

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON  
ENDOMETRIOSIS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO  
LAPAROSCÓPICO ATENDIDAS EN EL CENTRO DIAGNÓSTICO MEDICINA  
AVANZADA Y TELEMEDICINA (CEDIMAT)  
2015-2018



Trabajo de grado presentado por Angeline Contreras Mejía y Laura C. Liranzo Gil para  
optar por el título de:  
**DOCTOR EN MEDICINA**

Santo Domingo, D.N.  
2019

## CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	11
I.1. Antecedentes	12
I.2. Justificación	16
II. Planteamiento del problema	18
III. Objetivos	19
III.1. General	19
III.2. Específicos	19
IV. Marco teórico	20
IV.1. Endometriosis	20
IV.1.1. Historia	20
IV.1.2. Definición	20
IV.1.3. Etiología	22
IV.1.4. Clasificación	22
IV.1.5. Fisiopatología	24
IV.1.6. Epidemiología	26
IV.1.7. Diagnóstico	28
IV.1.7.1. Clínico	28
IV.1.7.2. Quirúrgico	29
IV.1.7.3. Histológico	30
IV.1.7.4. Laboratorio	30
IV.1.7.5. Imágenes	31
IV.1.8. Diagnóstico diferencial	32
IV.1.9. Tratamiento	32
IV.1.9.1. Tipos de tratamientos	34
IV.1.9.2. Tratamiento hormonal	34

IV.1.9.3. Tratamiento analgésico	37
IV.1.9.4. Tratamiento quirúrgico	38
IV.1.9.5. Tratamiento de la infertilidad	40
IV.1.10. Complicaciones	41
IV.1.10.1. Complicaciones de la cirugía de la endometriosis profunda.	44
IV.1.11. Calidad de vida	42
IV.1.12. Pronóstico y evolución	44
IV.1.13. Prevención	46
V. Operacionalización de las variables	48
VI. Material y métodos	50
VI.1. Tipo de estudio	50
VI.2. Área de estudio	50
VI.3. Universo	50
VI.4. Muestra	51
VI.5. Criterio	51
VI.5.1. De inclusión	51
VI.5.2. De exclusión	51
VI. 6. Instrumento de recolección de datos	51
VI. 7. Procedimiento	52
VI.8. Tabulación	52
VI.9. Análisis	52
VI.10. Consideraciones éticas	52
VII. Resultados	54
VIII. Discusión	71
IX. Conclusiones	74
X. Recomendaciones	75
XI. Referencias	76
XII. Anexos	82
XII.1. Cronograma	82
XII.2. Consentimiento informado	83

XII.3. Instrumento de recolección de datos	84
XII.4. Costos y Recursos	87
XII.5. Evaluación	88

## **AGRADECIMIENTOS**

La vida está llena de retos, y uno de ellos es la universidad. Durante estos años de estudios en mi Alma Mater he aprendido que la universidad no solo te forma como profesional, sino que también te ayuda a crecer como persona, por las decisiones que tienes que llegar a tomar como estudiante y la forma en la que manejas ciertas situaciones en el diario vivir. Es por ello, que quiero dar la gracias a Jehová, por darme las fuerzas de siempre seguir adelante, por ser mi guía y mi guardián en cada momento.

Quiero dar gracias a las personas más importantes en mi vida, a mis padres Felipe De Jesús Contreras Rodríguez y Angela María Mejía Paulino, por todos los valores que me inculcaron como persona, este logro es gracias a ustedes por su amor y dedicación para conmigo, gracias por siempre estar a mi lado.

Gracias a la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, mi Alma Mater, por brindarme un campus privilegiado para formarme como profesional, a mis maestros, por compartir todos sus conocimientos como profesionales de la salud.

Gracias a mis asesores, el Dr. Eleazar Santana Valenzuela, Dr. Miguel Montalvo Batista y al Dr. Rubén Darío Pimentel, por darme su apoyo incondicional, sus conocimientos y su tiempo para que este trabajo fuera posible.

Gracias a José Guillermo Martínez Rosario, mi pareja, por darme su amor incondicional, su apoyo, su comprensión y por siempre motivarme cuando estaba en momentos difíciles. Gracias a Sarolin Pérez Lara, mi mejor amiga, porque a pesar de que no nos vemos con frecuencia siempre has estado atenta a mí, brindándome tu apoyo y tu amistad incondicional.

Gracias a Laura Liranzo Gil, mi compañera de tesis, por ser la mejor, siempre trabajando conmigo para que este trabajo sea un trabajo de calidad. Gracias a mis compañeros de rotación: Zoila, Laura, Susana, Karen y Marcos, por siempre estar conmigo, por ser como mis hermanos durante gran parte de la carrera.

Gracias a todas las personas que conocí durante la carrera, que de una u otra forma estuvieron conmigo, apoyándome y que ocupan un lugar especial en mi corazón, en especial a Gianni German, Elizabeth Domínguez y Steffany Madera.

Angeline Contreras Mejía.

A Dios, por su amor y fidelidad, por estar siempre conmigo y no dejarme caer, por regalarme sabiduría, salud y fortaleza en el momento preciso. Por haberme otorgado una familia única y maravillosa, quienes siempre han estado junto a mí, guiándome y dándome sus ejemplos de superación, respeto y sacrificio.

A mis padres, Blanca Rosa Gil y Ruddy Liranzo, por su sacrificio y esfuerzo de echar a sus hijos adelante, por brindarme su apoyo incondicional tanto en la parte moral como económica, por confiar y creer en mí sin desmayar, por ser los promotores de mis sueños, por su infinito amor y dedicación a lo largo de mi vida. A mi madre, por estar dispuesta a acompañarme en esta ardua carrera sin cansancio; a mi padre, por regalarme su sonrisa cada día y anhelar siempre lo mejor para mi vida.

A mi Alma Mater, Universidad Pedro Henríquez Ureña, por su excelencia académica, por abrirme sus puertas y permitirme ser parte de ella, brindándome las herramientas necesarias para forjar mi futuro.

A mis hermanos, Gregorio Liranzo y Enriquillo Liranzo por siempre estar presente en cada una de mis aventuras.

A mi abuela Ana Lora y tía Ana Gil, por su amor y sabios consejos cuando más los necesitaba.

A mi esposo, Ángel Junior Mesa, por estar para mí en todo momento y apoyarme aún en las adversidades.

A mi hija, Daniela Sophia Mesa, por ser la autora principal de mi vida y fomentar cada día mis deseos de superación.

A mis asesores de tesis Dr. Eleazar Santana Valenzuela, Dr. Miguel Montalvo Batista, el Dr. Rubén Darío, por creer en nosotras, guiarnos y brindarnos sus conocimientos en la realización de este proyecto. A la Dra. Scarlet Pelegrín por su apoyo absoluto.

A mi compañera de tesis, Angeline Contreras, sin duda no pude tener una mejor compañera y amiga, le doy gracias a Universidad por permitirme haberte conocido. Y a mis compañeros de rotación, Zoila, Susana, Karen y Marcos por siempre permanecer unidos y ser parte de mi familia.

Laura Chanel Liranzo Gil

## **DEDICATORIA**

Con todo mi corazón, dedico esta tesis a mis padres Felipe de Jesús Contreras Rodríguez y Angela María Mejía Paulino, por haberme forjado como la persona que soy hoy en día, muchos de los logros alcanzados se los debo a ustedes entre los que se incluye este. A mi padre, porque gracias a tus enseñanzas, gracias a tu forma de ser he aprendido que lo más importante en esta vida es ayudar sin esperar nada a cambio, a ser perseverante y paciente, que nuestros actos hablan por sí solo y todo lo que venga será gracias a ellos. A mi madre, esa mujer que me llena tanto de orgullo que no puedo contener las lágrimas cuando hablo de ella, para ser sincera, no me dan las palabras para darle tantas gracias a Dios por ser tu mi soporte, mi razón de seguir adelante a pesar de las adversidades porque quiero darte todo lo que te mereces, y aun así la vida no me alcanzará para devolverte tanto. Infinitas gracias a Dios por ser ustedes mis padres, no pude ser más dichosa, y nunca me cansare de darle las gracias a ustedes, por tanto.

También se la dedico a mis abuelos Ramon Antonio Contreras, Félix Mejía, María Petronila Rodríguez y Mélida Mejía, que, aunque no estén en vida sé que estarían muy orgullosos de mí.

Por último, la dedico a mis hermanos Arolin, Ameline, Ángel Felipe, Luis Felipe y a mi novio, José Guillermo, este logro también es por y para ustedes, no es fácil, pero si se puede, cuando quieres, puedes.

Sin ustedes en mi vida, este logro no fuera posible. Los amo.

Angeline Contreras Mejía

Dedico este proyecto de tesis a mis padres, Blanca Rosa Gil y Ruddy Liranzo, quienes han sido mis pilares para seguir adelante, por brindarme su apoyo incondicional y consejos para hacer de mí una mejor persona y un excelente profesional. Quienes se han sacrificado para darme a mí y mis hermanos todo lo que han podido. Por su lucha constante y amor latente en todo momento, por impulsarme con valor a tomar las más sabias decisiones.

A mi hija Daniela Sophia Mesa, por llegar en el momento preciso a engrandecer mi vida, por llenarme de fuerza para seguir adelante y buscar lo mejor para ti. Te agradezco por ayudarme el ver el mundo de otra manera.

Este logro se lo debo a ustedes.

Laura Chanel Liranzo Gil



## RESUMEN

La endometriosis es un proceso inflamatorio, caracterizado por la presencia de glándulas endometriales ectópicas. **Objetivo:** Determinar el impacto en la calidad de vida de pacientes con endometriosis después del tratamiento quirúrgico laparoscópico que acudieron a la Clínica de la Mujer del Centro Diagnostico Medicina Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT) 2015-2018.

**Materiales y Método:** Se realizó un estudio de tipo observacional y transversal con recolección de datos retrospectivo, con el propósito de determinar la calidad de vida de pacientes con endometriosis profunda, y su impacto después del tratamiento quirúrgico laparoscópico. Se evaluó el bienestar de las pacientes y sus potenciales en la vida social mediante los cuestionarios SF-12, EHP-5 y WPAI.

**Resultados:** Se incluyeron 96 pacientes en edad reproductiva, con endometriosis grado I, II, III y IV, sometidas a tratamiento quirúrgico laparoscópico. El rango de edad con mayor porcentaje oscila los 26-35 años, agrupando más del 50% de la población. Dentro de las manifestaciones clínicas se encontraron la dismenorrea con una mayor prevalencia de 59.4%, seguida con un 16.7% problemas reproductivos, y hemorragia uterina con 14.6%, luego de la intervención quirúrgica, la dismenorrea ocupaba un 37%, lo que indica que disminuyó considerablemente un 22.4%. Según las condiciones de salud que alegan las pacientes atendiendo al tipo de procedimiento médico para el alivio de dolor, encontramos que aquellas que se le aplicó tratamiento médico con lupron o visanne, el 26% considera que es buena y solo el 13.3% opina que su salud es pobre, mientras que aquellas sometidas a una cirugía laparoscópica, el 39.7% percibe que su salud es buena, el 11.8% excelente y el 2.9% que es pobre. Lo que nos indica que el tratamiento quirúrgico tuvo gran valor significativo.

**Conclusión:** La cirugía laparoscópica disminuye de manera efectiva la sintomatología de dicha enfermedad, aumentando así la calidad de vida de las mujeres que la padecen.

**Palabras clave:** Endometriosis, Calidad de vida, dismenorrea, hemorragia uterina, cirugía laparoscópica.

## **ABSTRACT**

Endometriosis is an inflammatory process, characterized by the presence of ectopic endometrial glands. **Objective:** To determine the impact on the quality of life of patients with endometriosis after laparoscopic surgical treatment who attended the Clínica de la Mujer del Centro Diagnostico Medicina Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT) 2015-2018.

**Materials and Method:** An observational and cross-sectional study was carried out with retrospective data collection, with the purpose of determining the quality of life of patients with deep endometriosis, and its impact after laparoscopic surgical treatment. The well-being of the patients and their potentials in social life was assessed using the SF-12, EHP-5 and WPAI questionnaires.

**Results:** 96 patients in reproductive age, with endometriosis grade I, II, III and IV, undergoing surgical treatment were included. The age range with the highest percentage ranges between 26-35 years of age, grouping more than 50 percent of the population. Among the clinical manifestations were dysmenorrhea with a higher prevalence of 59.4 percent, followed by 16.7 percent reproductive problems, and uterine hemorrhage with 14.6 percent, after surgery, dysmenorrhea occupied 37 percent, indicating that it decreased considerably 22.4 percent. According to the health conditions that the patients allege according to the type of medical procedure for pain relief, we find that those who applied medical treatment with lupron or visanne, 26 percent consider it to be good and only 13.3 percent think that their Health is poor, while those undergoing laparoscopic surgery, 39.7 percent perceive that their health is good, 11.8 percent excellent and 2.9 percent who is poor. This indicates that the surgical treatment had great significant value.

**Conclusion:** Laparoscopic surgery effectively reduces the symptoms of this disease, thus increasing the quality of life of women who suffer from it.

**Keywords:** Endometriosis, Quality of life, dysmenorrhea, uterine bleeding, laparoscopic surgery.

## I. INTRODUCCIÓN

Se define endometriosis como un proceso inflamatorio, caracterizado por la presencia de glándulas endometriales ectópicas y células estromales fuera del endometrio.<sup>1</sup> La endometriosis es una enfermedad que afecta del seis al diez por ciento de las mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 45 años de edad) lo que equivaldría a aproximadamente 5 millones de mujeres en los Estados Unidos (EE.UU), siendo responsable del 50-60 por ciento de los casos de dolor pélvico, y de hasta el 50 por ciento de las mujeres con infertilidad.<sup>2</sup> A pesar del tratamiento médico, muchas mujeres no logran controlar el dolor, con la consecuencia de restricciones más o menos graves en la vida laboral, social, familiar, de pareja y sexual. En la actualidad se ha encontrado que las mujeres con endometriosis están en alto riesgo de padecer otras enfermedades crónicas, como cáncer de ovario, enfermedades autoinmunes, asma, alergias, y enfermedades cardiovasculares. Lo anterior debido a mecanismos que aún no se encuentran definidos, pero que parecen estar relacionados con el sistema hormonal, mecanismos inflamatorios, genéticos, y/o factores ambientales afectando así su calidad de vida.<sup>3</sup>

De acuerdo con la sociedad mundial de endometriosis (*World Endometriosis Society WES* por sus siglas en inglés) se estima que 176 millones de mujeres en el mundo han tenido síntomas de endometriosis antes de que su calidad de vida se viera afectada.<sup>4</sup>

Un estudio publicado en el mes de junio de 2012 en la revista *Fertility and Sterility* demuestra que la endometriosis disminuye significativamente la productividad laboral razón de 11 horas por mujer-semana. Los hallazgos principales muestran que el 65 por ciento de las pacientes presentan dolor y otro 35 por ciento presentan infertilidad, que la mujer con endometriosis tiene un 38 por ciento más de días de pérdida laboral debido a la intensidad de los síntomas, además el bajo rendimiento en el trabajo es más frecuente que las ausencias laborales y que los síntomas reducen la calidad de vida, donde la afectación es principalmente física, más que mental. La calidad de vida es directamente proporcional a la intensidad de los síntomas.

Hay escasa información sobre su prevalencia, sin embargo, hay informes que indican que de un 20 a un 33 por ciento de las pacientes presentan lesiones infiltrativas. Estas lesiones que invaden profundamente usualmente son muy activas y fuertemente relacionadas con dolor pélvico acíclico y dispareunia profunda.<sup>5</sup>

La naturaleza de esta enigmática enfermedad determina que su diagnóstico precoz sea extraordinariamente difícil. Varios estudios han demostrado que hay un retraso importante en su diagnóstico que inevitablemente produce un deterioro de la calidad de vida en estas pacientes. Este retraso oscila entre 4 y 12 años desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico definitivo, siendo 9,2 años el plazo promedio. Se reconoce actualmente que la endometriosis asociada a infertilidad es diagnosticada más precozmente que la relacionada a dolor pélvico y con variaciones según nivel socioeconómico.<sup>6</sup>

La decisión de realizar una valoración laparoscópica de la pelvis está basada en la severidad de los síntomas y la sospecha clínica. Cabe destacar que la cirugía laparoscópica es considerada el gold estándar para el diagnóstico de la endometriosis con la identificación visual de las lesiones clásicas de endometriosis, permitiendo tanto el diagnóstico quirúrgico confirmando la existencia de lesiones, como su tratamiento inmediato a través de la escisión y ablación de las lesiones.<sup>5</sup>

A pesar de no ser una enfermedad que amenace la vida, afecta la calidad de vida relacionada con la salud siendo el dolor y el funcionamiento social y psicológico, los factores que más la afectan.<sup>3</sup>

### I.1. Antecedentes

Kelech E. Nnoaham M.D, Lone Hummelshoj, Premila Webster M.D, Thomas d'Hooghe, Fiorenzo de Cicco Nardone M.D, Carlo de Cicco Nardone, y col. 2011. Realizaron un estudio multicéntrico transversal prospectivo de reclutamiento con el propósito de evaluar el impacto de la endometriosis en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la productividad laboral, donde se tomó una muestra de 1418 mujeres premenopáusicas, de 18 a 45 años de edad, sin un

diagnóstico quirúrgico previo de endometriosis, con laparoscopia para investigar los síntomas o para ser esterilizados. Los resultados arrojaron que hubo un retraso en el diagnóstico de 6,7 años, principalmente en atención primaria, entre el inicio de los síntomas y un diagnóstico quirúrgico de endometriosis, que fue más prolongado en los centros donde las mujeres recibieron atención médica predominantemente financiada por el estado. El retraso se asoció positivamente con la cantidad de síntomas pélvicos (dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia y periodos abundantes) y un índice de masa corporal más alto. La calidad de vida relacionada a la salud física se redujo significativamente en las mujeres afectadas en comparación con aquellas con síntomas similares y sin endometriosis. Cada mujer afectada perdió en promedio 10.8 horas de trabajo por semana, principalmente debido a su menor efectividad mientras trabajaba. La pérdida de productividad del trabajo se tradujo en costos significativos por mujer / semana, de US\$ 456.<sup>7</sup>

Juan D. Castañeda, M.D. Luis A. Almanzar, M.D, Juan C. Muñoz, M.D. Adriana Arango, M.D. José F. De Los Ríos, M.D. Eduardo Serna, M.D. y col. 2009. Dieron a conocer la evolución a un año de las pacientes a quienes se les ha realizado tratamiento quirúrgico laparoscópico de la endometriosis profunda infiltrante. Realizando un estudio cohorte de 24 pacientes con edades comprendidas entre 22 y 51 años a quienes se les realizó tratamiento quirúrgico de la endometriosis profunda infiltrante en la Unidad de Endoscopia Ginecológica de la Clínica del Prado y Profamilia, en Medellín, entre septiembre del 2007 y febrero del 2008. Se evaluaron las variables sociodemográficas, síntomas dolorosos, localización anatómica de la endometriosis profunda infiltrante, características de la lesión, tratamiento, tiempo quirúrgico, complicaciones, cuyo resultado se presentó una lesión de recto como única complicación en esta serie (4,1%). Hubo una disminución estadísticamente significativa de los síntomas dolorosos. Tres pacientes (12%) tuvieron recurrencias al año de seguimiento. Estos llegaron a la conclusión que el tratamiento laparoscópico de la endometriosis profunda infiltrante surge como una alternativa para el tratamiento de la endometriosis infiltrativa profunda.<sup>8</sup>

Jorce Cea García. Carlos Jiménez. Antonio Jiménez Caraballo. Sylvia de los Reyes Peña. 2015. Realizaron un estudio enfocados en determinar el cumplimiento de las expectativas de las pacientes antes, a los 6 y 12 meses de la cirugía. Se realizó una encuesta preoperatoria sobre sus expectativas a 66 pacientes con sospecha ecográfica de endometriosis ovárica, reevaluándose a los 6 y 12 meses de la cirugía. Completaron el estudio 53 de las 56 pacientes en las que hubo confirmación anatomopatológica, siendo, junto con la ausencia de cirugía anterior para endometriosis, los criterios de selección. Según resultados se establecieron grupos según expectativas; el 48% esperaba la disminución/desaparición del dolor, el 31% conseguir embarazo y el 21% la desaparición de la ansiedad/preocupación por el diagnóstico definitivo. El 88,2% vio cumplidas sus expectativas, disminuyendo el uso de analgésicos hasta el 55,4% y quedando embarazada el 52,17% durante el primer año postcirugía. Por tanto, se concluye que la cirugía de la endometriosis mejora el dolor, con una tasa de embarazo del 52,17%. Las expectativas, en general, se cumplen en alto porcentaje.<sup>9</sup>

En el 2014, DiDonato N, Montanari G, Benfenati A, Monti G, Bertoldo V, Mauloni M, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el impacto de la cirugía laparoscópica en pacientes con endometriosis y su relación con la función sexual, donde se encontró que la actividad sexual es influenciada negativamente por la endometriosis. Las mujeres con endometriosis y sus parejas muestran menor satisfacción comparadas con pacientes con otros desordenes ginecológicos, además encontraron que la disfunción sexual en mujeres con endometriosis es alrededor de 61 por ciento y de las mujeres con otros desordenes ginecológicos es de 35 por ciento. En las mujeres con endometriosis profunda infiltrante, el 58 por ciento reportó que el dolor pélvico afectó severamente su función sexual, comparado con el uno por ciento de las mujeres sanas ( $p < 0.0001$ ). Adicionalmente, el deseo sexual estuvo ausente o se presentó menos de una o dos veces al mes en 45 por ciento de las mujeres con endometriosis profunda infiltrante comparada con el 14 por ciento las mujeres sanas.<sup>1</sup>

Édgar Axel Gurreonero Briceño. Hilda Elena Porturas Domínguez. 2010. Realizaron un estudio de hallazgos laparoscópicos en pacientes sintomáticas portadoras de endometriosis. El objetivo se validaba en correlacionar las características clínicas con los hallazgos operatorios en pacientes sometidas a cirugía laparoscópica por endometriosis pélvica. Estudio analítico, comparativo, retrospectivo, horizontal. Realizado en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Es Salud, Callao, Perú, en pacientes con endometriosis pélvica. Entre enero 2005 y diciembre 2009 se realizó 1,616 cirugías laparoscópicas ginecológicas. Para correlacionar las características clínicas con los hallazgos operatorios, se procesó los datos con el programa Excel para Windows, el programa estadístico SPSS versión 14.0 y la prueba chi cuadrado; los cálculos tuvieron un intervalo de confianza del 95%. Llegaron a los siguientes resultados de las 1,616 cirugías laparoscópicas ginecológicas, correspondió a endometriosis el 24,4% (394 casos); la mayor incidencia se observó en el año 2009 (26,4% de los casos). La edad promedio de las pacientes fue  $37,1 \pm 1,9$  años y los síntomas o anomalías presentadas con mayor frecuencia fueron infertilidad (42,9%), dolor pélvico (14,3%), tumoración pélvica (4,1%) sangrado uterino (2%) y dolor abdominal (2%). Se encontró más los estadios I (46%) y II (26%). Las estructuras anatómicas afectadas con mayor frecuencia fueron el útero (76,4%), ligamentos uterosacros (42,9%) y el fondo de saco de Douglas (42,1%). Las lesiones endometriósicas afectaron también estructuras extragenitales, como la pared vesical (15%) y el recto sigmoides (4,3%). No se logró relacionar infertilidad y localización de las lesiones. El dolor pélvico se encontró asociado con lesiones endometriósicas en la trompa uterina izquierda y ligamentos uterosacros. La infertilidad y el estadiaje no tuvieron asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,068$ ) y el dolor pélvico crónico no aumentó con un estadio mayor de la enfermedad ( $p = 0,912$ ). Conclusiones: Se halló correlación entre la localización de lesiones endometriósicas en útero y en ligamentos uterosacros con la presencia de dolor pélvico.<sup>10</sup>

## I.2. Justificación

La endometriosis es la causa más común de dolor pélvico e infertilidad en las mujeres de edad fértil. A pesar del tratamiento médico, estas no logran lidiar con el dolor y con las limitaciones que este pueda producirles, sin dejar de mencionar la afectación tanto en la vida personal, laboral y/o estudiantil de la paciente, al igual que las dificultades asociadas al diagnóstico, insatisfacción con el sistema de salud y carga financiera que también afectan la calidad de vida antes del tratamiento quirúrgico.<sup>2</sup>

La cirugía es la piedra angular del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. El desarrollo de técnicas mínimamente invasivas ha convertido a la laparoscopia en el patrón oro para el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis. Se considera un abordaje quirúrgico óptimo debido a la reducción de costes, disminución del dolor, disminución de complicaciones de la herida y una recuperación más rápida.<sup>2</sup>

Las últimas revisiones sobre el tratamiento de la endometriosis coinciden en que la cirugía reduce el dolor asociado en todas las etapas de la enfermedad.

El objetivo principal es eliminar todas las lesiones y adherencias visibles, restaurando así la anatomía pélvica normal. Se han descrito diversas técnicas quirúrgicas que van desde la escisión a la ablación. En algunos casos incluso se ha propuesto el bloqueo de la vía nerviosa encargada de reflejar el dolor pélvico (ablación del nervio uterino y neurectomía presacra).

Los beneficios de la cirugía en la enfermedad grave incluyen la restauración de la anatomía de la pelvis, eliminación de los implantes y endometriomas para reducir la respuesta inflamatoria.<sup>2</sup>

Existen pocas publicaciones que muestren los resultados de experiencias de la laparoscopia en endometriosis en nuestro país. Tampoco se encuentran disponibles publicaciones de las características clínicas y quirúrgicas de las pacientes y si su perfil difiere de lo encontrado a nivel internacional. Por consiguiente, la presente investigación pretende resaltar las ventajas que tan efectiva es la cirugía laparoscópica en el diagnóstico de endometriosis, comparar los parámetros valorados y los resultados obtenidos a largo plazo con estudios



internacionales y por último, verificar que tanto mejora la calidad de vida de las pacientes.<sup>11</sup>

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La endometriosis es una problemática de salud que afecta a un gran porcentaje de mujeres en edad reproductiva a nivel mundial, a pesar de que se ha demostrado que es una enfermedad benigna, está perjudica el bienestar tanto físico como social, psicológico y emocional de las pacientes que la padecen. Se estima que la endometriosis afecta al menos a un 10 por ciento de la población femenina en edad fértil, y que esta proporción asciende al 30-50 por ciento si además padece de infertilidad y dolor pélvico, lo que conlleva tener en cuenta el diagnóstico temprano de dicha enfermedad mediante el procedimiento laparoscópico que es la técnica actualmente utilizada por médicos especialistas a nivel mundial.<sup>1</sup>

Actualmente la cirugía laparoscópica es el gold estándar como diagnóstico y tratamiento tanto para enfermedades ginecológicas como no ginecológicas, como es de ejemplo la endometriosis profunda.<sup>1</sup>

Por consiguiente, nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el impacto en la calidad de vida en pacientes diagnosticadas de endometriosis que acuden a la clínica de la mujer del Centro Diagnostico Medicina Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT), luego de ser realizado el tratamiento quirúrgico laparoscópico 2015-2018?

### **III. OBJETIVOS**

#### III.1. General

1. Determinar el impacto en la calidad de vida de pacientes con endometriosis después del tratamiento quirúrgico laparoscópico en la Clínica de la Mujer del Centro Diagnóstico, Medicina Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT), 2015 – 2018.

#### III.2. Específicos:

1. Relacionar las características sociodemográficas con la calidad de vida en pacientes con endometriosis.
2. Conocer que tanto fueron afectadas las pacientes en cuanto a su calidad de vida por la endometriosis.
3. Mostrar que la cirugía laparoscópica es efectiva para la mejora de la calidad de vida de las pacientes, al igual que el tratamiento médico.

## IV. MARCO TEÓRICO

### IV.1. Historia

La primera referencia de la endometriosis aparece en 1690, cuando el médico alemán Daniel Shroen describe la presencia de unas úlceras diseminadas por el abdomen, que aparecían solo en mujeres en edad reproductiva, las cuales, a falta de recursos como la microscopia y la histología, evidentemente no pudo identificar tales úlceras como tejido endometrial disperso.<sup>12</sup>

La primera mención con el término de endometriosis la hizo el patólogo alemán Frederich Daniel Von Recklinghausen en 1885. Pero la primera descripción patológica la hizo el anatomopatológico Kart Freiher Von Rokitansky, quien publicó una descripción detallada de la endometriosis, identificado la enfermedad como cúmulos de tejido endometrial disperso a los que llamaba adenomiomas.<sup>12</sup>

Algunos tratamientos históricos utilizados a finales del siglo XIX y principios del siglo XX contra los síntomas de la endometriosis fueron: Psicoterapia, ya que los médicos atribuían los síntomas a histeria, considerándolo de origen psicótico e incluso a la ninfomanía. Las sanguijuelas las cuales eran aplicadas en la vagina, además de otros recursos como extracción de sangre, morfina como analgésico, plantas medicinales, entre otros.

En 1921, John A. Sampson inicia sus publicaciones sobre endometriosis, desarrollando posteriormente la teoría de la menstruación retrograda como la causa más probable.<sup>12</sup>

### IV.1.2. Definición

La endometriosis se define como la implantación y el crecimiento benigno de tejido endometrial fuera del útero; las localizaciones más frecuentes son el peritoneo pelviano y los ovarios, si bien ocasionalmente, pueden encontrarse focos endometriósicos en otras muchas partes como el intestino, vejiga, estómago, pulmón, etc. Las hormonas sexuales estimulan este tejido ectópico (llamados implantes o lesiones) de igual forma que estimulan a este tejido eutópico. Sin embargo, la sangre y los tejidos no tienen manera de salir del

cuerpo, lo que provoca un foco inflamatorio constante. Asimismo, puede formarse tejido cicatricial, quistes (que en ocasiones se abren) y adherencias.

Las mujeres son más propensas a presentar endometriosis si tienen:

1. Una madre, hermana o hija con ella.
2. Una condición que impide un normal flujo menstrual.
3. Los ciclos menstruales de menos de 27 días con el flujo que dura más de 8 días. Las mujeres que nunca han dado a luz también están en mayor riesgo.

Se dice entonces, que la endometriosis es una enfermedad benigna inflamatoria estrógeno-dependiente, multifactorial y recidivante. A pesar de la dificultad existente para conocer con exactitud la prevalencia de la enfermedad, se estima que la endometriosis afecta aproximadamente al 10- 20 por ciento de mujeres en edad fértil de cualquier etnia-raza y grupo social. Puede afectar a cualquier mujer desde la menarquia hasta la menopausia, aunque algunas veces, la endometriosis puede durar hasta después de la menopausia. Por lo general, se presenta en la adolescencia y su intensidad aumenta progresivamente a lo largo de los años. Alrededor de 176 millones de mujeres en el mundo padecen endometriosis.<sup>13</sup>

El término endometriosis profunda o infiltrante pertenece a la década de los 90's, y hace referencia a lesiones endometriales que penetran el tejido más de 0.5 cm, ubicadas en la región retroperitoneal, vejiga o tabique recto-vaginal.<sup>14</sup>

Cabe destacar que la endometriosis se manifiesta principalmente a través del dolor pélvico, el que puede tener múltiples formas: dismenorrea, dispareunia, dolor pelviano inter-menstrual y disquecia. Estos síntomas se producen como consecuencia del sangrado cíclico de los implantes peritoneales con la consiguiente inflamación, formación de adherencias y retracción entre éstos y los tejidos vecinos. También puede ser asintomática y manifestarse exclusivamente a través de infertilidad. Puede presentarse además como tumor anexial, en el caso de los quistes ováricos, que pueden originar síntomas por compresión de estructuras vecinas, o bien, ser evidenciados en un estudio de imágenes de rutina. De acuerdo con su severidad, puede ejercer un impacto significativo en la

salud física de la paciente, pero es importante recordar que, a través de sus síntomas, puede comprometer también su salud mental y bienestar social.<sup>15</sup>

#### IV.1.3. Etiología

Se han postulado múltiples mecanismos del origen de la endometriosis, dentro de los cuales el más aceptado es el flujo menstrual retrógrado a través de las trompas de Falopio. Sin embargo, algunas formas de enfermedad pélvica inflamatoria, de endometriosis ovárica y nódulo rectovaginal no logran ser explicadas por esta teoría, por lo cual se ha planteado también como hipótesis la metaplasia de restos de tejido Mülleriano indiferenciado a nivel del ovario y del tabique recto vagina. Además, existe evidencia sugerente de alteraciones moleculares endometriales que favorecen la implantación y supervivencia del tejido endometriósico que ha refluído a través de las trompas, así como también alteraciones inmunológicas en estas pacientes, caracterizadas por una hiperestimulación del sistema inmunológico frente a la presencia del tejido endometrial.<sup>15</sup>

Estudios de líquido peritoneal han descrito un aumento de la concentración de macrófagos y células *Natural Killer*, así como también un aumento en los niveles de factores de crecimiento y citokinas proinflamatorias, que desencadenarían una reacción inflamatoria intraperitoneal, la cual sería incapaz de eliminar el tejido endometriósico peritoneal.<sup>15</sup>

#### IV.1.4. Clasificación

De la historia de las clasificaciones de endometriosis tenemos que desde 1921 Sampson ya clasificaba la endometriosis basándose en la clasificación de quistes hemorrágicos ováricos que existía en aquella época. Posteriormente publicó la teoría acerca del reflujo menstrual e implantación. En 1949 Wicks y Larson propusieron criterios histológicos para evaluar la endometriosis de las lesiones resecaadas y no de acuerdo con la localización anatómica o hallazgos clínicos. En ese entonces el manejo de elección era la histerectomía con salpingooforectomía bilateral, esto debido a la gran recurrencia y progresión que existía de acuerdo

con la historia natural de la enfermedad y la capacidad de invasión de otros órganos pélvicos. Huffman presentó en 1951 su estadificación basada en la anatomía, quien argumentaba a favor del tratamiento dependiendo del grado de extensión de la endometriosis. En 1962, Riva y colaboradores presentaron una clasificación en donde el tratamiento dependía del número de estructuras pélvicas afectadas, sin embargo, esta clasificación no correlacionaba adecuadamente los resultados. La primera clasificación publicada por la *American Fertility Society* (AFS) fue en 1978 con gran aceptación a nivel mundial junto con la publicación de 1979 sobre las recomendaciones para la endometriosis. Esta clasificación se dividía en estadios de endometriosis leve moderada, severa, ya se incluía ahí un sistema de puntos y se incluía la presencia de adherencias al peritoneo ovario y trompas. Un esquema anatómico era incluido para documentar los hallazgos quirúrgicos. Los puntos de la evaluación eran arbitrariamente asignados. Tras varios años de uso de esta clasificación se fueron encontrando que la arbitraria puntuación, así como el punto de corte para establecer la clasificación de acuerdo con el grado de afección no reflejaban lo que realmente estaba sucediendo con la fertilidad de las pacientes. Así pues, en 1985 en respuesta a los problemas que se presentaban con la primera clasificación se crea la Clasificación Revisada de la AFS creando un sistema más detallado que crea una categoría separada para la enfermedad mínima, y elimina la categoría de enfermedad extensiva. Se realiza además la cuantificación del número de adhesiones alrededor de las trompas y ovarios y se hace distinción entre adherencias firmes y laxas.<sup>16</sup>

En la revisión de clasificación para endometriosis publicada por la AFS en 1985, de acuerdo con esta clasificación de acuerdo con el puntaje obtenido se tiene lo siguiente.<sup>16</sup>

1. Estadio I (afectación mínima)
2. Estadio II (afectación leve)
3. Estadio III (afectación moderada)
4. Estadio IV (afectación severa)

Por otro lado, la clasificación más reciente, y aún vigente, fue presentada por Chapron y col. 2003 y es de mayor utilidad para definir la extensión de la enfermedad y planificar mejor el tratamiento.<sup>14</sup> Ver cuadro 1.

**Cuadro 1. CLASIFICACIÓN DE ENDOMETRIOSIS INFILTRANTE PROFUNDA**

<b>Clasificación DIE</b>	<b>Procedimiento quirúrgico</b>
<b>A: anterior</b>	Cistectomía parcial laparoscópica
A1: vejiga	
<b>P: posterior</b>	Resección laparoscópica de útero sacros Resección laparoscópica asistida vía vaginal
P1: Ligamento útero sacro	
P2: Vagina P3: Intestino	
<b>Única intestinal</b>	Resección intestinal por laparoscopia o laparotomía Resección laparoscópica asistida vía vaginal o exéresis por laparotomía
Sin compromiso de vagina Con compromiso de vagina	
<b>Localización intestinal múltiple</b>	Resección intestinal por laparotomía

Tomado de C.Chapron et al. 2003 (6)

#### IV.1.5. Fisiopatología

Desde la caracterización inicial de la enfermedad han surgido múltiples teorías sobre la fisiopatología de la endometriosis, tales como: menstruación retrógrada, metaplasia celómica, alteración de la inmunidad celular, metástasis, base genética, base ambiental y modelo de interacción multifactorial (base genética y ambiental);<sup>11</sup> sin embargo las primeras propuestas describían los procesos de establecimiento de implantes endometriósicos dejando de lado muchos aspectos a nivel celular y bioquímico.<sup>17</sup>

La menstruación retrógrada, formulada en 1920 por Sampson, plantea que el desorden se genera de la menstruación de tejido endometrial hacia las trompas de Falopio y la cavidad peritoneal. La enfermedad en la pelvis ha sido atribuida a la adhesión de fragmentos endometriales al epitelio del peritoneo, invasión del peritoneo, establecimiento de aporte sanguíneo y generación de una respuesta inmune subóptima que impide una depuración adecuada de los implantes. La menstruación retrograda es una condición fisiológica común en mujeres y ocurre en cerca del 90 por ciento de las mujeres que menstrúan regularmente.<sup>11</sup>



La metaplasia celómica, propone la existencia de células totipotenciales capaces de transformarse en células endometriales, lo cual explica algunos raros casos de endometriosis, como en pacientes que nunca han menstruado (por ejemplo, en la ausencia congénita de útero y vagina, el síndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser) y la aún más rara ocurrencia de esta enfermedad en hombres.<sup>11</sup>

La teoría inmunológica aduce que existiría una deficiencia inmune que lleva a una inapropiada remoción de las células endometriales de la cavidad pélvica. Las pacientes con endometriosis frecuentemente tienen enfermedades inflamatorias y comparten muchas similitudes con enfermedades autoinmunes, tales como artritis reumatoide, enfermedad de Crohn y psoriasis.<sup>11</sup>

En cuanto a los cambios en la inmunidad celular, se ha comunicado alteración en la relación de linfocitos T ayudadores (*T helper*) / linfocitos T supresores, con tendencia al aumento de los primeros, disminución de la citotoxicidad de las células naturales asesinas (*NK*) al tejido endometrial ectópico, incremento en el número y activación de los macrófagos peritoneales, con mayor producción de citoquinas, prostaglandinas y factores de crecimiento. Esto tendría efecto sobre el espermatozoide, el ovocito, la fecundación y las fases iniciales del desarrollo embrionario.<sup>11</sup>

Referente a la inmunidad humoral, existe considerable evidencia de alteración en la actividad de las células B e incremento en la incidencia de autoanticuerpos, los cuales interfieren con varios procesos durante la reproducción humana, incluyendo función espermática, fertilización y adecuada evolución del embarazo. Participan también factores de implantación, como la reducción de la receptividad endometrial mediante la disminución de la expresión de integrinas y aumento de los abortos preclínicos, por el componente de desequilibrio de prostaglandinas y citoquinas asociado a la presencia de endometrio ectópico.<sup>11</sup>

Actualmente las nuevas investigaciones han establecido como las alteraciones de las células del sistema inmune en mujeres con endometriosis constituye un fenómeno pivote de esta patología, tanto para la adhesión e invasión, así como para la supervivencia en el ambiente peritoneal, siendo particularmente importante el papel en el desbalance en la función macrofágica. Se ha planteado

que un desequilibrio en la función de los macrófagos tipo M1 y M2, así como una serie de eventos subsecuentes a esta alteración constituyen el agente facilitador más importante para el establecimiento de implantes endometriósicos. Por otro lado, resulta fundamental la serie de alteraciones que culminan en una sobreproducción estrogénica a nivel endometriósico, responsables de la multiplicación y el crecimiento de las lesiones una vez establecidas.<sup>17</sup>

#### IV.1.6. Epidemiología

Es muy difícil estimar la incidencia real de la endometriosis, ya que el diagnóstico de certeza solo es posible mediante verificación histológica. Sin embargo, si nos atenemos únicamente a los datos provenientes de mujeres sometidas a laparoscopia, introducimos dos sesgos importantes: dejamos por un lado fuera del estudio tanto a pacientes con clínica de endometriosis no confirmada, como a pacientes asintomáticas que sí pueden padecer de hecho la enfermedad, y por otro, restringimos nuestras estimaciones a mujeres con un acceso privilegiado a determinadas técnicas diagnósticas. Sea como fuere, y teniendo en cuenta todos estos inconvenientes metodológicos, se estima, de manera generalizada, que la endometriosis afecta al menos a un 10 por ciento de la población femenina en edad fértil, y que esta proporción asciende al 30-50 por ciento si consideramos tan solo a mujeres en ese mismo rango de edad que presenten problemas de infertilidad y esterilidad o dolor pélvico crónico.<sup>18</sup>

La prevalencia de la endometriosis en grupos seleccionados es altamente variable. Donde ésta ha sido mejor estudiada, es en aquellos grupos en que se ha podido realizar diagnóstico histológico, es decir, en aquellas mujeres que han sido sometidas a laparoscopia por diversas razones. Entre dichos grupos de mujeres, podemos destacar los siguientes:

1. Mujeres sometidas a laparoscopia por infertilidad:

La prevalencia de endometriosis en mujeres sometidas a laparoscopia por infertilidad presenta un rango que va desde el 2.1 por ciento hasta el 77.1 por ciento, según una recopilación de 52 trabajos llevada a cabo por (Matorras y

Cobos, 2010). La media de prevalencia entre esos estudios arroja una cifra del 26.13 por ciento.

2. Mujeres sometidas a laparoscopia por dolor pélvico:

En el mismo trabajo arriba citado, (Matorras y Cobos, 2010) de 6815 mujeres provenientes de 33 estudios publicados, obtienen un rango de prevalencia de la endometriosis que va desde el 2.15 por ciento hasta el 83.6 por ciento, con una media del 17.74 por ciento.

3. Mujeres sometidas a esterilización tubárica por laparoscopia:

Los mismos autores de las revisiones anteriores obtienen datos de 9811 mujeres provenientes de 16 estudios, obteniendo un rango de prevalencia de la endometriosis entre el 1.4 por ciento y el 50 por ciento, y una media del 5.68 por ciento. Como se puede observar, en consonancia con lo expresado en cuanto a la incidencia de la enfermedad, es muy difícil estimar la prevalencia real de la misma, debido a la enorme dispersión de datos. En cualquier caso, se puede afirmar que ésta no es despreciable, es incluso elevadísima en poblaciones seleccionadas.

Las estimaciones de la prevalencia de la enfermedad varían desde el cuatro por ciento, en población asintomática de mujeres que se van a realizar una ligadura de trompas, hasta el 50 por ciento de adolescentes que sufren de dismenorrea sin tratamiento. Aparece en mujeres en edad fértil, con una mayor incidencia entre los 30 y 45 años, siendo rara su presentación antes de la menarquia y posterior a la menopausia.<sup>18</sup>

La dismenorrea o dolor pélvico asociado a la endometriosis se presenta a edades más tempranas que la infertilidad. Se ha identificado una cierta tendencia familiar a la enfermedad de endometriosis lo que podría corresponder con un patrón de herencia poligénica multifactorial.<sup>18</sup>

La información recogida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta hospitalaria (CMBD-AH) en Andalucía establece una media de mujeres hospitalizadas con diagnóstico de endometriosis de diferentes localizaciones de aproximadamente 1.500 mujeres cada año. La forma más frecuente es la ovárica (60-65%), seguida de la uterina (18-20%) y, posteriormente la localización

peritoneal pélvica y otras. En mujeres fértiles, la razón de fecundidad es de 0,15-0,20 por mes disminuyendo con la edad, mientras que en mujeres con endometriosis esta razón disminuye a 0,02-0,10 por mes. Podemos resumir que la endometriosis afecta al 10-15 por ciento de todas las mujeres en edad reproductiva.<sup>18</sup>

#### IV.1.7. Diagnóstico

##### IV.1.7.1. Clínico

Establecer el diagnóstico de endometriosis en base sólo a los síntomas es difícil porque la presentación es muy variable, el valor predictivo de cualquiera de ellos (de forma individual o agrupados) es dudoso y existe solapamiento con otras condiciones como el síndrome del intestino irritable o la enfermedad pélvica inflamatoria, resultando de ello un retraso de varios años en el diagnóstico definitivo. Se han descrito demoras de hasta 12 años entre la aparición de cualquiera de los síntomas y un diagnóstico definitivo. Además, un elevado porcentaje de mujeres son asintomáticas (se estima entre el 15-30 por ciento de las mujeres con endometriosis).<sup>19</sup>

El síntoma principal y más frecuente es el dolor pélvico cíclico, que adopta diferentes patrones: dismenorrea severa (75 %), que suele ser progresiva y bilateral, dispareunia intensa (44 %), dolor pélvico crónico (70 %), dolor limitado a la ovulación y/o disquecia. Estos síntomas alrededor de la menstruación pueden asociarse a sangrado anormal o a síntomas intestinales y vesicales, a infertilidad y/o a fatiga crónica.<sup>19</sup>

Aunque la intensidad del dolor, generalmente, no se correlaciona con la extensión o estadio de la enfermedad, en la enfermedad infiltrante sí se asocia a la profundidad de penetración de las lesiones, coexistiendo un dolor máximo cuando la penetración en profundidad del peritoneo es mayor o igual a 0.6 cm. El mecanismo por el cual se produce el dolor en la endometriosis es desconocido, pero se sugieren varias hipótesis: 1) producción de sustancias (citoquinas y factores de crecimiento) que activan una respuesta inflamatoria; 2) efectos directos e indirectos desde los implantes de endometriosis con sangrado activo e

irritación o 3) invasión directa de los nervios del suelo pélvico por infiltración de los implantes de endometriosis, especialmente en el fondo de saco de Douglas.<sup>19</sup>

Aunque la evaluación y medición del dolor y su respuesta al tratamiento es importante, resulta difícil por diversas razones, como la complejidad de la metodología usada al no conocerse el mecanismo exacto por el que se produce; la dificultad para conocer el éxito de la terapia médica o quirúrgica frente a placebo y por la tendencia a afectar de forma progresiva a otros órganos cercanos al tracto reproductor.

Los signos posibles en la exploración física son palpación de pelvis dolorosa, útero fijo en retroversión, ligamentos úterosacros dolorosos y el aumento de los ovarios. El signo más específico es la palpación de nódulos infiltrativos profundos en los ligamentos úterosacros o el fondo de saco de Douglas y la visualización directa de las lesiones características en la vagina o cérvix. La presencia de estos nódulos dolorosos tiene una sensibilidad del 85 por ciento y una especificidad del 50 por ciento para el diagnóstico de endometriosis infiltrativa, la detección de estos nódulos es más fiable si la exploración se realiza durante la menstruación. El diagnóstico clínico basado en técnicas no invasivas como la historia clínica, los síntomas y el examen clínico es correcto en el 78-87 por ciento de los casos.<sup>19</sup>

#### IV.1.7.2. Quirúrgico

El método ideal para el diagnóstico de la endometriosis es la visualización directa de la lesión endometrial ectópica (vía laparoscopia), acompañado de confirmación histológica con la presencia de al menos dos características patognomónicas de este tipo de lesión (conocidas como macrófagos cargados de hemosiderina): epitelio endometrial y glándulas o estroma del endometrio. El diagnóstico basado únicamente en la inspección visual requiere de un cirujano con experiencia para identificar muchas de las lesiones con apariencia endometrial, ya que es relativamente baja la correlación entre el diagnóstico visual y la confirmación histológica, debido a que muchas veces se ha encontrado lesión endometrial microscópica en muestra de tejido peritoneal con apariencia normal. Macroscópicamente, las lesiones pueden presentarse de muy

diferentes maneras, las más características son lesiones pigmentadas pardo violáceas superficiales o profundas, lesiones rojas “en llama”, cicatrices blanquecinas, vesículas claras y quistes de chocolate.<sup>20</sup>

La laparoscopia de la endometriosis profunda puede tener una apariencia de enfermedad mínima, resultando una infraestimación de la enfermedad severa.<sup>15</sup> Además, se debe tener presente el diagnóstico diferencial para cada caso, antes de iniciar la fase intervencionista del diagnóstico ya que son muchos los padecimientos que pueden originar síntomas similares y, en consecuencia, la forma de tratarlos es diferente.<sup>20</sup>

#### IV.1.7.3. Histológico

La histología positiva confirma el diagnóstico de endometriosis; pero una negativa no lo excluye. La visualización directa de las lesiones es suficiente para el diagnóstico, pero la confirmación histológica de al menos una lesión es la pauta ideal. En los casos de endometrioma y de enfermedad infiltrativa profunda es necesaria la confirmación histológica de las lesiones para descartar otras enfermedades malignas. La lesión microscópica característica es una estructura similar a la del endometrio eutópico con áreas de fibrosis y hemorragia intersticial.<sup>19</sup>

#### IV.1.7.4. Laboratorio

Se ha considerado la identificación del antígeno-125 en suero (CA-125); para el diagnóstico de endometriosis. La elevación de la concentración del CA-125, por arriba de 35UI/mL, es el más comúnmente utilizada para el diagnóstico o monitorización de cáncer de ovario; sin embargo, debido a la alta especificidad, puede ser de utilidad como marcador para el seguimiento de la respuesta al tratamiento de la endometriosis. Además, hay estudios que demuestran la utilidad del CA-125 para identificar pacientes con infertilidad asociada a endometriosis severa, lo cual podría ser de utilidad para decidir el tratamiento quirúrgico temprano. Otro marcador para el diagnóstico de endometriosis es el antígeno 19-9 en suero (CA 19-9), aunque se considera de menor sensibilidad, pero es de

utilidad para determinar la severidad de la enfermedad. Por otro lado, ha surgido un gran interés para identificar otros marcadores, entre los que se encuentran, la interleucina-6, con un punto de corte de 0.1653UI/mL al cual se le atribuye mayor sensibilidad y especificidad que al CA-125; otro de estos marcadores, es el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) en el líquido peritoneal, con un valor diagnóstico importante, ya que se reporta sensibilidad y especificidad de uno y cero punto ochenta y nueve, respectivamente; aunque desafortunadamente, esta prueba requiere de un procedimiento invasivo para obtener el líquido peritoneal.<sup>20</sup>

#### IV.1.7.5. Imágenes

El estudio de imágenes es fundamental en el diagnóstico de la endometriosis, siendo la ecografía ginecológica (transvaginal y pelviana) un pilar importante cuando se sospecha esta patología. Hallazgos ecográficos, como un útero en retroversión fija, ovarios adheridos a la pared pelviana ó a la cara posterior del útero o entre sí, son indicadores indirectos de endometriosis. Además, la presencia de quistes ováricos únicos o múltiples de aspecto granular, bien delimitados, con cápsula gruesa sugieren fuertemente el diagnóstico de endometriosis. En el caso de la endometriosis rectovaginal y de infiltración profunda en el rectosigmoides es de utilidad la endosonografía anorectal y la resonancia nuclear magnética (RNM) de pelvis. En ciertos casos particulares, cuando existe sospecha de compromiso de la vía urinaria o intestinal, es necesaria la realización de estudios complementarios como la cistoscopia, la Piel Tomografía Axial Computarizada (TAC), la rectoscopia o colonoscopia. En la actualidad se ha avanzado significativamente en el diagnóstico a través de imágenes, particularmente con la endosonografía anorectal de alta resolución, sin embargo, aún se considera que el diagnóstico definitivo de la endometriosis se establece a partir de la visualización directa de las lesiones mediante laparoscopia diagnóstica.<sup>15</sup>

#### IV.1.8. Diagnóstico diferencial

Son muchas las patologías que pueden hacer dudar sobre si el origen del dolor es por endometriosis o por otra situación, por lo que las pruebas diagnósticas son esenciales para poder realizar un diagnóstico diferencial del dolor. Las afectadas por endometriosis profunda con afectación extragenital presentan síntomas no ginecológicos, como rectorragia o hematuria durante la menstruación, lo que hace derivar a la paciente a otras especialidades que descartan otras enfermedades y no suelen pensar en el diagnóstico diferencial de la enfermedad.<sup>18</sup>

Dentro de los diagnósticos diferenciales de dolor pélvico por endometriosis están:

1. Ginecológico cíclico: Dismenorrea, endometriosis, síndrome premenstrual y síndrome intermenstrual.
2. Dolor ginecológico no cíclico: Enfermedad pélvica inflamatoria, retroflexiónuterina, síndromes congestivos, síndrome de restos ovárico, dolor tras la esterilización quirúrgica, dispareunia, adherencias pélvicas.
3. Gastrointestinales: Colón irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulosis, dolor neoplásico, dolor no neoplásico del esfínter anal, proctalgia fugax y apendicitis.
4. Urológicas: Síndrome uretral crónico, cistitis intersticial, y vejiga irritable.
5. Músculo esqueléticas: Fibromialgia, miositis y Traumatismos.
6. Alteraciones Psiquiátricas: Depresión, somatización, hipocondriasis, dependencia de drogas y abuso sexual.<sup>18</sup>

#### IV.1.9. Tratamiento

El tratamiento para la endometriosis depende de los síntomas que presenta la mujer, de la voluntad de embarazo, de la edad y de la extensión de la enfermedad, lo que hace difícil generalizar las actuaciones, haciéndose necesaria la atención individualizada a cada caso, existiendo algunos con una respuesta terapéutica muy pobre, de lo que resulta una atención sanitaria frustrante para la mujer, sobre todo, pero también para el profesional sanitario que la atiende.<sup>20</sup>



Actualmente no existe un tratamiento causal de la endometriosis. Las opciones terapéuticas (tratamiento médico o quirúrgico) dependen de la elección informada de la mujer, de su edad, deseo de embarazo, tratamientos previos, naturaleza o gravedad de los síntomas, localización y gravedad de la enfermedad. El tratamiento médico hace desaparecer los síntomas en la mayoría de las pacientes, aunque con recurrencias si se interrumpe. Como procedimientos terapéuticos se usa terapia hormonal, analgesia y métodos quirúrgicos. La endometriosis grave con infiltraciones profundas debe ser tratada por especialistas con experiencia.<sup>20</sup>

La endometriosis es una de las enfermedades más enigmáticas y controvertidas de la ginecología, por ello, no existe un tratamiento idóneo para la misma. Por el momento no existe ningún tratamiento capaz de lograr los cuatro objetivos terapéuticos básicos:

1. Suprimir los síntomas (dolor pélvico)
2. Restaurar la fertilidad
3. Eliminar la endometriosis visible y
4. Evitar la progresión de la enfermedad

Lo único que pueden conseguir los tratamientos medicamentosos de la endometriosis es frenar de manera transitoria la progresión de la enfermedad; no existe ningún fármaco que sea superior a otro en cuanto a reducción de la extensión de las lesiones o al índice de recidivas tras el cese del tratamiento. En general, se acepta que el tratamiento médico de elección debe ser el enfoque menos invasivo y que siendo eficaz a largo plazo, presente los mínimos riesgos posibles.<sup>20</sup>

La posibilidad de una alternativa médica al tratamiento de la endometriosis se fundamenta en que el endometrio ectópico responde a los esteroides ováricos de igual manera que el endometrio eutópico. Es decir, la endometriosis es hormonodependiente. En el tejido endometrial se han identificado receptores a estrógenos, progesterona y andrógenos, aunque en menor cantidad que el tejido endometrial. Por tanto, la terapia médica es efectiva en el tratamiento del dolor, pero no hay fármacos efectivos en la eliminación definitiva de la endometriosis.<sup>20</sup>

#### IV.1.9.1. Tipos de tratamientos

Cuando se plantea qué tipo de tratamiento se le puede brindar a la paciente con endometriosis, el tratamiento definitivo tanto para la endometriosis ovárica como profundo es la cirugía. Dado que la cirugía no está exenta de complicaciones, siempre se debe optar por un tratamiento médico farmacológico previo.

Podemos dividir el tratamiento de la endometriosis en:

1. Tratamiento hormonal
2. Fármacos analgésicos
3. Tratamiento quirúrgico

#### IV.1.9.2. Tratamiento hormonal

Aunque la medicación supresora ovárica se ha mostrado poco eficaz en el tratamiento de la endometriosis, con tasas de recurrencia cercanas al 80 por ciento, ésta reduce el dolor asociado a la endometriosis en un plazo de aproximadamente 6 meses. En términos generales, los tratamientos hormonales descritos a continuación son igualmente eficaces, pero difieren en sus efectos secundarios y su coste.<sup>20</sup>

Progestágenos: Acetato de medroxiprogesterona, dihidrogesterona, noretisterona. Producen una decidualización del tejido endometrial para luego causar atrofia, teniendo dos vías de acción:

1. Suprimir la función ovárica, gracias a la inhibición de la liberación de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) hipotalámica, lo que conduce a una anovulación.
2. Efecto directo sobre los implantes, habiéndose observado que el acetato de medroxiprogesterona (AM) ejerce efecto antiproliferativo importante en las células del estroma.

Aunque existen muchas pautas de administración, la dosis más común es 10mg de acetato de hidroxiprogesterona, dos o tres veces al día (según las necesidades), durante 3 a 6 meses. Efectos adversos: alteraciones menstruales, náuseas, ganancia de peso, edemas, depresión.

Anticonceptivos hormonales combinados: son eficaces ya que su mecanismo de acción es producir amenorrea, debido a la alteración del tejido endometrial y pueden ser tomados de manera segura durante un largo plazo. La sintomatología retorna en la mayoría de las mujeres a los 6 meses. Efectos secundarios: Náuseas, hipertensión, tromboflebitis.<sup>20</sup>

Danazol y Gestrinona: suprimen la secreción de gonadotropinas, inhiben directamente la síntesis de esteroides e interactúan con los receptores endometriales de andrógenos y progesterona. Estos efectos provocan un ambiente estrogénico bajo y elevado en andrógenos que dificulta la proliferación de los focos de endometriosis y produce amenorrea. El tratamiento con Danazol o durante seis meses tras la cirugía laparoscópica reduce en gran medida el dolor asociado a la endometriosis y retrasa la aparición de recidivas entre 12 y 24 meses comparando con la actitud expectante y el placebo. Por otra parte, su objetivo es el de lograr la reabsorción de los depósitos residuales que no pueden eliminarse por cirugía.<sup>15</sup> La gestrinona es menos androgénica que el danazol, como consecuencia mejor tolerada, ya que al tener una vida media más larga se requiere menor dosificación. Los efectos colaterales de ambos fármacos incluyen: aumento de peso, acné, retención de líquido, alteraciones de la voz, sofocos, náuseas. Están contraindicados en el embarazo, en pacientes con alteraciones renales e hipertensión y fallo cardíaco congestivo. El danazol frena la pérdida ósea en mujeres en tratamiento con agonistas de la Hormona Liberadora de Gonadotropina.<sup>20</sup>

Análogos de hormonas liberadoras de gonadotropina: se aconseja como tiempo máximo 6 meses para evitar sus efectos indeseables. La pérdida de masa ósea ocasionada por los agonistas de la Hormona Liberadora de Gonadotropina se puede evitar en gran medida con la terapia «*add-back*», es decir, estrógenos y progesterona o también tibolona. El coste del tratamiento con danazol es casi el doble que el tratamiento con anticonceptivos orales y un tercio menor que el tratamiento con agonistas Hormona Liberadora de Gonadotropina.<sup>20</sup>

Visanne o Dienogest (2mg/día) es un derivado de la noretisterona con una alta afinidad por los receptores de progesterona. Consiguen una reducción del dolor

asociado a la endometriosis superior al placebo y comparable a los análogos GnRH. Si además se emplea de forma continua durante un periodo largo de tiempo (2-3 años), sus efectos en la reducción del dolor pélvico perduran varios meses después de su retirada. Se puede administrar sólo ó asociado a estrógenos. Este es el mayormente utilizado y el que mejores resultados ha dado.<sup>2</sup>

Acetato de leuprolide origina una castración farmacológica y priva de testosterona y de estrógenos a los tumores hormono-dependientes. Durante un tratamiento corto o intermitente, el leuprolide tiene la misma acción estimulante que la GnRH, pero el tratamiento crónico suprime la liberación de gonadotropinas de la glándula pituitaria y reduce la síntesis de esteroides del ovario y de los testículos. En el varón, esta actividad interrumpe la producción de testosterona en los testículos, y en la mujer inhibe la producción ovárica de estrógenos. En los pacientes con endometriosis, este estado hipoestrogénico alivia el dolor sintomático de la enfermedad y reduce el número de lesiones del endometrio. La administración de leuprolide produce inicialmente una superproducción de las hormonas estimulante del folículo (FSH) y luteinizante (LH) que actúan reactivamente sobre la próstata o la mama, pero con el tiempo, esta reacción se atenúa consiguiéndose la castración completa en 1-2 semanas. Se administra subcutánea o intramuscularmente. El leuprolide subcutáneo se absorbe rápida y completamente con una biodisponibilidad del 94%. Después de una inyección intramuscular, los niveles máximos se alcanzan a las 4 horas. En el caso de inyección depot, cada semana se absorbe entre el 20 y el 25 por ciento de la dosis administrada. Una vez absorbida, se encuentran elevadas concentraciones del fármaco en el hígado, la glándula pineal, los riñones y los tejidos de la pituitaria. La unión a las proteínas del plasma humano "in vitro" es el 43-49 por ciento. Como la hormona natural, es metabolizado en la pituitaria anterior y en el hipotálamo. La semivida de eliminación es de unas 3 horas.

Es importante mencionar que dentro de los efectos adversos mas comunes de acetato de leuprolide tenemos: cambios de ánimo, sensación súbita de calor,

sudoración, acné, sarpullido, picazón, dolor de cabeza y las articulaciones, síntomas de resfrío o la gripe, debilidad, cansancio.

Dispositivo intrauterino de Levonorgestrel (DIU\_LNG): provoca una importante reducción de la dismenorrea y el dolor pélvico, en especial en pacientes con endometriosis rectovaginal y dispareunia profunda. Además, ha demostrado lograr una reducción del tamaño de los implantes endometriósicos superior a la obtenida con los análogos de la GnRH, comprobado con laparoscopia de segunda mirada.

Su buena tolerancia y su menor tasa de efectos secundarios con respecto a otros gestágenos lo sitúa en una posición aventajada con respecto al resto de fármacos de esta familia. El implante de etonogestrel reduce el dolor de forma comparable a otros gestágenos, con un perfil de efectos secundarios similar.<sup>2</sup>

Otros: Fármacos como inhibidores de la aromatasa, tamoxifeno, agonistas dopaminérgicos (cabergolina), aunque actualmente forman parte de estudios de investigación y ensayos clínicos tienen un futuro prometedor en el tratamiento de la endometriosis.

En definitiva, todos los tratamientos hormonales son eficaces para disminuir el dolor, sin embargo, hay que tener en cuenta que algunas mujeres responden al tratamiento mejor que otras. El mecanismo de acción es reducir los efectos de los estrógenos sobre el endometrio ectópico (solo los análogos, los inhibidores de la aromatasa y algún otro, disminuyen los niveles de estrógenos) de esta forma se afectan las células endometriales que requieren estrógeno para sobrevivir. La supresión de la función ovárica reduce el dolor asociado a la endometriosis en un plazo aproximado de 6 meses. Los tratamientos hormonales que se detallan en este apartado son igualmente eficaces, pero difieren en sus efectos secundarios y los perfiles de coste.<sup>4</sup>

#### IV.1.9.3. Tratamiento analgésico

El abordaje debe ser multidisciplinar, especialmente en aquellos casos en los que el dolor es de difícil tratamiento y puede ser necesaria la atención por parte de Unidades de dolor.

En función de las necesidades, en algunos casos se deben cubrir ciertos aspectos tales como un apoyo psicológico y fisioterapéutico, un tratamiento farmacológico (analgésicos, antihiperalgésicos y opioides) y un tratamiento intervencionista, donde los bloqueos nerviosos y la neuromodulación son los aspectos más importantes.<sup>21</sup>

Con respecto al tratamiento farmacológico, los siguientes componentes son los que se utilizan normalmente, divididos según su mecanismo de acción:

1. Analgésicos / antiinflamatorios: paracetamol, ibuprofeno, dexketoprofeno trometamol, metamizol, etc.
2. Antihiperalgésicos: amitriptilina, duloxetina, gabapentina, pregabalina.
3. Opioides: morfina, fentanilo, metadona, etc.

#### IV.1.9.4. Tratamiento quirúrgico

Dentro del contexto de la cirugía conservadora, se ha evolucionado en las dos últimas décadas desde el empleo de la laparotomía sin y con instrumentos microscópicos para la magnificación de los tejidos, hasta el uso generalizado de la laparoscopia operativa. Además, las diferentes localizaciones de la endometriosis precisan tratamientos quirúrgicos diferentes.<sup>21</sup>

Hoy en día, nadie duda que el mejor abordaje quirúrgico se obtiene mediante laparoscopia. Ésta posibilita diagnosticar la enfermedad, permite una escisión completa de las lesiones, ofrece mejores resultados a largo plazo y mejora la fertilidad posterior de las pacientes. Además, ofrece las ventajas inherentes a la laparoscopia, mejor visualización de las lesiones, menor riesgo de adherencias, mejor función tubo-ovárica, mejor recuperación postquirúrgica y menor estancia hospitalaria. En cuanto al tratamiento quirúrgico, hemos de diferenciar:

C.1. Tratamiento quirúrgico de la endometriosis ovárica (endometriomas). Los objetivos del tratamiento del endometrioma deben ser:

- 1) Descartar malignidad
- 2) Eliminar en su totalidad el endometrio ectópico ovárico
- 3) Minimizar el trauma ovárico

- 4) Reducir al mínimo la producción o reproducción postoperatoria de adherencias.

La quistectomía laparoscópica para el tratamiento de endometriomas ováricos > 4 cm de diámetro mejora la fecundidad comparada al drenaje y la coagulación (Beretta et al., 1998; Chapron et al., 2002). La vaporización con láser o la electrocoagulación de los endometriomas sin la extirpación de la pseudo-cápsula se asocia con un riesgo significativamente incrementado de recurrencia del quiste (Vercellini et al., 2003). La quistectomía aumenta las tasas de embarazo espontáneo en pacientes con subfertilidad previa.<sup>21</sup>

#### C.2. Tratamiento quirúrgico de la endometriosis peritoneal.

Las lesiones superficiales o moderadas de localización peritoneal y ováricas superficiales pueden ser eliminadas por laparoscopia por escisión, coagulación o vaporización por láser (CO<sub>2</sub>, argón, potasio-titanio-fosfato o helio). No está claro si la escisión de las lesiones es superior a la ablación, aunque parece ser que la coagulación o vaporización mediante láser no es un tratamiento adecuado para las lesiones más profundas (> 0.5 cm).

La ablación de las lesiones endometriósicas más la ablación laparoscópica del nervio útero-sacro (LUNA) en la enfermedad mínima-moderada reduce el dolor a los 6 meses. No existe evidencia de la ablación aislada del nervio uterino, ya que por sí sola no disminuye la dismenorrea asociada a la endometriosis.

#### C.3. Tratamiento quirúrgico de la endometriosis profunda.

Una vez discutidas las posibilidades y establecido el diagnóstico de afectación y la necesidad del tratamiento se han de cumplir una serie de principios. Estos son:

1. Tratar solamente pacientes con lesiones sintomáticas.
2. Liberar correctamente todas las adherencias para ver correctamente las lesiones.
3. Escisión quirúrgica completa, no sólo de todas las lesiones sino también en un solo procedimiento. Es frecuente tratar pacientes con cirugías previas incompletas.
4. No es necesario tratamiento preoperatorio.

La cirugía de la endometriosis no sólo es comparable en complejidad a la cirugía oncológica, en muchos casos más dificultosa, sino que nos encontramos frente a situaciones inesperadas que requieren un cambio de estrategia o una cirugía con mayor dificultad de la prevista. Es por esto que la experiencia del personal de cirugía y del equipo es de suma importancia en cirugía laparoscópica compleja. La mayor parte de la cirugía en los casos de endometriosis profunda debe ser realizada por equipos multidisciplinares que cuenten con profesionales en ginecología con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada y que conozcan adecuadamente la endometriosis profunda cuyas tasas de morbilidad son mayores.<sup>21</sup>

#### IV.1.9.5. Tratamiento de la infertilidad

En las pacientes con endometriosis el manejo y el enfoque terapéutico difiere notablemente si el problema a tratar es el dolor o la infertilidad. Mientras que para el tratamiento del dolor con frecuencia las terapias hormonales y las cirugías radicales pueden ser una buena opción, estas estrategias habitualmente dificultan la consecución del embarazo. Por otra parte, los tratamientos de fertilidad se basan en la máxima conservación de la función ovárica y ello con frecuencia es un obstáculo para el tratamiento del dolor.<sup>21</sup>

Las endometriosis avanzadas, con importantes alteraciones anatómicas (tubáricas, ováricas y adherenciales), tienen una clara relación con la infertilidad (*European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE*). En cambio, la relación de la endometriosis I y II con la infertilidad es menos evidente.

No se ha demostrado que la endometriosis I se asocie a una inferior tasa de embarazo, si bien se ha descrito una tendencia a unas tasas de embarazo un 30 por ciento inferior. La supresión de la función ovárica para mejorar la fertilidad en la endometriosis mínima-leve no es efectiva y no debiera ofrecerse para esta indicación aislada. Los trabajos publicados no se refieren a las formas más avanzadas de la endometriosis.<sup>21</sup>

Respecto al tratamiento laparoscópico de la endometriosis I y II, en un estudio randomizado se encontró una mejoría significativa en las tasas de embarazo,



mientras que, en otro con un diseño similar, no se encontraron diferencias. El meta-análisis resultante pone de manifiesto un beneficio de la realización de la ablación/adhesiolisis en la endometriosis I y II (Ozkan S, Murk W, Arici A, 2008; González F, González AL, 2007). No obstante, se ha calculado que para obtener un embarazo se requeriría la realización de 7,7 laparoscopias con adhesiolisis/ablación, siendo desproporcionado para algunas pacientes. La ablación de las lesiones endometriósicas más la adhesiolisis para mejorar la fertilidad en la endometriosis mínima-leve es efectiva comparada con la sola laparoscopia diagnóstica. En las mujeres con endometriosis III/IV y sin otros factores identificables de infertilidad se recomienda la cirugía conservadora por laparoscopia, y presumiblemente también por laparotomía.<sup>21</sup>

#### IV.1.10. Complicaciones

La endometriosis puede llevar a problemas para quedar embarazada (esterilidad). Aunque no todas las mujeres, sobre todo aquellas con endometriosis leve, tendrán esterilidad.

Otras complicaciones de la endometriosis abarcan:

1. Dolor pélvico crónico o prolongado que interfiere con las actividades sociales y laborales.
2. Quistes grandes en la pelvis (llamados endometriomas) que pueden romperse.<sup>22</sup>
3. Retraso en la recuperación quirúrgica
4. Ansiedad
5. Baja autoestima crónica
6. Disfunción sexual.<sup>23</sup>

En unos pocos casos, los implantes de endometriosis pueden causar obstrucción de los tractos gastrointestinal o urinario, pero es infrecuente. En muy raras ocasiones, se puede desarrollar cáncer en las áreas de endometriosis después de la menopausia.<sup>22</sup>

#### IV.1.10.1. Complicaciones de la cirugía de la endometriosis profunda.

Los objetivos de la cirugía de la endometriosis profunda son: mejorar la calidad de vida, preservar la fertilidad y reducir las tasas de recurrencia tendiendo siempre a minimizar las complicaciones. Las complicaciones reportadas son muy variadas:

- 1) Hemorragia (1-11%)
- 2) Infección (1-3%)
- 3) Perforación intestinal. Es potencialmente mortal si no se realiza un diagnóstico temprano.
- 4) Perforación ureteral
- 5) Fistulas rectovaginales, vesicovaginales y ureterovaginales.
- 6) Problemas funcionales relacionados con la denervación pélvica: disfunción vesical, estreñimiento, disfunción sexual. La mayor posibilidad de afectación ocurre con la lesión de la inervación parasimpática, sobre todo cuando los nódulos son grandes y se extienden al espacio pararrectal.

Los factores más predisponentes para la aparición de complicaciones mayores son:

1. Apertura de la vagina en el momento del procedimiento quirúrgico del Intestino.
2. Uso excesivo de la electrocoagulación que facilita la aparición de fístulas rectovaginales y abscesos por la necrosis producida lesiones rectales bajas (5-8 cm del borde anal) que aumenta el riesgo de fugas anastomóticas.

Se han comunicado mayor número de complicaciones y más graves cuando se realiza resección segmentaria en relación con la técnica de *shaving*, aunque no existen estudios bien diseñados que comparen las distintas técnicas.<sup>24</sup>

#### IV.1.11. Calidad de vida

La calidad de vida asociada con la salud (CVAS) es un concepto multidimensional que integra los aspectos físicos, emocionales y sociales asociados con una enfermedad determinada o su tratamiento. La calidad de vida

relacionada con la salud es el componente que se refiere a la percepción que tienen las personas sobre su capacidad para tener una vida útil y desarrollar sus potencialidades y en especial sobre su salud global y el impacto de las enfermedades y tratamientos sobre ella. <sup>1</sup>

La endometriosis como otras enfermedades de curso crónico y en una proporción reducida de casos puede alterar la capacidad de trabajo, las relaciones sociales y la vida familiar, en función de los síntomas presentes. La presencia de dolor pélvico crónico afecta a la habilidad personal de desarrollar determinadas tareas sociales, así como la relación con otras personas, altera la autopercepción de salud y de forma global el sentimiento de bienestar. La frecuencia de dispareunia en mujeres con endometriosis es considerable, con resultados adversos sobre las relaciones sexuales, provocando situaciones que pueden llegar incluso a una vida sexual inactiva.<sup>25</sup>

El impacto que la enfermedad puede tener sobre la calidad de vida de las pacientes afectadas es muy variable, ya que las formas de presentación son asimismo muy diversas, habiendo pacientes con muy escasa o nula sintomatología y otras con una gran afectación clínica. Son pues este grupo de pacientes, que muy frecuentemente corresponde a pacientes con endometriosis profundas las que ven mermada más frecuentemente su calidad de vida, hasta el punto de tras haber fracasado múltiples intentos de terapia conservadora, se ven obligadas a someterse a una cirugía radical (Histerectomía + Doble anexectomía), para intentar que la paciente recupere calidad de vida. Es necesario explorar en estos pacientes aspectos como la tendencia a la ansiedad o depresión, como consecuencia de impacto de la enfermedad en su vida, y en muchos casos se requieren diversos tipos de terapias en este sentido.<sup>25</sup>

Para muchas mujeres, la endometriosis constituye un proceso crónico y recurrente, de forma que puede catalogarse como una enfermedad crónica e invalidante. Esta es la tercera causa de hospitalización ginecológica en los EE. UU., sin embargo, continúa siendo una enfermedad subdiagnosticada debido principalmente al desconocimiento de esta patología, a la dificultad para

detectarla en el examen pelviano y al hecho de que socialmente son “aceptados como normales” los dolores menstruales intensos.<sup>13</sup>

En un estudio conducido por Nnoaham et al, se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud fue significativamente menor en mujeres afectadas con endometriosis comparadas con aquellas con sintomatología similar y sin endometriosis. Por el impacto que tiene la enfermedad sobre la calidad de vida de la paciente que la padece, la endometriosis debe estudiarse en la actualidad desde un punto de vista biopsicosocial, analizando la oportunidad y justificación del tratamiento y su impacto en la mejoría de la calidad de vida, además de la evaluación de la intensidad del dolor y la subfertilidad y su correlación con el deterioro de la calidad de vida.

La mayoría de las pacientes que padecen de endometriosis se presentan con una constelación de síntomas, que incluyen dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia profunda, disquecia y subfertilidad. Cualquiera de estos síntomas puede afectar negativamente el bienestar físico, mental y social de la mujer.<sup>1</sup>

En un estudio multicéntrico publicado en el año 2012, y que incluía a 909 pacientes se analizaron entre otros aspectos, los costes laborales. Los costes calculados por pérdida de productividad fueron de 6.298 € por cada mujer/semana. Estos datos son similares a los datos referentes a otras enfermedades crónicas como la Diabetes, la Enfermedad de Crohn y la Artritis Reumatoide. Todos estos aspectos han supuesto una importante repercusión a nivel social, y la aparición de diversas asociaciones de afectadas, que han venido a hacer presión a diversos niveles fruto de lo cual se han producido diversas iniciativas en la aparición de diversos tipos de ayudas oficiales para afectadas por la enfermedad.<sup>25</sup>

#### IV.1.12. Pronóstico y evolución

La historia natural de la endometriosis describe que la enfermedad puede estabilizarse o tener regresión por sí sola, ya que en un estudio de seguimiento de pacientes con endometriosis se utilizó progestina o placebo y por laparoscopia después de un año de estudio se observó que en aquellas que llevaron

tratamiento: 47 por ciento de las pacientes tuvieron progresión de la endometriosis, 25 por ciento resolución de la enfermedad y en 25 por ciento no hubo cambios. Se ha observado que la endometriosis puede recurrir, después del tratamiento quirúrgico, en pacientes jóvenes que por alguna causa necesitan el uso de reemplazo estrogénico. Además, las mujeres en la etapa de posmenopausia, con antecedentes de endometriosis, pueden presentar nuevamente este padecimiento durante el uso de la terapia hormonal, por lo tanto, se debe tener presente el cuidado en la administración de estrógenos cuando estén indicados.<sup>20</sup>

La endometriosis, en su variante profunda, puede convertirse en enfermedad crónica evolutiva. La mayoría de las mujeres con endometriosis profunda, que presentan síntomas, son intervenidas quirúrgicamente, por lo que la progresión a largo plazo de la enfermedad es poco conocida. Además, el hecho de que muchas de estas mujeres reciban tratamiento hormonal supresor de la ovulación puede interferir con la velocidad de progresión.<sup>21</sup>

Los resultados de un estudio que valoraba la progresión de lesiones de endometriosis del tabique rectovaginal en pacientes totalmente asintomáticas que no recibieron tratamiento quirúrgico (Fedele *et al*, 2004) demostró tras 6 años de seguimiento que solo el 10 por ciento de las pacientes presentaron progresión de la enfermedad y/o aparición de síntomas dolorosos. Evidentemente no hay estudios sobre la posible progresión a largo plazo en pacientes con endometriosis profunda sintomática (que constituyen la gran mayoría) ya que suelen recibir tratamiento quirúrgico antes de que la enfermedad evolucione a una posible obstrucción intestinal severa o a una posible hidronefrosis uni o bilateral con la consecuente insuficiencia renal. A veces, debido a la falta de experiencia en el manejo quirúrgico de la endometriosis profunda, durante el mismo acto quirúrgico, las pacientes pueden recibir tratamientos quirúrgicos que no extirpan todo el tejido endometriósico. Estas cirugías incompletas son a menudo la causa del requerimiento de otras cirugías ya que no consiguen la desaparición de los síntomas en estas pacientes. Esto conlleva un riesgo quirúrgico cada vez mayor en siguientes cirugías, sobre todo debido a grandes

síndromes adherenciales y a una gran desestructuración de la anatomía, y producen una gran desesperación y frustración a la paciente que debe convivir con síntomas dolorosos intensos durante muchos años. Por tanto, para la atención de casos de endometriosis profunda de gran complejidad es necesario contar con un equipo multidisciplinar, incluyendo profesionales de ginecología, urología, cirugía digestiva, etc.<sup>21</sup>

Hay descrita en la literatura científica una disminución transitoria de los implantes durante el embarazo y postparto en este subgrupo de pacientes con endometriosis del tabique rectovaginal. Asimismo, parece que se produce una marcada reducción del volumen total de las lesiones de endometriosis profunda en aquellas pacientes no tratadas con cirugía cuando llegan a la menopausia. La no total desaparición de las lesiones y de los síntomas asociados en la menopausia puede justificarse en las endometriosis profundas por el predominio del componente conectivo-fibroso sobre el epitelial-glandular.

La evolución de la endometriosis superficial peritoneal es poco conocida, aunque se cree que no siempre se trata de una enfermedad progresiva. Se han reportado regresiones de los implantes peritoneales en una cuarta parte de las pacientes y no variación de estos en hasta un 40 por ciento de los casos en segundas cirugías de revisión en pacientes no tratadas en la cirugía previa. Cabe esperar que en las lesiones superficiales en las que el componente epitelial-glandular es mayor al conectivo-fibroso, se produzca una total o casi total desaparición de las lesiones al entrar en la menopausia.

El riesgo de malignidad de la endometriosis es muy bajo. En aquellas pacientes con endometriosis ovárica y transformación a un cáncer ovárico, el subtipo histológico frecuentemente encontrado es el carcinoma de células claras y el subtipo endometrioide.<sup>21</sup>

#### IV.1.13. Prevención

A pesar de no existir una prevención comprobada para la endometriosis, si existen factores de riesgo que pueden orientar a la mujer a solicitar atención médica. Como ocurre con las mujeres con fuertes antecedentes familiares, en las

que su madre o hermana han padecido endometriosis, ya que estas mujeres corren un riesgo seis veces mayor de desarrollar esta afección que la población general. Otros posibles factores comprenden la menarquia temprana, los ciclos menstruales regulares y cortos (< 27 días) y los periodos largos que duran 7 días o más.<sup>21</sup>

## V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Calidad de vida	Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de un individuo y a la realización de sus potencialidades en la vida social.	Score SF-12: 0-100 Score EHP-5: 1-4 Score WPAI: 0-100 Score VAS: 1-10	Nominal
Endometriosis	Aparición y crecimiento de tejido endometrial fuera del útero.	Sí No	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Numérica
Procedencia	Lugar de residencia de la persona.	Zona rural Zona urbana	Nominal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltera Casada Unión libre	Nominal
Manifestaciones clínicas de endometriosis	Signos clínicamente fiables y observados en la exploración médica.	Dismenorrea Dispareunia Problemas reproductivos Hemorragias	Nominal



		anómalas	
Tipo de tratamiento	Manera de actuar o proceder ante una enfermedad.	Tratamiento quirúrgico Tratamiento médico	Nominal
Severidad de los síntomas	Nivel de gravedad según los síntomas.	Leve Moderado Severo	Nominal



#### VI.4. Muestra

Estudio de muestreo no probabilístico a conveniencia, que fue representado por 96 pacientes que se sometieron a cirugía laparoscópica por endometriosis atendidas en la Clínica de la Mujer del Centro Diagnóstico, Medicina Avanzada y Telemedicina durante el período 2015 – 2018 y aceptaron participar en el estudio.

#### VI.5. Criterios

##### VI.5.1. De inclusión

1. Pacientes en edad reproductiva.
2. Pacientes con endometriosis.
3. Sometidas a tratamiento quirúrgico laparoscópico y tratamiento médico.
4. Atendidas en la Clínica de la Mujer de Centro Diagnóstico de Medicina Avanzada y Telemedicina durante el período de estudio.
5. Expedientes de las pacientes completos y disponibles.

##### VI.5.2. De exclusión

1. Negarse a participar en el estudio.
2. Barrera del idioma

#### VI.6. Instrumento de recolección de los datos

El instrumento de estudio utilizado para la recolección de datos fue facilitado por la Dra. Idhaliz Flores-Caldera de la Universidad de Rutgers-New Brunswick Nueva Jersey, avalado por la Fundación Mundial de Investigación en Endometriosis (WERF). Este cuestionario integra el SF-12 que es la versión reducida del SF-36; el mismo contiene cuatro preguntas cerradas acerca de la calidad de vida relacionado con la salud, una segunda parte acerca del perfil de la salud de endometriosis o EHP-5 que es la versión reducida del EHP-30 el cual contiene dos preguntas cerradas, una tercera parte que contiene el cuestionario de productividad en el trabajo y actividades diarias con cinco preguntas cerradas y una cuarta parte que contiene la escala visual análoga del dolor (VAS) durante los ciclos menstruales. (Ver anexo XII.3. Instrumento de recolección de datos).

#### VI.7. Procedimiento

Se sometió el anteproyecto a la Unidad de Investigación de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y al departamento de Gestión del Conocimiento del Centro Diagnóstico, Medicina Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT) para revisión y aprobación. Luego de adquirir los permisos correspondientes, se procedió a identificar las pacientes con endometriosis que cumplieron con los criterios de inclusión para participar en el estudio en la Clínica de la Mujer de CEDIMAT. Después se contactó vía telefónica y vía electrónica a las pacientes que fueron operadas desde el 2015 al 2018 explicando el motivo del estudio. Para la recolección de datos, con previa autorización de estas se auto llenó el instrumento de estudio; esto se realizó tres veces por semana en horario de consulta (9-12 AM/ 2-4 PM). (Ver anexo XII.1. Cronograma).

#### VI.8. Tabulación

Las operaciones de tabulación de la información fueron ejecutadas a través de Microsoft Word y Excel para el diseño y manejo de datos.

#### VI.9. Análisis

Los datos recolectados fueron analizados, utilizando la medida de tendencia central.

#### VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki<sup>28</sup> y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).<sup>29</sup> El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la gestión del conocimiento y comité de investigación del Centro de Diagnóstico Medicina

Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT), cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por el personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fueron protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente pudieron identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente trabajo de grado, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

## VII. RESULTADOS

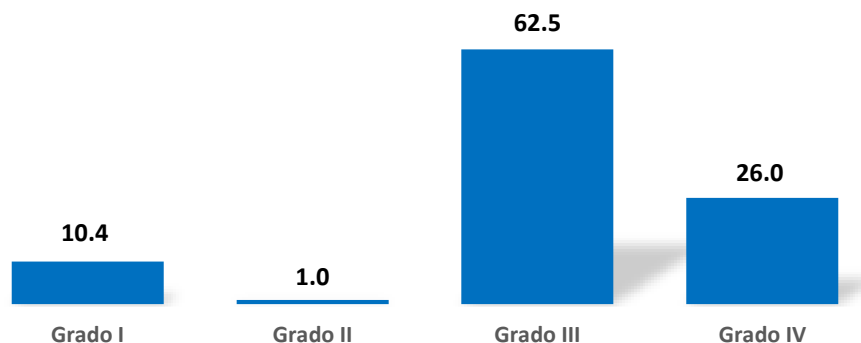
De un total de 144 pacientes con endometriosis que se habían sometido a cirugía laparoscópica en la Clínica de la Mujer en el Centro Diagnostico de Medicina Avanzada y Telemedicina durante los años 2015-2018, un total de 96 aceptaron ser entrevistadas para participar en el estudio, de estas, un 62.5 por ciento tenían endometriosis grado III, continuando con un aquellas que presentaron la enfermedad en grado IV siendo 26.0 por ciento, el 10.4 por ciento con Grado I, mientras que el 1.0 por ciento estaban en el Grado II. Ver tabla 1.

Tabla 1. Composición porcentual de los pacientes con endometriosis, según grado de endometriosis.

Grado de endometriosis	Frecuencia	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Total	96	100.0	100.0	
Grado I	10	10.4	10.4	10.4
Grado II	1	1.0	1.0	11.5
Grado III	60	62.5	62.5	74.0
Grado IV	25	26.0	26.0	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico I. Composición porcentual de los pacientes con endometriosis, según grado de endometriosis.



Fuente: Tabla 1

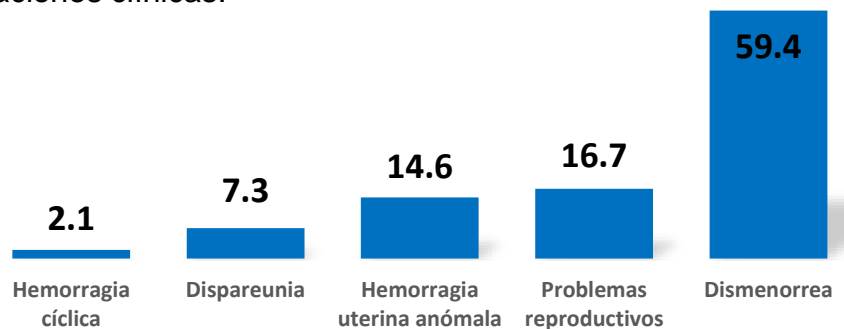
Dentro de las manifestaciones clínicas que presentaron las pacientes con endometriosis: en primer orden la Dismenorrea tuvo una prevalencia de un 59.4 por ciento, en segundo lugar, el 16.7 por ciento padecía de Problemas reproductivos, luego continúan las pacientes que presentaron hemorragia uterina anómala con un 14.6 por ciento, mientras que el 7.3 por ciento presento Dispareunia y por último con el menor porcentaje las pacientes que tenían hemorragia cíclica con un 2.1 por ciento. Ver tabla 2.

Tabla 2. Composición porcentual de los pacientes con endometriosis, según manifestaciones clínicas.

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Total	96	100.0	100.0	
Hemorragia cíclica	2	2.1	2.1	2.1
Dispareunia	7	7.3	7.3	9.4
Hemorragia uterina anómala	14	14.6	14.6	24.0
Problemas reproductivos	16	16.7	16.7	40.6
Dismenorrea	57	59.4	59.4	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico II. Composición porcentual de los pacientes con endometriosis, según manifestaciones clínicas.



Fuente: Tabla 2.

En lo que respecta a la distribución de los pacientes con endometriosis según la frecuencia con la que se siente preocupada de tener relaciones sexuales debido al dolor, el 25 por ciento de los pacientes con endometriosis se sintió frecuentemente preocupada por la tenencia de relaciones sexuales, seguido de los que siempre se preocuparon por las relaciones sexuales con un 24 por ciento, el 21 por ciento de los pacientes entendieron nunca se preocuparon por esta situación, siendo estas las más frecuentes. Para las categorías. Las categorías que presentaron menor frecuencia fueron a veces, rara vez y no es relevante con 19 por ciento, 6 por ciento y 5 por ciento respectivamente, ostentado los porcentajes más bajos.

Estos datos demuestran que el 49 por ciento de los pacientes tienen frecuentemente y siempre preocupación de tener relaciones sexuales debido al dolor. Ver tabla 3.

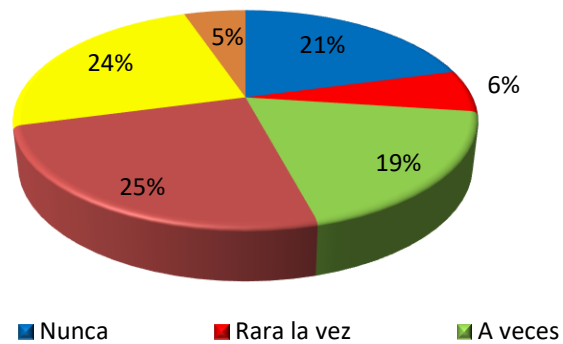
Tabla 3. Distribución de los pacientes con endometriosis según la frecuencia con la que se siente preocupada de tener relaciones sexuales debido al dolor.

¿Te sentiste preocupada de tener relaciones sexuales debido al dolor?	Frecuencia	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Total	96	100.0	100.0	
Nunca	20	20.8	20.8	20.8
Rara la vez	6	6.3	6.3	27.1
A veces	18	18.8	18.8	45.8
Frecuente	24	25.0	25.0	70.8
Siempre	23	24.0	24.0	94.8
No es relevante	5	5.2	5.2	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Gráfico III. Composición porcentual de los pacientes con endometriosis según la frecuencia con la que se siente preocupada de tener relaciones sexuales debido al dolor.



Fuente: Tabla 3.

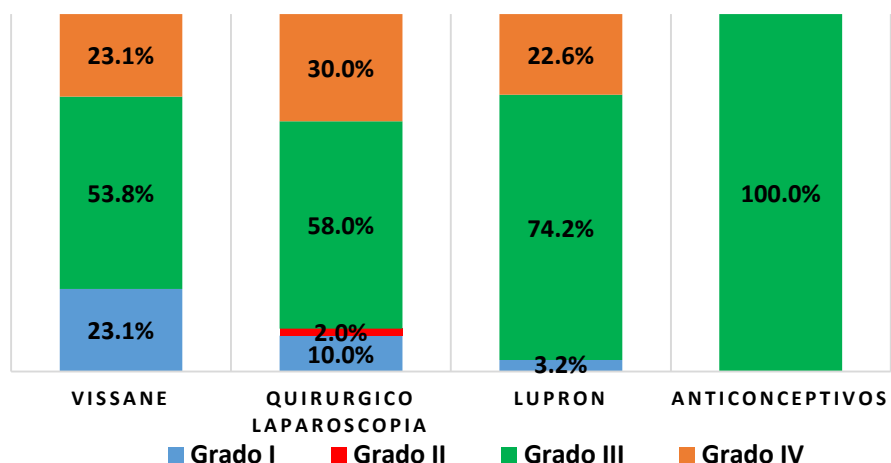
En cuanto al tratamiento aplicado según el grado de endometriosis, solo el 23.1 por ciento de las pacientes a las que se le aplicó el tratamiento Visanne tenían Grado I, el 53.8 por ciento tenía Grado III, mientras que en Grado IV el 23.1 por ciento. En lo que respecta a los que se sometieron a procedimientos Quirúrgicos con Laparoscopia el 58.0 por ciento pertenece al Grado III, el 30.0 por ciento tiene Grado IV, luego están las pacientes en Grado I de la enfermedad, y con un porcentaje más bajo están las de Grado II. Por otro lado, la mayoría (74.2%) de las pacientes con Endometriosis que recibieron Lupron como tratamiento son de Grado III y en un menor porcentaje las de Grado I con 3.2 por ciento, mientras que todas las pacientes a las que se le aplicó Métodos Anticonceptivos como tratamiento tienen Grado III de la enfermedad. Ver tabla 4.

Tabla 4. Distribución de los pacientes por grado de endometriosis, según tratamiento aplicado.

Tratamiento	Total	Grado de endometriosis			
		Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
Total	96	9	1	60	25
Visanne	14	3	0	8	3
Laparoscopia	50	5	1	29	15
Lupron	31	1	0	23	7
Anticonceptivos	1	0	0	1	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico IV. Composición porcentual de los pacientes por Grado de Endometriosis, según Tratamiento aplicado.



Fuente: Tabla 4.

En cuanto a los grupos de edad, el rango de edad con mayor porcentaje se concentra entre los 30 y 34 años con el 32.3 por ciento, seguido del grupo de 25 a 29 años con un 26.0 por ciento, mientras que a partir de las edades de 35 a 39 años empieza a descender el porcentaje de la población con endometriosis a medida que aumentan los años, obteniendo un porcentaje menor las edades mayores de 50 años con un 2.0 por ciento.

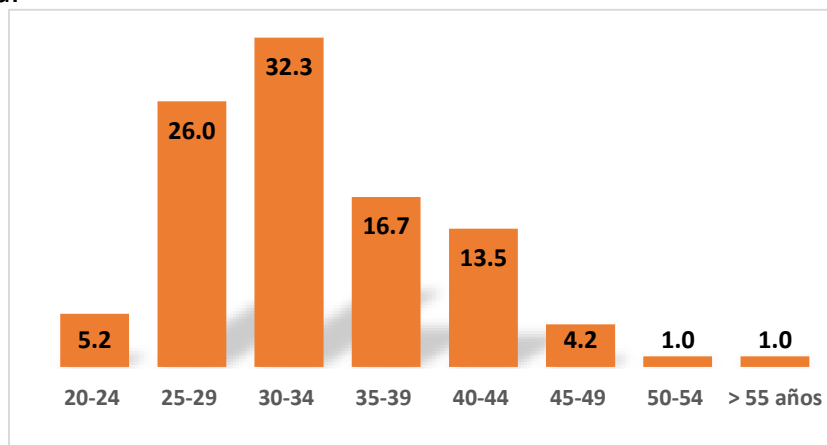
Atendiendo a estos resultados se observa que las mujeres con presencia de endometriosis son más propensas a tener esta enfermedad entre los 25 y 34 años, agrupando más del 50 por ciento de las entrevistadas. Ver tabla 5.

Tabla 5. Composición porcentual de los pacientes con endometriosis, según grupo de edad.

Rango de edades (años)	Frecuencia	%
Total	96	100.0
20-24	5	5.2
25-29	25	26.0
30-34	31	32.3
35-39	16	16.7
40-44	13	13.5
45-49	4	4.2
50-54	1	1.0
≥ 55	1	1.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico V. Composición porcentual de los pacientes con endometriosis, según grupo de edad.



Fuente: Tabla 5.

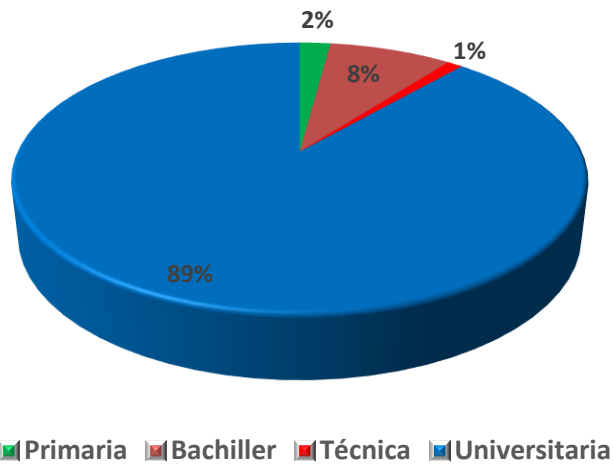
En lo que se refiere al nivel educativo alcanzado, el 89 por ciento de las pacientes entrevistadas indica que completó la educación superior o universitaria, el 8 por ciento terminó el bachiller (Educación Media), el 2 por ciento la primaria (8vo. Grado) y solo el 1 por ciento realizó estudios técnicos. Ver tabla 6.

Tabla 6. Composición porcentual de los pacientes con endometriosis, según nivel educativo.

Escolaridad	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Total	96	100.0	100.0	
Primaria	2	2.1	2.1	2.1
Bachiller	8	8.3	8.3	10.4
Técnica	1	1.0	1.0	11.5
Universitaria	85	88.5	88.5	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico VI. Composición porcentual de los pacientes con endometriosis, según nivel educativo.



Fuente: Tabla 6

En cuanto al ámbito laboral, el 87.4 por ciento del total de pacientes con endometriosis entrevistadas laboran, este dato revela que la mayoría está dentro de esta categoría. En ese sentido, al desagregar por tipo de tratamiento se

evidencia que, el 100 por ciento de las que se le aplicó Visanne pertenece a la población ocupada, el 96.8 por ciento de las pacientes que utilizaron Lupron se encuentra laborando, en ese orden el 80 por ciento de las que se sometieron al procedimiento quirúrgico Laparoscópico trabajan, mientras que, todas<sup>1</sup> las que recibieron como tratamiento métodos anticonceptivos no trabajan. Ver tabla 7.

Tabla 7. Distribución de los pacientes con endometriosis por ocupación según tipo de tratamiento.

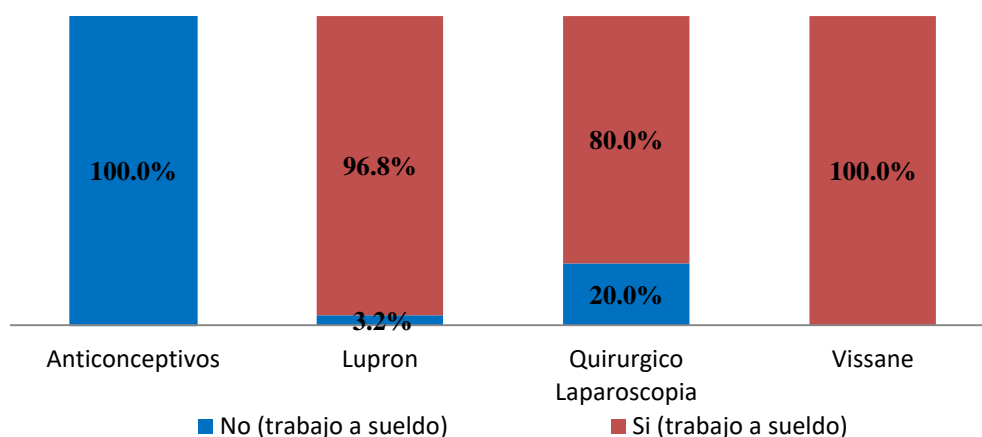
Tratamiento	Total (%)	¿Está actualmente empleada (trabajo a sueldo)?			
		No (trabajo a sueldo)		Si (trabajo a sueldo)	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Total	100.0	12	12.6	87.4	
Anticonceptivos	100.0	1	100.0	0	0.0
Lupron	100.0	1	3.2	30	96.8
Quirúrgico laparoscópico	100.0	10	20.0	40	80.0
Vissane	100.0	0	0.0	13	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

---

<sup>1</sup> Solo una paciente de las entrevistadas con endometriosis fue sometida al tratamiento de métodos anticonceptivos.

Gráfico VII. Distribución de los pacientes con endometriosis por ocupación según tipo de tratamiento.



Fuente: Tabla 7.

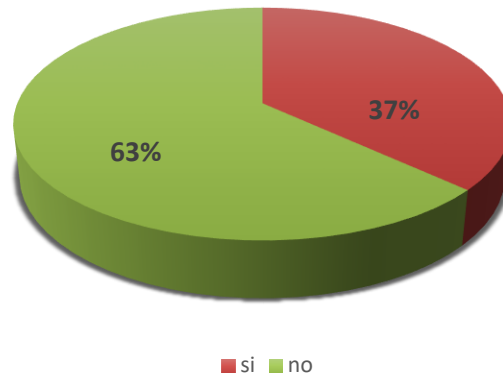
Respecto a la presentación de dismenorrea después del tratamiento quirúrgico, se observó que de las 57 pacientes que presentaron este síntoma antes de la intervención quirúrgica, solo en el 37 por ciento de las pacientes tuvieron recidiva, en contraste con el 63 por ciento que ya no presentaba dismenorrea, lo que nos indica que este síntoma disminuyó considerablemente en un 22.4 por ciento. Ver tabla 8.

Tabla 8. Distribución de las pacientes que presentaron dismenorrea después del tratamiento quirúrgico.

Dismenorrea después de tratamiento quirúrgico	Frecuencia	%
Si	21	37
No	36	63
Total	57	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico VIII. Composición porcentual de los pacientes que presentaron dismenorrea después del tratamiento quirúrgico.



Fuente: Tabla 8.

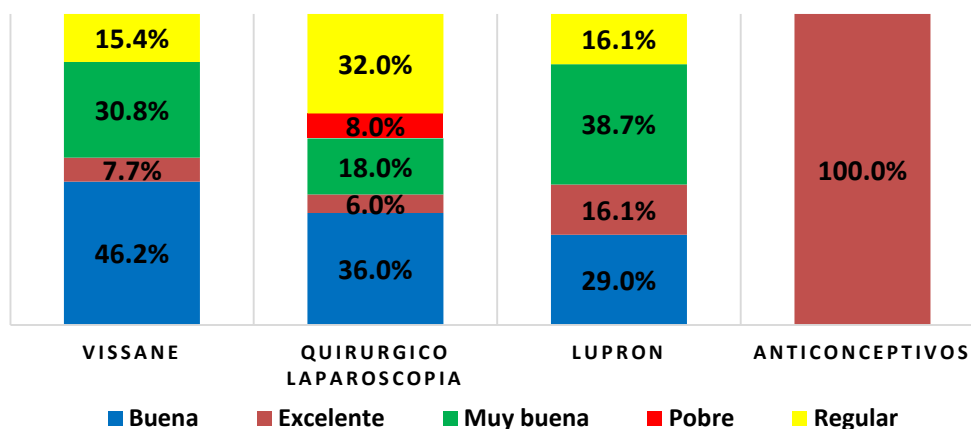
Con respecto a las condiciones de salud que alegan las pacientes entrevistadas con Endometriosis atendiendo al tipo de tratamiento médico son: de las que se le aplicó Visanne el 46.2 por ciento considera que es buena, el 30.8 por ciento cree que está muy buena y solo el 15.4 por ciento opina que su salud es regular y el 6.0 por ciento excelente. De las que recibieron el tratamiento Quirúrgico Laparoscopia el 36.0 por ciento considera que es buena, el 18.0 por ciento muy buena, el 32.0 por ciento regular y 8.0 por ciento pobre. A las que se le colocó Lupron, el 29.0 por ciento percibe que su salud es buena, el 38.7 por ciento muy buena, el 16.1 por ciento excelente y el 16.1 por ciento regular. Todas las pacientes a que se sometieron a tratamientos anticonceptivos consideran que su salud es excelente. Ver tabla 9.

Tabla 9. Distribución de los pacientes con endometriosis por condición de salud, según tratamiento aplicado

Tratamiento	Total	Salud				
		Buena	Excelente	Muy buena	Pobre	Regular
Total	96	33	10	25	4	23
Visanne	14	6	2	4	0	2
Laparoscopia	50	18	3	9	4	16
Lupron	31	9	5	12	0	5
Anticonceptivos	1	0	1	0	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico IX. Composición porcentual de los pacientes por condición de salud, según tratamiento aplicado.



Fuente: Tabla 9.

Según las condiciones de salud que alegan las pacientes entrevistadas con Endometriosis atendiendo al tipo de procedimiento médico que alivió el dolor encontramos que de las que se le aplicó Tratamiento Médico el 33.3 por ciento considera que es su estado de salud es regular, el 26.7 por ciento cree que está muy buena y solo el 13.3 por ciento opina que su salud es pobre. De las que recibieron el tratamiento de Histerectomía con Salpingooforectomía Bilateral el 46.2 por ciento considera que es muy buena, el 15.4 por ciento excelente, el 23.1 por ciento regular. A las que se le realizó una cirugía laparoscópica, el 39.7 por



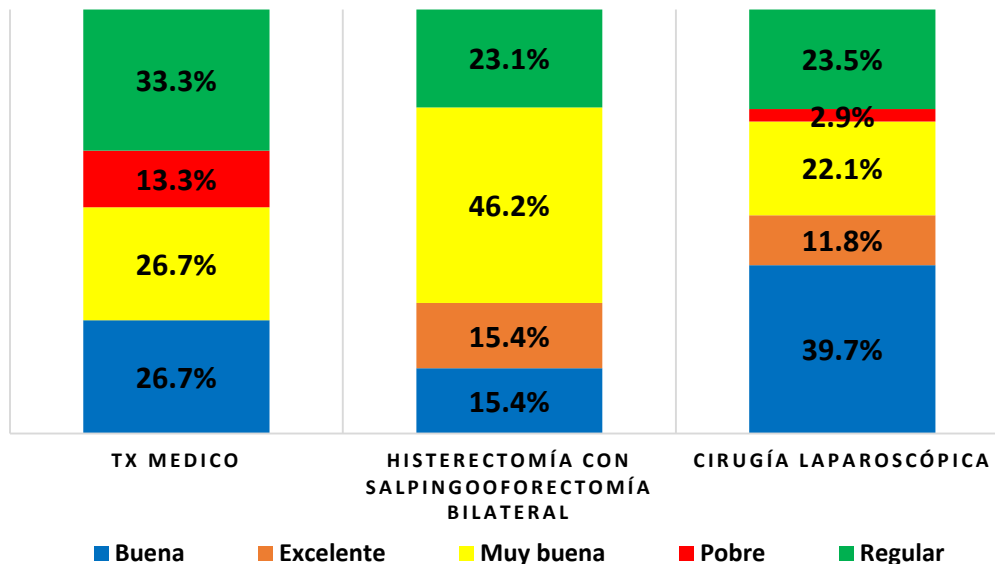
ciento percibe que su salud es buena, el 11.8 por ciento excelente, el 22.1 por ciento muy buena, el 23.5 por ciento regular y solo el 2.9 por ciento considera que es pobre. Ver tabla 10.

Tabla 10. Distribución de los pacientes con endometriosis por condición de salud, según tratamiento que alivió dolor.

Tratamiento para aliviar dolor	Total	Condición de Salud				
		Buena	Excelente	Muy buena	Pobre	Regular
Total	96	33	10	25	4	24
Tratamiento médico	15	4	0	4	2	5
Histerectomía con salpingooforectomía bilateral	13	2	2	6	0	3
Cirugía Laparoscópica	68	27	8	15	2	16

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfica X. Composición porcentual de los pacientes con endometriosis por condición de salud, según tratamiento que alivió dolor



Fuente: Tabla 10

En lo que respecta a la apariencia física, el 38.5 por ciento de las pacientes con endometriosis que se les aplicó Visanne considera que a veces lucen con una buena apariencia, el 15.4 por ciento cree que nunca, asimismo el 15.4 por ciento opina que rara vez y el 23.1 por ciento asegura que siempre tiene una buena apariencia física.

Las que se sometieron al procedimiento quirúrgico laparoscópico consideran que a veces luce con una buena apariencia en un 30.0 por ciento, el 22.0 por ciento frecuentemente, el 20.0 por ciento Nunca, el 12.0 por ciento rara vez, mientras que 16.0 por ciento percibe que siempre.

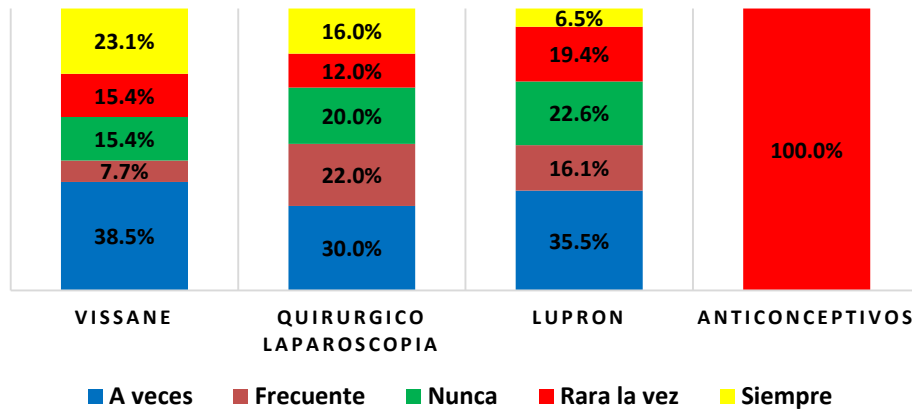
Por otro lado, el 35.5 por ciento de las pacientes que se le indicó Lupron cree que a veces posee una buena apariencia, el 22.6 por ciento considera que nunca, el 19.4 por ciento rara vez, sin embargo, solo el 6.5 por ciento piensa que siempre luce una buena apariencia. Ver tabla 11.

Tabla 11. Distribución de los pacientes con endometriosis por frecuencia en la perciben buena apariencia, según tratamiento aplicado.

Tratamiento	Total	Buena apariencia				
		Siempre	Frecuente	A veces	Rara vez	Nunca
Total	96	13	17	31	15	19
Visanne	14	3	2	5	2	2
Laparoscopia	50	8	11	15	6	10
Lupron	31	2	5	11	6	7
Anticonceptivos	1	0	0	0	1	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico XI. Composición porcentual de los pacientes por frecuencia en la perciben buena apariencia, según tratamiento aplicado



Fuente: Tabla 11.

Al observar los datos de la gráfica 11, es notorio que las mayorías de las pacientes entrevistadas con endometriosis, indistintamente del Tipo de Tratamiento aplicado poseen una baja confianza en sí mismas.

Respecto a la pregunta: ¿Realizaste tu trabajo con menos cuidados que de costumbre como resultado de problemas emocionales?; el 67 por ciento de las pacientes no presento un descuido al momento de realizar su trabajo, mientras que el 33 por ciento ha realizado su labor con menos cuidado debido a los problemas emocionales que está presenta.

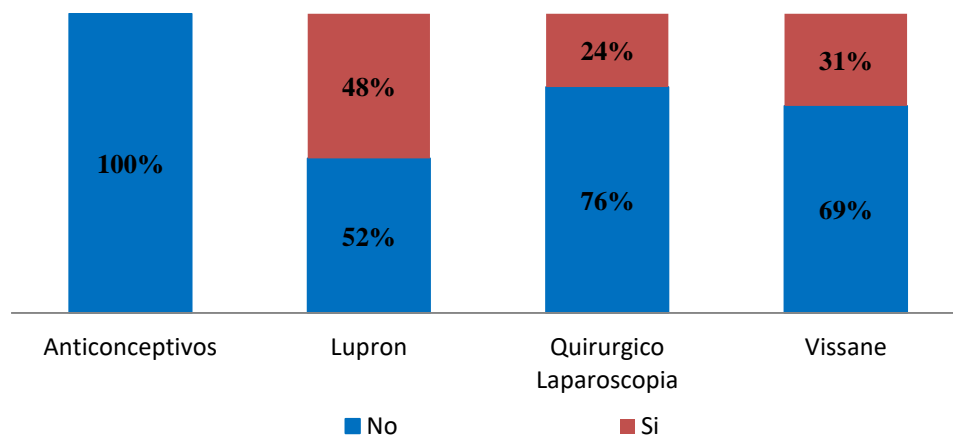
Por su lado, el 48 por ciento de las pacientes que se sometieron al tratamiento Lupron ha presentado menos cuidado al momento de ejecutar su trabajo, destacar que este (Lupron) presenta el mayor porcentaje, al ser comparado con los demás tratamientos. En segundo orden están las que utilizaron Visanne con un 31 por ciento, luego están a las que se les aplicó el procedimiento quirúrgico de laparoscopia con un 24 por ciento. Ver tabla 12.

Tabla 12. Distribución de los pacientes con endometriosis por cuidado en el trabajo según tipo de tratamiento.

Tratamiento	Total	¿Realizaste tu trabajo con menos cuidados que de costumbre como resultado de problemas emocionales?			
		No		Si	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Total	96	64	67	31	33
Anticonceptivos	1	1	100	0	0
Lupron	31	16	52	15	48
Laparoscopia	50	38	76	12	24
Visanne	14	10	69	4	31

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico XII. Distribución de los pacientes con endometriosis por cuidado en el trabajo según tipo de tratamiento



Fuente: Tabla 12.

Por otro lado, respecto a la premisa «Los demás no entienden por lo que estaba pasando», el 27 por ciento de las pacientes entrevistadas respondieron

«A veces», un 27 por ciento respondió «Frecuente», seguidas de «Siempre» y «Nunca» con un 19 por ciento cada una de las categorías, por otro lado, se encuentra «Rara vez», siendo esta la menos frecuente para un 11 por ciento.

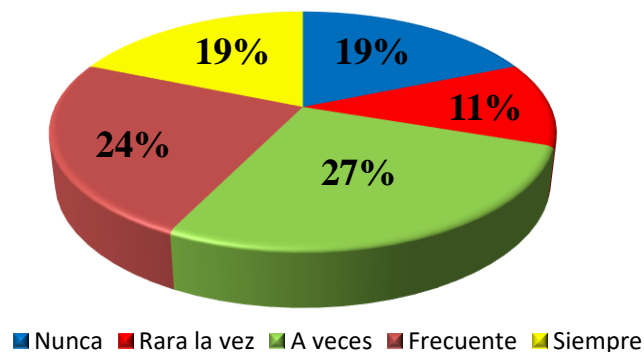
Estas evidencias indican un alto porcentaje de un 69.9 por ciento de las pacientes que piensan que los demás no entiende por lo que están pasando, esto se evidencia a través de las categorías A veces y Frecuente. Ver tabla 13.

Tabla 13. Distribución de los pacientes con endometriosis según la frecuencia con la que los demás no entienden por lo que está pasando.

¿Sentiste que los demás no entienden por lo que estabas pasando?	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Total	96	100.0	100.0	
Nunca	18	18.8	18.8	18.8
Rara la vez	11	11.5	11.5	30.2
A veces	26	27.1	27.1	57.3
Frecuente	23	24.0	24.0	81.3
Siempre	18	18.8	18.8	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfica XIII. Composición porcentual de los pacientes con endometriosis según la frecuencia con la que los demás no entienden por lo que está pasando.



Fuente: Tabla 13.

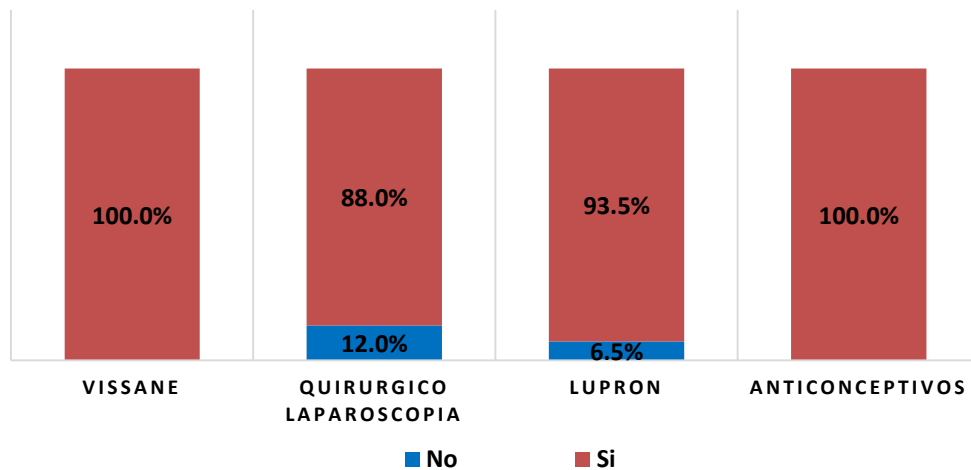
Para la efectividad según el tipo de tratamiento, observamos que el 100 por ciento de las pacientes cuyo tratamiento fue Visanne considero que este ha sido efectivo, en ese mismo orden a las que se le aplicaron anticonceptivos, de las que se sometieron al procedimiento quirúrgico de Laparoscopia el 88.0 por ciento piensa que el tratamiento fue efectivo y el 12.0 por ciento piensa que no ha sido efectivo, por último, el 93.5 por ciento de las que usaron Lupron piensan que el tratamiento fue efectivo mientras que un 6.5 por ciento cree que no ha sido efectivo. Ver tabla 14.

Tabla 14. Distribución de los pacientes con endometriosis por percepción de efectividad, según tratamiento aplicado

Tratamiento	Total	Percepción de efectividad de tratamiento	
		No	Si
Total	96	8	87
Visanne	14	0	14
Laparoscopia	50	6	44
Lupron	31	2	29
Anticonceptivos	1	0	1

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico XIV. Composición porcentual de los pacientes por percepción de efectividad, según tratamiento aplicado.



Fuente: Tabla 14

## VIII. DISCUSIÓN

La endometriosis, además de afectar de manera física a las pacientes que la padecen, también afecta de manera emocional y laboral. Esto es una problemática que se ha infravalorado o no se conoce mucho en nuestro país, ya que muchas personas piensan que la menstruación con dolor es normal, que cuando una mujer se ve afectada psicológicamente cuando tiene el periodo, ya sea por el mismo dolor, depresión o desgane, se suele decir «le gusta dramatizar cada vez que le llega la menstruación»; cuando ya se ha demostrado que la endometriosis es responsable de la sintomatología que afecta la calidad de vida de las pacientes.

Durante la recolección de datos de este trabajo encontramos que:

Entre los años 2015 y 2018 fueron intervenidas en la Clínica de la Mujer en CEDIMAT con cirugía laparoscópica un total de 144 pacientes, de las cuales 96 aceptaron participar en el estudio. Se evidencia que un 62.5 por ciento de estas tenían endometriosis grado III y un 26.0 por ciento tenían endometriosis grado IV, en contraste a lo observado en el estudio realizado por Édgar Axel Gurreonero Briceño e Hilda Elena Porturas Domínguez Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Perú, en 2010, donde se encontró que los estadios más frecuentes fueron los estadios I (46%) y II (26%) respectivamente. También concluyeron que la edad promedio de las pacientes fue  $37,1 \pm 1,9$  años y los síntomas o anormalidades presentadas con mayor frecuencia fueron infertilidad (42,9%), dolor pélvico (14,3%), tumoración pélvica (4,1%) sangrado uterino (2%) y dolor abdominal (2%).<sup>10</sup> Mientras que en nuestro estudio se evidencia que el rango de edad con mayor porcentaje se concentra entre los 31 y 35 años con el 32.3 por ciento y que los síntomas predominantes fueron: Dismenorrea (59.4%), problemas reproductivos (16.7%), hemorragia uterina anómala (14.6%), Dispareunia (7.3 %) y hemorragia cíclica (2.1%).

En cuanto a la disfunción sexual de las mujeres con endometriosis, concluimos que el 49 por ciento de los pacientes tienen frecuentemente y siempre preocupación de tener relaciones sexuales debido al dolor. Así mismo lo demuestran DiDonato N, Montanari G, Benfenati A, Monti G, Bertoldo V, Mauloni

M, en su estudio cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la cirugía laparoscópica en pacientes con endometriosis y su relación con la función sexual, donde concluyó que las mujeres con endometriosis y sus parejas muestran menor satisfacción, además encontraron que la disfunción sexual en mujeres con endometriosis es alrededor de 61 por ciento y que el 58 por ciento reportó que el dolor pélvico afectó severamente su función sexual, comparado con el uno por ciento de las mujeres sanas ( $p < 0.0001$ ).<sup>1</sup> Esta problemática pudiera estar de la mano con el hecho de que las mujeres con endometriosis tengan más dificultad para concebir un embarazo, ya que por el mismo dolor apenas pueden mantener relaciones sexuales, debido a que la penetración puede resultar extremadamente dolorosa dando lugar a la insatisfacción y disfunción sexual de las mismas.

En cuanto a la calidad de vida relacionada a la salud, un estudio realizado por Kelech E. Nnoaham M.D, Lone Hummelshoj, Premila Webster M.D, Thomas d'Hooghe, Fiorenzo de Cicco Nardone M.D, Carlo de Cicco Nardone, y col en 2011. Cuyo propósito era evaluar el impacto de la endometriosis en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la productividad laboral, demostraron que la calidad de vida se redujo significativamente en las mujeres afectadas en comparación con aquellas con síntomas similares y sin endometriosis. Cada mujer afectada perdió en promedio 10.8 horas de trabajo por semana, principalmente debido a su menor efectividad mientras trabajaba.<sup>7</sup> En nuestro estudio se puede observar que después del tratamiento quirúrgico, de 57 pacientes que presentaban dismenorrea antes de la cirugía, un 63 por ciento ya no la tienen; un 54 por ciento refería que su estado de salud está mucho mejor; un 73.6 por ciento presentó alivio de dolor, un 76 por ciento no descuidado su trabajo por problemas emocionales, en contraste a un 24 por ciento que si lo hizo después de la cirugía, cabe destacar que un 33 por ciento de las que utilizaron Lupron como tratamiento afirmaron que realizaron su trabajo con menos cuidados por problemas emocionales por los mismos efectos adversos provocados por este medicamento y referidos por las pacientes (cambios en su ánimo, sensación súbita de calor, dolor de cabeza y de las articulaciones y cansancio). Cabe destacar que antes del procedimiento quirúrgico, debido a los síntomas de la



endometriosis un 69.9 por ciento de las pacientes refería que siempre, frecuentemente y a veces nadie entendía por lo que estaban pasando, colaborando esto de manera negativa al bienestar mental de la paciente. Y, por último, un total de 44 pacientes representado por el 88.0 por ciento de las pacientes que se sometieron a la laparoscopia, respondieron que la cirugía fue efectiva, en contraste a 6 pacientes representado por el 12 por ciento de las que se sometieron a cirugía respondió que esta no fue efectiva debido a que además de la endometriosis tenían otras comorbilidades que le producen dolor.

Respecto al ausentismo laboral, no fue efectivo el resultado de dicha variable ya que no se cuestionó a las pacientes si hubo ausentismo laboral después de la realización de la cirugía y por tanto no se pudo analizar este dato mediante la prueba de los rangos de Wilcoxon.

## **IX. CONCLUSIONES**

Después de analizar y discutir los datos obtenidos en esta investigación, valorando la efectividad de la cirugía en cuanto a mejorar la calidad de vida del dolor y en las actividades diarias de las pacientes llegamos a las siguientes conclusiones.

1. La endometriosis es una problemática de salud, que afecta considerablemente el bienestar emocional, físico, laboral, social y de pareja en mujeres de edad reproductiva en más de un 50% aproximadamente.
2. El tratamiento de la endometriosis se fundamenta en dos abordajes: médico y quirúrgico, teniendo en cuenta que la mejor vía para el diagnóstico y tratamiento es sin duda el abordaje laparoscópico.
3. La cirugía laparoscópica disminuye de manera significativa la presencia de manifestaciones clínicas, tales como, la dismenorrea desde un 59.4% a 37.0%, lo que nos indicia una reducción de un 22.4%, por tanto, se podría decir que es un intervención efectiva para restablecer la calidad de vida de las mujeres que la padecen.

Por tanto, consideramos que un abordaje quirúrgico adecuado, como el laparoscópico que se considera la llave de oro en endometriosis, reúne un beneficio en la calidad de vida de las pacientes, cosa que ha sido demostrada en esta revisión.

## **X. RECOMENDACIONES**

1. Impulsar desde los servicios sanitarios actividades informativas sobre el padecimiento de la endometriosis, conocer su diagnóstico y tratamiento para disminuir la incertidumbre sobre la enfermedad.
2. Para futuras investigaciones tomar en cuenta el sueldo de la paciente para determinar cuánto pierde monetariamente por ausentismo laboral.
3. Se recomienda que el estudio no solo sea dirigido a un centro de salud, sino que abarquen otros centros sanitarios para obtener mayor población.
4. Es recomendable, impulsar a realizar otras investigaciones sobre calidad de vida en la República Dominicana, para así fomentar el interés de la población a conocer más de esta problemática de salud.
5. Evaluar las comorbilidades asociadas al dolor y la presencia de alteraciones del estado de ánimo, ya que se ha demostrado la relación que existe entre la endometriosis con la depresión y ansiedad, afectando así la calidad de vida de la paciente.

## XI. REFERENCIAS

1. Elida V, Caraballo O. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con endometriosis antes y después de realización escisión y ablación de endometriosis por laparoscopia. [Tesis doctoral]. Colombia: facultad de medicina, departamento de ginecología y obstetricia, Universidad de Cartagena; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/4277/1/EVALUACI%C3%93N%20DE%20LA%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20DE%20PACIENTES%20CON%20ENDOMETRIOSIS%20ANTES%20Y%20ESPU%C3%89S%20DE%20REALIZACI%C3%93N%20ESCISI%C3%93N%20Y%20ABLACI%C3%93N%20DE%20ENDOMETRIOSIS%20POR%20LAPAROSCOPIA.pdf>
2. Maroto T, Rodríguez A, Aguilar T. Tratamiento quirúrgico de la endometriosis [internet]. Sevilla: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, 2015 [actualizado 09 mar 2015; citado 09 ago 2018]. Disponible en : [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/curso\\_de\\_actualizacion\\_en\\_obstetricia\\_y\\_ginecologia/curso\\_2015/ginecologia/10\\_tratamiento\\_quirurgico\\_de\\_la\\_endometriosis.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/curso_de_actualizacion_en_obstetricia_y_ginecologia/curso_2015/ginecologia/10_tratamiento_quirurgico_de_la_endometriosis.pdf)
3. Quintero M; Vinaccia S; Quinceno Japcy Margarita. Endometriosis: Aspectos Psicológicos. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2017, vol.82, n.4, pp.447-452. ISSN 0717-7526. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000400447>.
4. Mateo H, Mateo E, Hernández L, Salazar E. Tratamiento de pacientes con endometriosis e infertilidad. *Ginecol Obstet Mex* [internet] 2012 [citado 08 dic 2018]; 80 (11): 705-711. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom1211d.pdf>
5. Castañeda J; Almánzar L; Muños J; Arango A; De los Ríos J; Serna E; *et al.* Endometriosis profunda infiltrante: seguimiento a un año luego del tratamiento quirúrgico. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* [online]. 2010

- [Citado 9 ago. 2018]; 61(2): 129-135. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n2/v61n2a05.pdf>
6. Fuentes A, Escalona J, Céspedes P, Espinoza A, Johnson C. Prevalencia de la endometriosis en mujeres sometidas a esterilización quirúrgica laparoscópica en un hospital de Santiago de Chile. *Rev Med Chile* [internet]. 2014 [25 sep 2018]; 142 (1) :16-19. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014000100003](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000100003)
  7. Kelech E. Nnoaham M.D, Lone Hummelshoj, Premila Webster M.D, Thomas d'Hooghe, Fiorenzo de Cicco Nardone M.D, Carlo de Cicco Nardone, Crispin Jenkinson D.Phill, Stephen H, Kennedy, Krina T. Zondervan D'Phill. Impacto de la endometriosis en la calidad de vida y la productividad laboral: un estudio multicentrico de diez países. *Rev. Fertility and sterility* [online]. 2011, [Citado 9 de agosto. 2018]; vol.96, n.2, pp.366-337. Disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S0015028211008764/1-s2.0-S0015028211008764-main.pdf?\\_tid=0417b61b-3370-4b7f-a57a-bff91a9e2869&acdnt=1543615372\\_df64fc6538f2e16720d0f76c8c81cae3](https://ac.els-cdn.com/S0015028211008764/1-s2.0-S0015028211008764-main.pdf?_tid=0417b61b-3370-4b7f-a57a-bff91a9e2869&acdnt=1543615372_df64fc6538f2e16720d0f76c8c81cae3)
  8. Juan D. Castañeda, M.D. Luis A. Almanzar, M.D, Juan C. Muñoz, M.D. Adriana Arango, M.D. José F. De Los Ríos, M.D. Eduardo Serna, M.D. Gustavo A. Calle, M.D. Ricardo A. Vásquez, M.D. 2009 Endometriosis profunda Infiltrante: seguimiento a un año luego de tratamiento. *REV. COL Obstetricia y Ginecología* Vol. 61 No. 2 .2010. pp (129-135). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n2/v61n2a05.pdf>
  9. Jorcesea Garcia. Carlos Jimenez. Antonio Jimenez Caraballo. Sylvia de los Reyes Peña. Expectativas de las pacientes afectadas de endometriosis moderada-severa ante la cirugía. *REV gynecology and obstetrician*. [online]. 2015, [Citado 15 de agosto. 2018]; vol.58, n.1, pp. 14-19. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-expectativas-las-pacientes-afectadas-endometriosis-S030450131400243X>

10. Édgar Axel Gurreonero Briceño. Hilda Elena Porturas Domínguez. Hallazgos laparoscópicos en pacientes sintomáticas portadoras de endometriosis. Rev. peru. ginecol. obstet. v.57 n.4 Lima 2011. [Online]. Disponible en: <file:///C:/Users/Ruddy/Downloads/Hallazgos%20laparosc%C3%B3picos%20en%20pacientes%20sintom%C3%A1ticas%20portadoras%20de%20endometriosis.pdf>
11. Gurreonero É, Porturas H. Hallazgos laparoscópicos en pacientes sintomáticas portadoras de endometriosis. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2011 [citado 27 jul 2018]; 57 (4): 249-257. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322011000400007&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322011000400007&lng=es).
12. Pérez I, Ruiz S. Etiopatogenia de la endometriosis [internet]. Sevilla: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2015; [citado 3 ago 2015]. Disponible en [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/curso\\_de\\_actualizacion\\_en\\_obstetricia\\_y\\_ginecologia/curso\\_2015/ginecologia/1\\_etiopatogenia\\_de\\_la\\_endometriosis.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/curso_de_actualizacion_en_obstetricia_y_ginecologia/curso_2015/ginecologia/1_etiopatogenia_de_la_endometriosis.pdf)
13. Barañao R. Pensando en endometriosis. Rev. SAEGRE [online]. 2015 [Citado 9 ago. 2018]; 22 (1):6-9. Disponible en: <http://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/3159>.
14. Arango A. Endometriosis infiltrante: revisión de tema. Rev. CES. Med. [online]. 2009 [Citado 9 ago. 2018]; 23 (1):47-60. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/1002>
15. Fernández E, Albornoz J. Endometriosis e infertilidad *REV.MED.CLIN* [online]. 2010 [Citado 6 ago. 2018]; 21(3): 403-408. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705514>
16. Roberts CP, Rock JA. The current staging system for endometriosis: does it help? *Obstet Gynecol Clin North Am* 2003; 30: 115-32. Disponible en:

- [https://www.academia.edu/12514488/The\\_current\\_staging\\_system\\_for\\_endometriosis\\_does\\_it\\_help](https://www.academia.edu/12514488/The_current_staging_system_for_endometriosis_does_it_help)
17. Ramírez A, Escalante C. Nuevos conceptos en la fisiopatología de la endometriosis: inmunología y endocrinología celular. Rev. Med. Cos. Cen. [internet]. 2014 [citado 27 jul 2018]; 71 (611). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc143o.pdf>.
  18. Lama C, Raga F, Bodega A, Carmona F, Garcia J, Schnelder J. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud [internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [citado 6 ago 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf>
  19. Caballero V, Caballero S, Dieguez J, Dolz M, Fernández A, Lama C, *et al.* Guía de atención a mujeres Con endometriosis en el SNS. Junta de Andalucía, Andalucía (España), 2009 {citado 6 ago 2018}. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/315/pdf/GUIA13abril09.pdf>
  20. Hernández M. Diagnóstico de la Endometriosis. Perinatol Reprod Hum [internet] 2009 [citado 06 ago 2018]; 23 (1): 25-29. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip091e.pdf>
  21. Lama C, Martín A, Schneider J, Bodega A, Carmona F, Raga F, *et al.* Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS). España: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad centro de publicaciones. 2013 [citado el 8 ago 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf>
  22. infogen.org [internet]. Mexico: infogenorg. [actualizado el 19 ago 2013; citado el 11 ago 2018]. Disponible en: <http://infogen.org.mx/endometriosis/#indice-27>
  23. Luengo C. Manejo del dolor en mujeres con endometriosis. Atención de enfermería. [Trabajo de grado]. Madrid: sección departamental de

- enfermería, Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Madrid; 2017. Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680670/luengo\\_vegamaría%20del%20carmentfg.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680670/luengo_vegamaría%20del%20carmentfg.pdf?sequence=1)
24. Maroto T, Carmona F. Endometriosis profunda ¿precisa de unidades especializadas? [internet]. Sevilla: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2017 [actualizado 07 mar 2017; citado 11 ago 2018]. Disponible: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/curso\\_de\\_actualizacion\\_en\\_obstetricia\\_y\\_ginecologia/curso\\_2017/ginecologia/7\\_endometriosis\\_profunda.\\_unidades\\_de\\_referencia..pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/curso_de_actualizacion_en_obstetricia_y_ginecologia/curso_2017/ginecologia/7_endometriosis_profunda._unidades_de_referencia..pdf)
25. Muñoz J. La endometriosis: formas de presentación y manejo. Todo un mundo de posibilidades. [Tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Complutense de Madrid, 2015 [citado el 08 de dic 2018]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/44985/1/T39333.pdf>
26. Maroto T, Rodríguez A, Aguilar T. Tratamiento médico de la endometriosis [internet]. Sevilla: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2015 [actualizado 09 mar 2015; citado 11 ago 2018]. Disponible: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/curso\\_de\\_actualizacion\\_en\\_obstetricia\\_y\\_ginecologia/curso\\_2015/ginecologia/2\\_tratamiento\\_medico\\_de\\_la\\_endometriosis.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/curso_de_actualizacion_en_obstetricia_y_ginecologia/curso_2015/ginecologia/2_tratamiento_medico_de_la_endometriosis.pdf)
27. Ramírez A, Escalante C. Nuevos conceptos en la fisiopatología de la endometriosis: inmunología y endocrinología celular. Rev. Med. Cos. Cen. [internet]. 2014 [citado 27 jul 2018]; 71 (611). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc143o.pdf>.
28. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2015; VI (2): 321.



29. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2017.

## XII. ANEXOS

### XII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo: 2018-2019	
Selección del tema	2018	Junio
Búsqueda de referencias		Julio
Elaboración del anteproyecto		Agosto
Sometimientoy aprobación	2019	Febrero
Ejecución de las encuestas		Marzo
Tabulación y análisis de la información		Junio
Redacción del informe		Julio
Revisión del informe		Julio
Encuadernación		Agosto
Presentación		Septiembre

## XII.2. Consentimiento informado

**Universidad Nacional Pedro Enríquez Ureña**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT)**

Usted ha sido invitado a participar en un trabajo de investigación para medir el **Impacto en la calidad de vida de pacientes con endometriosis después del tratamiento quirúrgico laparoscópico en el Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT)**, por parte de los médicos internos Angeline Contreras Mejía y Laura Chanel Liranzo Gil.

Se trata de un trabajo de grado, retrospectivo, en el que utilizaremos los resultados obtenidos de los cuestionarios SF-12, EHP-5 y la escala visual análoga de dolor para medir la calidad de vida en cuanto a salud en general y endometriosis en estas pacientes.

El propósito de este estudio es medir que tan efectivo es el tratamiento quirúrgico en pacientes con endometriosis profunda. No existe costo por participar en este trabajo de investigación y el beneficio que obtendremos será el poder ver que tan eficiente es el tratamiento quirúrgico en dichas pacientes. No hay riesgos con su participación. Los datos obtenidos del paciente son totalmente confidenciales; la información personal como la identidad del paciente no será divulgada. La participación es voluntaria, de no querer participar usted seguirá recibiendo la misma atención sin ningún tipo de inconvenientes.

Nombre: \_\_\_\_\_ apruebo mi participación en este estudio, en el cual fui correctamente informado del uso de mis datos en la fecha \_\_\_\_\_.



6. Durante las PASADAS 4 SEMANAS, debido a la Endometriosis cuán frecuentemente:	No es revelante	Nunca	Rara la vez	A veces	Frecuente	Siempre
a. se te hizo difícil el cuidado de tu(s) hijo(s)?						
b. sentiste preocupada de tener relaciones sexuales, debido al dolor?						
c. sentiste que tu(s) médico(s) piensan que todo esta en tu mente?						
d. te sentiste frustrada porque los medicamentos no funcionan?						
e. te sentiste con deprimida por la posibilidad que no puedes tener hijos?						

**CUESTIONARIO DE PRODUCTIVIDAD EN EL TRABAJO Y ACTIVIDADES DIARIAS:  
(WPAI: ENDOMETRIOSIS)**

Las siguientes preguntas se relacionan al efecto que tiene la **Endometriosis** sobre su capacidad de trabajar y realizar actividades diarias. Al decir Endometriosis, nos referimos a cualquier problema o síntoma físico o emocional relacionado a esta condición. *Por favor complete los espacios en blanco o encierre un número en un círculo, según corresponda.*

- 1) ¿Estás actualmente empleada (trabaja a sueldo)?  NO  SÍ  
*Si la respuesta es NO, marque "NO" y pase a la pregunta 6.*

Las siguientes preguntas se refieren a los **Últimos SIETE Días**, que **Presentó Síntomas** sin incluir el día de hoy.

- 2) ¿Cuántas horas de trabajo perdió debido a los síntomas de la **Endometriosis**? *Incluya las horas que perdió por días de enfermedad, las veces que llegó tarde o se fue temprano, etc., debido a su problema de Endometriosis. No incluya el tiempo que perdió para participar en este estudio.* \_\_\_\_\_ HORAS
- 3) ¿Cuántas horas de trabajo perdió debido a cualquier otra causa, tales como vacaciones, días festivos o tiempo que se tomó para participar en este estudio? \_\_\_\_\_ HORAS
- 4) ¿cuántas horas trabajó realmente? \_\_\_\_\_ HORAS *(Si la respuesta es "0", pase a la pregunta 6)*
- 5) ¿Hasta qué punto fue afectada su productividad debido a su problema de **Endometriosis** mientras estaba trabajando? *Piense en los días en que estuvo limitado en cuanto a la cantidad o el tipo de trabajo que pudo realizar, los días en que logró hacer menos de lo que hubiera querido o los días en los que no pudo realizar su trabajo con la dedicación habitual. Si los problemas de salud afectaron poco su trabajo, escoja un número bajo. Escoja un número alto si los problemas de salud afectaron mucho su trabajo.*

La Endometriosis no afectó mi trabajo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ENCIERRE EL NÚMERO EN UN CÍRCULO

La Endometriosis me impidió completamente trabajar

- 6) ¿Hasta qué punto afectaron los síntomas de **Endometriosis** su capacidad para realizar las actividades diarias, aparte de trabajar en un empleo? *Por actividades diarias nos referimos a las actividades usuales que realiza, tales como tareas hogareñas, compras, cuidado de los niños, ejercicios, estudios, etc. Piense en las veces en que estuvo limitado en la cantidad o la clase de actividad que pudo realizar y en las veces en las que logró hacer menos de lo que hubiera querido. Si los problemas de salud afectaron poco sus actividades, escoja un número bajo. Escoja un número alto si los problemas de salud afectaron mucho sus actividades.*

La Endometriosis no afectó mis actividades regulares

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ENCIERRE EL NÚMERO EN UN CÍRCULO

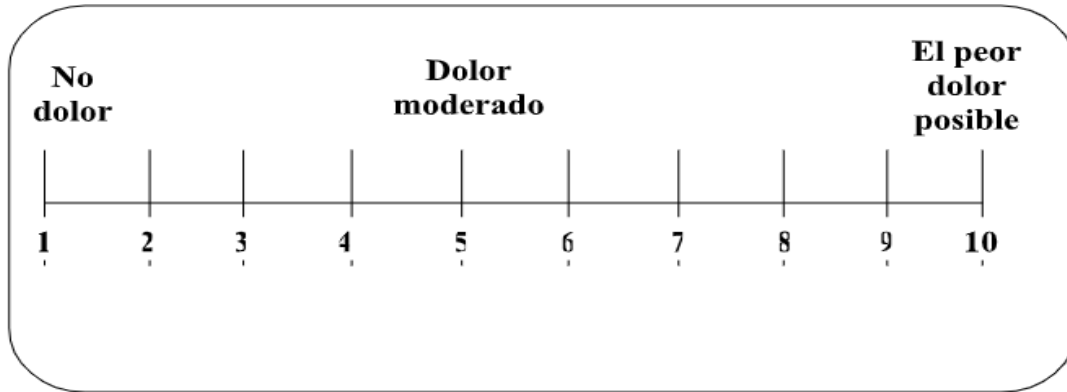
La Endometriosis me impidió completamente desempeñar mis actividades regulares

WPAI:GH (Spanish- Endometriosis)

**Escala Visual Análoga de Dolor VAS (0 – 10)**

Instrucciones:

Círcula el número que más se acerque al dolor que sientes *durante tu menstruación*.



## XII.4. Costos y recursos

XII.4.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 sustentante</li> <li>• 3 asesores (1 metodológico y 2 clínicos)</li> <li>• Personal médico calificado en número de cuatro</li> <li>• Personas que participaron en el estudio</li> </ul>			
XII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	80.00	240.00
Papel Mistique	1 resmas	180.00	540.00
Lápices	2 unidades	3.00	36.00
Borras	2 unidades	4.00	24.00
Bolígrafos	2 unidades	3.00	36.00
Sacapuntas	2 unidades		18.00
Computador Hardware:			
Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM;			
20 GB H.D.; CD-ROM 52x			
Impresora HP 932c			
Software:			
Microsoft Windows XP			
Microsoft Office XP			
MSN internet service			
Omnipage Pro 10			
Dragon Naturally Speaking			
Easy CD Creator 2.0			
Presentación:			
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data			
proyector		600.00	
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	75.00	1,200.00
Calculadoras	2 unidades		150.00
XII.4.3. Información			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas			
(ver listado de referencias)			
XII.4.4. Económicos*			
Papelería (copias)	320 copias	5.00	1600.00
Encuadernación	12 informes	80.00	960.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Inscripción al curso			2,000.00
Inscripción del anteproyecto			
Inscripción de la tesis			
Imprevistos			
<b>Total</b>			<b>\$13,004.00</b>

\*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por las sustentantes.

## XII.5. Evaluación

### Sustentantes:

\_\_\_\_\_  
Angeline Contreras Mejía

\_\_\_\_\_  
Laura Chanel Liranzo Gil

### Asesores:

\_\_\_\_\_  
Rubén Darío Pimentel  
(Metodológico)

\_\_\_\_\_  
Dr. Eleazar Santana Valenzuela  
(Clínico)

\_\_\_\_\_  
Dr. Miguel Montalvo Batista  
(Clínico)

### Jurado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Autoridades

\_\_\_\_\_  
Dr. Eduardo García  
Director Escuela de Medicina

\_\_\_\_\_  
Dr. William Duke  
Decano Facultad de la Salud

Fecha de presentación \_\_\_\_\_

Calificación: \_\_\_\_\_