de las pacientes en una mediana de 5-7 días. La reducción media del volumen tumoral es del -45.1%, con persistencia del efecto meses después de suspender el tratamiento [30].



Recomendación: Opción eficaz para control rápido del sangrado sin ser un tratamiento de primera línea de larga duración.



Nivel de evidencia: Alta [⊕⊕⊕⊕]



Fuerza de la recomendación: Condicional a favor.



5.2

Monitoreo de Seguridad Hepática

Pregunta PICO: ¿Cuál es el riesgo de toxicidad hepática grave y qué protocolo de vigilancia debe aplicarse en pacientes bajo tratamiento con AUP?

Análisis de Evidencia: Riesgo estimado de lesión hepática grave de 1:30,000. Requiere monitoreo de transaminasas basal, mensual y post-tratamiento. Debe suspenderse si TGO/TGP superan 3 veces el Límite Superior de lo Normal (LSN) [31,32].



Recomendación: Uso bajo estricto monitoreo de función hepática.



Nivel de evidencia: Alta [⊕⊕⊕⊕]



Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor.

5.3

Mifepristona

Pregunta PICO: ¿Cuál es la eficacia de la mifepristona en dosis bajas para la reducción del volumen uterino y el control de la dismenorrea por miomas?

Análisis de Evidencia: Reduce el volumen tumoral entre un 25% y 50%. Mejora significativamente el SMA, con una tasa de éxito comparable a otros MSRP, aunque su perfil de disponibilidad varía según la región [33].



Recomendación: Alternativa viable para citorreducción médica.



Nivel de evidencia: Moderada [⊕⊕⊕○]



Fuerza de la recomendación: Condicional a favor.

5.5

Cambios Endometriales asociados a Moduladores de Progesterona y uso de MSRP

Pregunta PICO: ¿Cuál es la prevalencia de los cambios endometriales asociados a moduladores de progesterona y cuál es su relevancia clínica y reversibilidad?

Análisis de Evidencia: Los cambios endometriales asociados a moduladores de progesterona ocurren en el 60-70% de las pacientes tratadas con MSRP. Son cambios histológicos benignos caracterizados por glándulas dilatadas y crecimiento asincrónico que revierten espontáneamente tras 3-6 meses de suspender el fármaco [34].



Recomendación: Se requiere monitoreo ecográfico del grosor endometrial.



Nivel de evidencia: Moderada [⊕⊕⊕○]



Fuerza de la recomendación: Condicional a favor.



Sección 6

Terapias no hormonales y emergentes

6.1

Ácido Tranexámico

Pregunta PICO: En el SMA asociado a miomas, ¿cuál es la eficacia del ácido tranexámico para reducir la pérdida sanguínea y cuál es su perfil de seguridad trombótica?

Análisis de Evidencia: Reduce el sangrado en 69.6 mL por ciclo ($p < 0.001$). Un metaanálisis confirma que no hay un aumento del riesgo tromboembólico en mujeres sin factores de riesgo hereditarios o adquiridos previos [35].



Recomendación: Recomendado para el manejo agudo del sangrado abundante.



Nivel de evidencia: Alta [$\oplus\oplus\oplus\oplus$]



Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor.

6.2

Vitamina D (Colecalciferol)

Pregunta PICO: ¿Cuál es el efecto de los niveles séricos de Vitamina D en la estabilidad del tamaño de los leiomiomas sintomáticos?

Análisis de Evidencia: Su suplementación en pacientes con déficit puede reducir el volumen tumoral entre un 8% y 12%. Actúa mediante la regulación de las vías de señalización de la matriz extracelular, estabilizando el crecimiento del mioma [36].

 **Recomendación:** Se recomienda el tamizaje y corrección del déficit de Vitamina D.

☆☆ **Nivel de evidencia:** Baja [⊕⊕○○]

☆☆ **Fuerza de la recomendación:** Condicional a favor.

6.3

Terapia Combinada: Ácido Tranexámico + AINEs

Pregunta PICO: ¿Existe superioridad clínica en el control de la menorragia al combinar antifibrinolíticos y antiinflamatorios no esteroideos frente a la monoterapia?

Análisis de Evidencia: Logra una satisfacción del 82% y reduce el sangrado hasta un 75% ($p < 0.01$) frente al uso aislado de AINEs, proporcionando un control sintomático superior en pacientes que no desean terapia hormonal [35,37].



Recomendación: Esquema de elección para pacientes que rechazan el uso de terapias hormonales.



Nivel de evidencia: Alta [⊕⊕⊕⊕]



Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor.

6.4

Epigalocatequina Galato (EGCG)

Pregunta PICO: ¿Cuál es la eficacia del extracto de té verde (EGCG) para la reducción del volumen de los leiomiomas y la mejora de la calidad de vida?

Análisis de Evidencia: En ensayos controlados, indujo una reducción del volumen del mioma del 32.6% en un periodo de 4 meses, con mejoras significativas en el score de severidad de síntomas [15].



Recomendación: Coadyuvante útil en el manejo médico conservador.



Nivel de evidencia: Baja [⊕⊕○○]



Fuerza de la recomendación: Condicional a favor.

Sección 7

Inhibidores de la aromatasa (Letrozol)

Acetato de Ulipristal (AUP): Eficacia Hemostática

Pregunta PICO: ¿Cuál es el balance riesgo/beneficio del uso de Letrozol en el tratamiento citorreductor de la miomatosis en comparación con los análogos de la HLG?

Análisis de Evidencia: Aunque reducen el volumen tumoral, su uso se asocia a una pérdida significativa de la densidad mineral ósea (DMO) y a la aparición de síntomas vasomotores intensos de difícil manejo. Su eficacia no supera a los antagonistas de la HLG modernos con terapia combinada (add-back) [38].



Recomendación: No se recomienda su uso rutinario fuera de protocolos específicos.



Nivel de evidencia: Muy Baja [⊕○○○○]



Fuerza de la recomendación: Fuerte en contra.



Referencias

1. Yang Q, Ciebiera M, Bariani MV, Ali M, Elkafas H, Boyer TG, et al. Comprehensive review of uterine fibroids: developmental origin, pathogenesis, and treatment. *Endocr Rev.* 2022;43(4):678-719.
2. Bulun SE, Yin P, Wei J, Zuberi A, et al. Uterine fibroids. *Physiol Rev.* 2025;105(4):1947-1988.
3. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG.* 2017;124(10):1501-1512.
4. Giuliani E, As-Sanie S, Marsh EE. Epidemiology and management of uterine fibroids. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;149(2):123-136.
5. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(2):157-178.
6. Al-Hendy A, Lukes AS, Poindexter AN 3rd, et al. Treatment of uterine fibroid symptoms with relugolix combination therapy. *N Engl J Med.* 2021;384(7):630-642. Farris M, et al. Use of oral GnRH antagonists combined therapy in the management of symptomatic uterine fibroids. *Facts Views Vis Obgyn.* 2023;15(1):59-69.
7. Schlaff WD, Ackerman RT, Al-Hendy A, et al. Elagolix for heavy menstrual bleeding in women with uterine fibroids. *N Engl J Med.* 2020;382(4):328-340.
8. Donnez J, Taylor HS, Stewart EA, Bradley L, Marsh E, Archer D, et al. Linzagolix with and without hormonal add-back therapy for the treatment of symptomatic uterine fibroids: two randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet.* 2022;400(10356):896-907.

9. Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK. Uterine fibroids. *N Engl J Med*. 2024;391(18):1721–1733.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of symptomatic uterine leiomyomas. *Obstet Gynecol*. 2021;137(6):e100–e115.
11. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;143(3):393–408.
12. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Management of uterine fibroids. *Fertil Steril*. 2017;108(3):416–425.
13. Bradley LD, Gueye NA. Clinical management of leiomyomas. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(1):31–44.
14. Ciebiera M, Włodarczyk M, Ślabuszewska-Jóźwiak A, et al. Vitamin D and uterine fibroids. *Int J Mol Sci*. 2018;19(8):2412.
15. Roshdy E, Rajaratnam V, Maitra S, et al. Treatment of symptomatic uterine fibroids with green tea extract. *Int J Womens Health*. 2013;5:477–486.
16. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica (CA): RAND Corporation; 2001.
17. Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol Assess Health Care*. 1986;2(1):53–63.
18. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924–6.



19. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *BMJ*. 2008;336(7651):995–8.
20. Schünemann HJ, Brożek J, Guyatt G, Oxman A, editors. *GRADE Handbook for Grading Quality of Evidence and Strength of Recommendations*. The GRADE Working Group; 2013.
21. Lethaby A, Vollenhoven B, Sowter M. Pre-operative GnRH analogue therapy before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;11:CD000547.
22. Sayed GH, Zakherah MS, El-Nashar SA, Shaaban MM. A randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a low-dose combined oral contraceptive for fibroid-related menorrhagia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;112(2):126–130.
23. Zapata LB, Whiteman MK, Tepper NK, et al. Intrauterine device use among women with uterine fibroids: a systematic review. *Contraception*. 2010;82(1):41–55.
24. Goldstuck ND, Steyn PS. The levonorgestrel-releasing intrauterine system: differentiating between the 52 mg and 13.5 mg systems. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015;20(3):155–169.
25. Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Progestogens or progestogen-releasing intrauterine systems for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(2):CD008994.
26. Vercellini P, De Giorgi O, Oldani S, et al. Depot medroxyprogesterone acetate versus an oral contraceptive combined with low-dose gestrinone for uterine fibroids: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182(1):4–10.
27. Moroni RM, Martins WP, Ferriani RA, et al. Combined oral contraceptive for treatment of women with uterine fibroids and heavy menstrual bleeding: a systematic review. *Braz J Med Biol Res*. 2015;48(11):964–971.

- 
28. Fraser IS, Römer T, Parke S, et al. Effective treatment of heavy and/or prolonged menstrual bleeding without organic cause: pooled analysis of estradiol valerate and dienogest. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011;16(4):258-269.
 29. Kriplani A, Srivastava A, Kulshrestha V, et al. Efficacy of ormeloxifene versus oral contraceptive in the management of abnormal uterine bleeding due to uterine leiomyoma. *J Obstet Gynaecol Res*. 2016;42(12):1744-1752.
 30. Donnez J, Donnez O, Dolmans MM, et al. Long-term medical management of uterine fibroids with ulipristal acetate as it relates to PEARL IV. *Fertil Steril*. 2016;105(1):165-173.
 31. European Medicines Agency. Esmya (ulipristal acetate): restrictions due to risk of serious liver injury [Internet]. London: European Medicines Agency; 2018 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://www.ema.europa.eu>
 32. European Medicines Agency. Updated measures for ulipristal acetate [Internet]. Amsterdam: European Medicines Agency; 2020 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://www.ema.europa.eu>
 33. Tristan M, Orozco LJ, Steed A, et al. Mifepristone for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(8):CD007687.
 34. Williams AR, Bergeron C, Barlow DH, et al. Endometrial morphology after treatment with ulipristal acetate. *Hum Reprod*. 2012;27(7):2109-2119.
 35. Lukes AS, Moore KA, Muse KN, et al. Tranexamic acid treatment for heavy menstrual bleeding: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010;116(5):1020-1028.
 36. Ciavattini A, Delli Carpini G, Serri M, et al. Hypovitaminosis D and uterine fibroids: potential role and therapeutic implications. *Int J Mol Sci*. 2018;19(3):843.



37. Bonnar J, Sheppard BL. Treatment of menorrhagia during menstruation: randomised controlled trial of ethamsylate, mefenamic acid, and tranexamic acid. *BMJ*. 1996;313(7057):579-582.
38. Parsanezhad ME, Alborzi S, Zarei A, et al. A randomized controlled trial comparing letrozole versus triptorelin in the treatment of uterine leiomyoma. *Fertil Steril*. 2010;94(2):568-574.
39. Palomba S, Orio F Jr, Morelli M, et al. Raloxifene administration in premenopausal women with uterine leiomyomas: a pilot study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2002;87(8):3603-3608.

Índice analítico

A

Abordaje farmacológico	6-7, 13
Ácido tranexámico	31-32
→ antifibrinolíticos	31
→ seguridad tromboembólica	31
Amenorrea	15, 17, 23, 28
→ inducida farmacológicamente	15, 23
→ prequirúrgica	17
Análisis estadístico	12
→ mediana	12
→ escala ordinal	11-12
Antagonistas de GnRH	6, 14-16
→ Elagolix	15-16
→ Relugolix	14-15
→ Linzagolix	16
Anticoncepción hormonal ...	6, 24-27
Anticonceptivos orales combinados (AOC)	24-27
→ eficacia hemostática	24
→ impacto en volumen tumoral	25, 26
→ dolor pélvico	25
→ comparativa con SIU-LNG	27
→ comparativa con MSRE	26
Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)	32
→ terapia combinada	32, 34-35
Apropiación clínica	8, 11-12
→ definición	11

→ clasificación (apropiada/incierta/inapropiada).....	12
---	----

B

Beneficio clínico	11-12
Bienestar general	5

C

Calidad de vida	5, 6, 11, 13, 15, 33
→ UFS-QOL	15
Carga de enfermedad	6
Carga económica	6
Clasificación FIGO	7, 19
→ sangrado uterino anormal	7
Consenso clínico	7-8, 11-13
→ panel de expertos	10-11
→ rondas de calificación	11
Criterios de inclusión (expertos)	10
→ conflicto de interés	10
Citorreducción	16, 25-26, 28-29, 36-37
→ reducción volumétrica	5-16, 28

D

Densidad mineral ósea (DMO)	14-15, 36
→ hipoestrogenismo	15
Diagnóstico	5-7, 10
→ criterios clínicos	10



→ estudios de imagen	10
Dienogest	24
Dispositivo intrauterino (DIU)	20-21
→ DIU de cobre	20-21
→ empeoramiento del sangrado	20
Dolor pélvico	5, 17, 25
→ dolor compresivo	17
→ dismenorrea	25

E

Efectos adversos	11, 17, 34
→ síntomas vasomotores	17, 34
→ toxicidad hepática	29
Eficacia terapéutica	14-16, 28, 31-35
→ reducción del sangrado	14-15, 31-32
→ reducción volumétrica	15, 16, 28
Elagolix	15-16
→ terapia combinada	15
Endometrio	30
→ cambios asociados a progesterona	30
Epidemiología	5-6
→ prevalencia	5
Escenarios clínicos	10-11
Estradiol	14

F

Fuerza de recomendación	11, 13
→ fuerte	13
→ condicional	13

G

GnRH (hormona liberadora de gona- dotropina)	6, 14
→ eje HLG	14
GRADE	8-9, 11
→ niveles de evidencia	9

→ calidad de evidencia	8
------------------------------	---

H

Hemoglobina	16, 19
→ optimización prequirúrgica	16
Hialinización	16-17
Histerectomía	5-6

I

Imagen diagnóstica	10
Incertidumbre clínica	12
Inflamación	7
Intervenciones farmacológicas	11-12

L

Leiomiomas	5-7
→ miomas uterinos (sinónimo)	5
→ volumen tumoral	15-16
Leuprolida	16-17
Levonorgestrel	19-20
→ SIU-LNG	19
Linzagolix	16
Letrozol	36-37

M

Manejo clínico	5-7, 13
→ manejo médico	6-7
Menorragia / Sangrado menstrual abundante (SMA)	5, 14-16, 19, 24, 31-35
Metodología	8-12
→ RAND/UCLA	8
→ GRADE	8
Miomatosis uterina	5-7
→ neoplasia benigna	5
→ impacto reproductivo	5

Miomectomía	5
Mifepristona	29
Moduladores selectivos del receptor de progesterona (MSRP)	28-30
→ ulipristal	28
→ efectos endometriales	30

N

Nivel de evidencia	9
--------------------------	---

O

Opciones terapéuticas	6-7
-----------------------------	-----

P

Panel de expertos	10-11
Pérdida sanguínea	16, 31
Prevalencia	5
Progesterona	22, 30
→ receptores de progesterona	22
Progestágenos	22-23
→ orales	22
→ de depósito	23

R

RAND/UCLA	8, 11-12
→ método de apropiación	8
Recomendaciones clínicas	13-37

→ tablas de decisión	13
Recurrencia	14
Reducción volumétrica	15-16, 28
Relugolix	14-15
Revisión sistemática	11

S

Salud reproductiva	5
Seguridad terapéutica	11, 29
Sistema de salud	6-7
Síntomas compresivos	5, 15
→ efecto de masa	25
Sistema intrauterino (SIU)	19-21
→ SIU-LNG	19
→ baja dosis	20

T

Terapia add-back	6, 14-15, 17, 23, 27
→ protección ósea	15
Terapia combinada	14-15, 32, 34-35
Tratamiento farmacológico	6-7, 13
Tratamiento quirúrgico	5-6

V

Vitamina D	34-35
→ regulación molecular	34
Volumen tumoral	15-16, 25, 28



GEDEON RICHTER
La salud es nuestra misión

ISBN: 978-9907-0-1258-3



9 789907 012583