

Tabla GRADE nodo por nodo · Algoritmo Miomas 2026

Leyenda · Nodo 0 · Transversales · Paciente asintomática · Sintomática: entrada y dolor

Anexo metodológico sobre el Protocolo Miomas 2025 de la Sociedad Española para el Estudio de los Miomas y la Endometriosis (SEEME) · Autora: Dra. María Luisa Cañete, presidenta de la SEEME · Cara 1 de 2



Certeza ⊕⊕⊕ alta · ⊕⊕⊕ moderada · ⊕⊕⊕ baja · ⊕⊕⊕ muy baja

Fuerza ↑↑↑ recomendamos · ↑↑ sugerimos · ↑ sugerimos no · ↓↓ recomendamos no · BP buena práctica

Origen AD adoptado de guía fuente · AP adaptado al contexto español · DN de novo

Informado por GRADE, no GRADE formal. Conversión por lectura crítica: faltan panel multidisciplinar con declaración de conflictos, revisión sistemática por pregunta y marco Evidence-to-Decision. Certeza y fuerza son propuestas de partida para el panel. Una recomendación fuerte con certeza baja es posible en GRADE si los daños son ciertos y el beneficio no está demostrado; exige justificación escrita.

Nº	Recomendación propuesta	Certeza	Fuerza	Origen
Nodo 0 · Exclusión de sarcoma y morcelación (nodo nuevo)				
0.1	Recomendamos informar de forma explícita del riesgo de sarcoma oculto antes de toda cirugía con fragmentación (ACOG 1/770–1/10.000; FDA 1/225–1/580).	⊕⊕⊕	↑↑	AD
0.2	Sugerimos RM con difusión si la ecografía es indeterminada antes de EAU o miomectomía (NICE NG88).	⊕⊕⊕	↑	AP
0.3	Crecimiento posmenopáusico, necrosis o vascularización atípica son motivo para reevaluar el diagnóstico, no para tratar. Sustituye a «criterios de crecimiento» y «vasc. 3–4» como indicación.	⊕⊕⊕	BP	DN
Nodos transversales				
T.1	Sugerimos cribado tiroideo como parte del estudio del sangrado menstrual abundante, no como nodo del algoritmo del mioma.	⊕⊕⊕	↑	AD
T.2	Sugerimos no determinar ni suplementar vitamina D para modificar el mioma: datos de cohortes y ECA pequeños sobre tamaño (desenlace sustituto). Pasa a nota al pie.	⊕⊕⊕	↓	DN
T.3	Recomendamos cribar y corregir anemia y ferropenia antes de toda cirugía electiva, con margen suficiente (BSH, CPOC 2025).	⊕⊕⊕	↑↑	AD
T.4	Recomendamos hierro oral con 6–8 semanas de margen; intravenoso si intolerancia, tiempo insuficiente o anemia moderada-grave. Objetivo de Hb y ferritina cuantificado, no «hasta mejora analítica».	⊕⊕⊕	↑↑	AP
T.5	Medir síntomas con PBAC y UFS-QoL antes de decidir y durante el seguimiento.	—	BP	DN
Algoritmo 1 · Asintomática — estratificación por volumen				
1.1a	Reexpresar el corte «20 semanas» como útero a nivel umbilical o peso estimado ≥1.000 g.	—	BP	DN
1.1b	Recomendamos considerar riesgo trombótico elevado con útero ≥1.000 g: TVP preoperatoria 11,5% frente a 3,0% (Shiota 2011); sube por magnitud del efecto.	⊕⊕⊕	↑↑	AP
1.1c	Sugerimos no extender la alerta trombótica al mioma grande en general: OR 1,29 con ≥250 g; la laparotomía pesa más (OR 2,32; Sinha 2024).	⊕⊕⊕	↓	AP
1.1d	Sugerimos cribado de TVP y tromboprofilaxis reforzada con útero ≥nivel umbilical, priorizando vía mínimamente invasiva. Sin ensayos de la intervención.	⊕⊕⊕	↑	DN
1.1e	Sugerimos no usar «solo reconocen los síntomas tras extirparlos» como criterio de cirugía: razonamiento retrospectivo.	⊕⊕⊕	↓	DN
Algoritmo 1 · Asintomática sin deseo gestacional o con deseo diferido				
1.2a	Recomendamos conducta expectante como rama por defecto, no como opción equivalente al tratamiento.	⊕⊕⊕	↑↑	AD
1.2b	Recomendamos no usar antagonistas de GnRH para «detener el crecimiento»: autorizados para síntomas (NICE TA996); daño y coste ciertos, beneficio no demostrado.	⊕⊕⊕	↓↓	AP
1.2c	Recomendamos no indicar RF, HIFU ni EAU en la asintomática: indicación sin desenlace evaluable. Solo excepciones documentadas.	⊕⊕⊕	↓↓	DN
1.2d	Seguimiento expectante: control a los 6 meses del diagnóstico y después anual, o antes si hay síntomas.	—	BP	DN
1.2e	Recomendamos salpingectomía bilateral oportunista en toda cirugía pélvica sin deseo genésico (FIGO, ACOG). Pasa de nota lateral a recomendación.	⊕⊕⊕	↑↑	AD
Algoritmo 1 · Asintomática con deseo gestacional inmediato				
1.3a	Recomendamos miomectomía histeroscópica en submucosos 0–1 (ESGE parte 2, NICE NG88).	⊕⊕⊕	↑↑	AD
1.3b	Sugerimos en tipo 2: HSC en uno o dos tiempos, RF+HSC o LPS+ECO, según miometrio libre, tamaño y número.	⊕⊕⊕	↑	AP
1.3c	Sugerimos intentar gestación 6–12 meses según edad en intramural tipo 3.	⊕⊕⊕	↑	AP
1.3d	Sugerimos intentar gestación en intramurales 4–5 y subserosos; decisión sensible a tamaño y preferencias.	⊕⊕⊕	↑	AP
1.3e	Recomendamos consentimiento informado explícito en subserosos >8 cm: degeneración roja (manejo conservador) frente a torsión (urgencia quirúrgica).	⊕⊕⊕	↑↑	DN
1.3f	Sugerimos rama propia para el subseroso pediculado, ofreciendo miomectomía pregestacional; torsión impredecible y quirúrgica en gestación.	⊕⊕⊕	↑	DN
1.3g	Sugerimos no operar por volumen >20 semanas en ausencia de síntomas o compresión demostrada.	⊕⊕⊕	↓	DN
1.3h	Sugerimos antagonistas preoperatorios cuando cambian la vía de acceso: reducen volumen y sangrado frente a placebo.	⊕⊕⊕	↑	AD
Algoritmo 2 · Sintomática — entrada, estudio inicial y dolor/presión				
2.1a	Separar gráficamente los circuitos de dolor/presión y de sangrado menstrual abundante.	—	BP	DN
2.1b	Recomendamos biopsia o histeroscopia en SMA a partir de 40 años o con factores de riesgo (obesidad, anovulación, tamoxifeno, Lynch).	⊕⊕⊕	↑↑	AP
2.1c	Cuantificar sangrado (PBAC) y calidad de vida (UFS-QoL) como base de decisión.	—	BP	DN
2.1d	Recomendamos incorporar la adenomiosis coexistente como nodo: modifica el resultado de ablación, EAU y miomectomía.	⊕⊕⊕	↑↑	DN
2.2a	Sugerimos AINE para el dolor: eficacia en SMA, evidencia indirecta en mioma.	⊕⊕⊕	↑	AP
2.2b	Sugerimos antagonista sin add-back para dolor solo a corto plazo: el dolor fue desenlace secundario.	⊕⊕⊕	↑	AP

Tabla GRADE nodo por nodo · Algoritmo Miomas 2026

Sintomática: sangrado menstrual abundante · Paciente estéril · Recuento

Anexo metodológico sobre el Protocolo Miomas 2025 de la Sociedad Española para el Estudio de los Miomas y la Endometriosis (SEEME) · Autora: Dra. María Luisa Cañete, presidenta de la SEEME · Cara 2 de 2



Nº	Recomendación propuesta	Certeza	Fuerza	Origen
Algoritmo 2 · Sangrado menstrual abundante sin deseo gestacional o con deseo diferido				
2.3a	Recomendamos ácido tranexámico: –53 mL/ciclo frente a placebo (Cochrane).	⊕⊕⊕⊕	↑↑	AD
2.3b	Sugerimos anticoncepción hormonal combinada; evidencia específica en mioma más débil.	⊕⊕⊕○	↑	AP
2.3c	Sugerimos DIU-LNG 52 mg si la cavidad no está distorsionada; no en submucoso. Informar del mayor riesgo de expulsión.	⊕⊕○○	↑	AP
2.3d	Sugerimos ablación endometrial, excluida en submucoso, deseo gestacional y cavidad grande o irregular.	⊕⊕⊕○	↑	AP
2.3e	Recomendamos antagonista oral con add-back si el uso previsto supera 6 meses (NICE TA996), con control de densidad mineral ósea (PRIMROSE 3).	⊕⊕⊕⊕	↑↑	AD
2.3f	Sugerimos no prolongar el tratamiento médico por reducción de volumen (desenlace sustituto) frente a una cirugía oportuna.	⊕⊕○○	↓	DN
2.3g	Sugerimos no presentar RF, HIFU y EAU como equivalentes: desagregar con su perfil propio de eficacia, reintervención y datos reproductivos.	⊕⊕○○	↓	DN
2.3h	Sugerimos EAU con deseo genésico cumplido como alternativa a la cirugía: FEMME sin diferencia de calidad de vida a 4 años; ~1/3 de reintervención a 5 años.	⊕⊕⊕○	↑	AD
2.3i	Sugerimos no HIFU fuera de centros con registro de resultados: evidencia indirecta y sustitutiva.	⊕⊕○○	↓	AP
2.3j	Recomendamos miomectomía múltiple (LPS/LPM) o histerectomía con salpingectomía ante fracaso terapéutico (ESGE parte 1), con consentimiento de morcelación.	⊕⊕⊕○	↑↑	AD
Algoritmo 2 · Sangrado menstrual abundante con deseo gestacional inmediato				
2.4a	Recomendamos corregir primero la anemia y después resolver la cavidad: HSC en 0-1; HSC ± RF o LPS en tipo 2.	⊕⊕⊕○	↑↑	AP
2.4b	Sugerimos miomectomía LPS/LPM en intramurales 3-5 si el sangrado no se controla con tratamiento compatible con la gestación; RF solo en estudio o registro (3.3d). Certeza revisada con perfil (antes ⊕⊕○○).	⊕○○○	↑	AP
2.4c	Recomendamos no HIFU con deseo gestacional: datos reproductivos muy escasos. Retirar de la rama.	⊕○○○	↓↓	DN
2.4d	Unificar las opciones del tipo 2, hoy distintas en las tres ramas sin justificación declarada.	—	BP	DN
Algoritmo 3 · Paciente estéril — entrada y submucosos				
3.1a	Recomendamos estudio tras >6 meses si ≥35 años y >12 meses si <35 años.	⊕⊕⊕○	↑↑	AD
3.1b	Completar el estudio de esterilidad (reserva ovárica, factor masculino, permeabilidad tubárica) antes de atribuir la causa al mioma.	—	BP	DN
3.2a	Recomendamos miomectomía histeroscópica en submucoso 0-1: la indicación con mayor respaldo del algoritmo (ESGE parte 2).	⊕⊕⊕○	↑↑	AD
3.2b	Sugerimos abordaje laparoscópico si no es accesible por HSC tras dos tiempos.	⊕⊕○○	↑	AP
3.2c	Sugerimos HSC en uno o dos tiempos, RF+HSC o LPS+ECO en tipo 2, con el grosor del miometrio libre como criterio de seguridad.	⊕⊕○○	↑	AP
Algoritmo 3 · Intramurales 3-5, subserosos y cervicales				
3.3a	Sugerimos no indicar miomectomía en intramural sin distorsión tras un solo transfer fallido o un aborto: beneficio no establecido.	⊕⊕○○	↓	DN
3.3b	Sugerimos miomectomía solo con ≥2 transferencias fallidas de embriones de buena calidad o ≥2 abortos, y FIGO 3 ≥3 cm (margen libre interno 0 mm) o FIGO 4-5 ≥4 cm. Umbrales de consenso; explicitar adherencias, demora, rotura y cesárea.	⊕⊕○○	↑	DN
3.3c	Recomendamos no usar «secreción de sustancias nocivas» como criterio: argumento mecanicista. Pasa a texto explicativo.	⊕○○○	↓↓	DN
3.3d	Sugerimos no RF como alternativa a la miomectomía con deseo gestacional fuera de estudio: una sola cohorte comparativa y series; sin datos de rotura ni intervalo seguro. Certeza revisada con perfil de evidencia (antes ⊕⊕○○).	⊕○○○	↓	AP
3.3e	Sugerimos no EAU con deseo gestacional (Cochrane certeza muy baja; SOGC, ACOG, RANZCOG). Confirma la restricción del protocolo 2025.	⊕○○○	↓	AD
3.3f	EAU solo si rechaza o no es candidata a cirugía, con consentimiento explícito de incertidumbre reproductiva. Divergencia con GPC SAGO a resolver en panel.	⊕⊕○○	BP	DN
3.4a	Sugerimos no miomectomía de subserosos 6-7 por esterilidad salvo compresión anatómica demostrada o síntomas.	⊕⊕○○	↓	DN
3.4b	Rama propia para el cervical tipo 8 por dificultad técnica y riesgo hemorrágico.	⊕○○○	BP	DN

Recuento · 59 nodos

⊕⊕⊕⊕ alta	3	↑↑	16
⊕⊕⊕○ moderada	17	↑	18
⊕⊕○○ baja	23	↓	11
⊕○○○ muy baja	6	↓↓	4
Buena práctica	10	BP	10

Tres puntos prioritarios para el panel

- Solo 20 de 59 nodos (34%) alcanzan certeza moderada o alta: «sugerimos» debe predominar y «recomendamos» reservarse para 16 nodos.
 - Las 4 recomendaciones fuertes en contra (1.2b, 1.2c, 2.4c, 3.3c) tienen certeza baja o muy baja y requieren justificación escrita nodo por nodo.
 - Los desenlaces sustitutos (volumen, vascularización) bajan la certeza por evidencia indirecta; sustituir por PBAC, UFS-QoL, reintervención y nacido vivo.
- Piloto propuesto: 1.2a, 3.2a y 1.1b-d en 2-3 meses. Proyecto completo: 9-15 meses.

Fuentes principales. Protocolo Miomas 2025 SEEME: seeme.es/pdf/Protocolo-Miomas-2025.pdf · GRADE Handbook: book.gradepr.org/guideline/overview-of-the-grade-approach · GRADE-ADOLPMENT: pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10619317 · NICE NG88: nice.org.uk/guidance/ng88 · NICE TA996: nice.org.uk/guidance/ta996 · ESGE parte 1: pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11569431 · ESGE parte 2: pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11819789 · ACOG morcelación: acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2021/03/uterine-morcellation-for-presumed-leiomyomas · Cochrane EAU [CD005073](https://cochrane.org/evidence/CD005073): cochrane.org/evidence/CD005073 · Cochrane antifibrinolíticos: doi.org/10.1002/14651858.CD000249.pub2 · FEMME 4 años: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34877531 · RCOG/RCR EAU: rcog.org.uk/media/gw3f4wzc/23-12-2013_rcog_rcr_uae.pdf · Shiota 2011: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21576892 · Cai 2021: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33303409 · Sinha 2024: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38588946 · PRIMROSE 3: academic.oup.com/hropen/article/2025/3/hoaf025/8129576 · FIGO salpingectomía: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39412638 · GPC SAGO: sagoandalucia.com/docs/guias/Ginecologia/miomasUterinos.pdf. Referencias completas por nodo en el documento de trabajo del anexo.