



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

E. U. de Enfermería y Fisioterapia

Titulación: Adaptación al Grado de Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Trabajo de investigación

**ENDOMETRIOSIS, CALIDAD DE VIDA E IMPORTANCIA DEL
PERSONAL DE ENFERMERÍA**

Estudiante: Raquel Jiménez Velázquez

Tutor: María Milagros Arbe Ochandiano

Salamanca, 15 de Diciembre del 2017

INDICE

I.	RESUMEN.....	3
II.	INTRODUCCIÓN.....	4
	II.1.-Definición y epidemiología de endometriosis.....	4
	II.2.-Etiología.....	4
	II.3.- Clínica.....	5
	II.4.- Diagnóstico.....	6
	II.5.- Tratamiento.....	8
	II.6.- Endometriosis y calidad de vida.....	9
	II.7.- Endometriosis y enfermería.....	10
III.-	OBJETIVOS.....	13
	II.1.- Principal	
	II.2.- Secundarios	
IV.-	MATERIAL Y MÉTODO.....	14
V.-	RESULTADOS.....	15
VI.-	CONCLUSION.....	19
VII.	BIBLIOGRAFÍA.....	21

I. RESUMEN

La endometriosis es una de las enfermedades ginecológicas estrógeno dependiente más común y se caracteriza por la presencia de tejido endometrial en sitios distintos de la cavidad uterina. Se trata de una condición ginecológica común que afecta con más frecuencia a las mujeres en edad reproductiva. Se estima que afecta hasta a un 2-20 % de la población general pero en mujeres con problemas de fertilidad la tasa de prevalencia asciende hasta el 50%. Existe un retraso en su diagnóstico debido a la variedad de signos y síntomas asociados

Los síntomas más comunes de la enfermedad son dismenorrea, dolor pélvico, dispareunia, infertilidad, disqueneia y disuria.

En la actualidad no existe un tratamiento curativo y los tratamientos que se utilizan tienen como finalidad mejorar la clínica y evitar la progresión de la enfermedad.

Es una enfermedad que repercute de manera importante en la calidad de vida de las mujeres y además la demora en el diagnóstico propicia la aparición de sentimientos de culpabilidad e incompreensión. No podemos obviar la repercusión económica que tiene debido al alto grado de absentismo laboral y baja productividad que provoca.

Es tarea del personal de enfermería saber conocer la enfermedad, su repercusión tanto física como psicológica y así poder proporcionar apoyo a la paciente a lo largo de su enfermedad.

Este trabajo es un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado a través de la entrega de una encuesta validada sobre calidad de vida en mujeres diagnosticadas de endometriosis para así poder evaluar la afectación de la enfermedad en su percepción de calidad de vida.

II. INTRODUCCIÓN

II.1- CONCEPTO Y EPIDEMIOLOGÍA

La endometriosis es una enfermedad estrógeno dependiente que se define como la presencia de tejido endometrial funcionalmente activo (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina ^{1,2}. Este tejido es persistente y progresivo, es una enfermedad benigna³ aunque su comportamiento es invasivo, infiltrante y agresivo, con capacidad de diseminación similar a un proceso neoplásico.

La endometriosis es una de las enfermedades ginecológicas benigna más frecuente en edad reproductiva ^{4,5}. Se estima que la prevalencia es del 2-20% ⁶, pero si se considera el grupo de pacientes estériles, la prevalencia aumenta hasta un 50% ⁷. Es causa destacada de dolor pélvico, dismenorrea (dolor cíclico asociado a la menstruación), dispareunia (dolor con o después de las relaciones sexuales), disquecia (dolor durante la defecación) disuria (dolor durante la micción) e infertilidad ⁸ , La mujer también puede presentarse con síntomas cíclicos relacionados con la endometriosis en sitios extra-pélvicos (por ejemplo, debutando con neumotórax catameniales de repetición). Es una enfermedad grave que afecta negativamente a la calidad de vida de las pacientes ⁹

Las formas clínicas en las que se manifiesta la endometriosis quedan definidas en tres ¹⁰: implantes endometriósicos superficiales en peritoneo pélvico y ovarios (endometriosis peritoneal superficial), quistes ováricos llamados endometriomas ováricos o quistes de chocolate, y presencia de nódulos de más de 5 mm de infiltración profunda, residiendo más frecuentemente entre el recto y la vagina (nódulo endometriósico del tabique rectovaginal) dando lugar a lo que se denomina “endometriosis profunda”.

Las diferentes lesiones endometriósicas pueden darse por separado o en combinación, y están asociadas a riesgo de infertilidad y dolor pélvico crónico ¹¹.

II.2.- ETIOLOGÍA

La etiología de la endometriosis es multifactorial, interaccionando diversos factores genéticos, inmunológicos, hormonales y medioambientales. Su patogénesis aún no es bien entendida, se postulan diversas teorías pero ninguna de ellas por sí sola puede explicar su patogenia ¹².

II.3 CLÍNICA

Clásicamente se ha definido a la endometriosis como “la gran simuladora”, debido a la variedad de los síntomas clínicos. En muchas ocasiones la endometriosis puede cursar de manera asintomática y ser su hallazgo casual durante intervenciones quirúrgicas. Frecuentemente presenta clínica que puede incluir síntomas severos e incapacitantes debido a la intensa reacción inmune e inflamatoria que ocasionan dolor y adherencias peritoneales. En otras ocasiones, la endometriosis puede debutar como un cuadro de abdomen agudo debido a rotura de un endometrioma desconocido ¹³.

No se ha observado una relación constante entre la intensidad del dolor y el grado de severidad de la endometriosis, es común la observación de pacientes con endometriosis avanzada con poco o sin dolor, mientras que otras con endometriosis mínima refieren dolor intenso,

Las presentaciones clínicas más importantes son:

-Dismenorrea y dolor pélvico: son las manifestaciones clínicas más características y frecuentes de la endometriosis. El dolor pélvico se asocia a presencia de endometriosis en un 50-90% de los casos. Este dolor puede aparecer durante la menstruación o a lo largo del ciclo menstrual. La inflamación que se produce durante la menstruación puede estimular las terminaciones nerviosas de la pelvis y por ello causar dolor pélvico crónico ¹⁴.

-Hemorragia uterina disfuncional: se puede presentar como spotting premenstrual debido a la disfunción ovulatoria asociada a la endometriosis aunque pueden aparecer diferentes patrones de sangrado. Estas disfunciones incluirían anovulación, folículo luteinizado no roto, insuficiencia lútea y cuerpo lúteo persistente por luteolisis inadecuada. Cualquiera de estas condiciones podría ocasionar un patrón menstrual anómalo.

-Dispareunia: definida como el dolor durante o tras las relaciones sexuales está relacionada significativamente con los nódulos infiltrantes de endometriosis vaginal y del septo retrocervical.

-Esterilidad: la endometriosis se asocia tanto a esterilidad como infertilidad. Algunos trabajos hablan de hasta un 30-50% de infertilidad en mujeres endometriósicas y si estas pacientes tienen dolor pélvico asociado, la prevalencia podría elevarse hasta un 71-87% ¹⁵. La relación entre endometriosis y esterilidad o infertilidad es debido a la alteración anatómica, adherencias y retracciones que provoca la enfermedad en la cavidad pélvica, ovarios y/ o cavidad uterina ¹⁰. La inflamación que produce la endometriosis causa disfunciones ovulatorias, disfunción en la foliculogénesis, disminuye la calidad de los ovocitos y aumenta la apoptosis de las células de la granulosa, disminuyendo así la reserva ovárica de la paciente endometriósica. Además puede provocar obliteración de las fimbrias y trompas de Falopio, y mala receptividad endometrial con resistencia a la progesterona. Todo ello produce una disminución de la fertilidad en la mujer endometriósica ¹⁶.

-Disquecía y disuria: definido como dolor al defecar y orinar. Síntomas como disuria, disquecía, diarrea, cuadros de obstrucción intestinal, rectorragia, hematuria, o hidronefrosis por obstrucción ureteral, pueden ser debidos a lesiones endometriósicas en recto-sigma, vejiga, uréteres o intestino delgado.

II.4. - DIAGNÓSTICO

La endometriosis es una enfermedad difícil de diagnosticar debido a la gran variedad sintomática que hace que su diagnóstico sea en muchas ocasiones tardío; a la evolución subclínica o asintomática en algunos casos y cuyo diagnóstico se hace de manera casual. Se estima que existe una media de retraso del diagnóstico de 9.3 años.

El diagnóstico de certeza y gold standard es la cirugía mediante visualización directa y toma de biopsia de las lesiones y posterior estudio anatomopatológico. No existen signos, síntomas o pruebas diagnósticas suficientemente sensibles y específicos como para establecer un diagnóstico clínico de certeza aunque sí un alto grado de sospecha ayudándonos de la anamnesis, exploración física y exploración complementaria ¹⁷.

La **anamnesis** es el proceso fundamental para llegar a un diagnóstico o sospecha de enfermedad endometriósica. Los síntomas más típicos son la dismenorrea (75%), dolor pélvico (70%), dispareunia intensa (44%) y disquecía. Estos síntomas pueden aparecer asociados a sangrado uterino anormal, síntomas intestinales, vesicales,

infertilidad y fatiga crónica. Además existen síntomas que aparecen durante la menstruación como rectorragia catamenial, hematuria catamenial, dolor pleural catamenial con o sin neumotórax entre otros, y deben orientar nuestra sospecha a la presencia de endometriosis.

Debemos realizar una cuidadosa **exploración física**, donde sospecharemos enfermedad si objetivamos:

- Dolor a la movilización uterina y ovárica
- Sensibilidad aumentada en los ligamentos uterosacros
- Nódulos palpables uterosacros y/o masas anexiales
- Movilidad disminuida de útero y/o anejos.
- Distancia anogenital

Además, existe una serie de **exploraciones complementarias** que nos ayudarán a llegar a un diagnóstico o sospecha de enfermedad:

- Ecografía transvaginal: presenta una sensibilidad del 84-100% y una especificidad del 90-100% en el diagnóstico de endometriomas ¹⁸. En cambio, no tiene una potencia suficiente para el diagnóstico de enfermedad endometriósica superficial y endometriosis profunda (DIE).
- Ecografía transrectal: recomendada por algunos autores para el diagnóstico de lesiones en uterosacros y tabique rectovaginal. La principal ventaja frente a la transvaginal es que permite medir la distancia exacta entre la lesión y el margen anal, y medir la invasión en la pared rectal.
- Resonancia magnética nuclear: se usa cada vez más para identificar lesiones subperitoneales, aunque la retroversión uterina, los endometriomas y las estructuras intestinales pueden ocultar nódulos pequeños. Se presenta más sensible que la ecografía para lesiones pequeñas ¹⁹. La resonancia magnética permite la valoración global de la pelvis y tiene gran importancia en el diagnóstico de la endometriosis profunda.
- Biomarcadores séricos: existen numerosos marcadores que están siendo estudiados como herramienta en el diagnóstico de endometriosis. La complejidad de esta enfermedad y su carácter multifactorial hacen más

probable que se requiera la combinación de varios marcadores para alcanzar valores de sensibilidad y especificidad aceptables en clínica. Actualmente el único que está establecido en la práctica diaria es el ca 125 y su utilidad reside en el seguimiento de la endometriosis y no en su diagnóstico. Otro marcador de interés es el aumento de IL-6 en pacientes diagnosticadas de endometriosis moderada ²⁰.

II.5.- TRATAMIENTO

El objetivo del clínico en el tratamiento de la endometriosis debe ser disminuir la sintomatología mejorando la calidad de vida, restaurar la infertilidad si la hubiera, eliminar lesiones endometriósicas y prevenir la recidiva.

La actitud terapéutica debe ser individualizada en función de la sintomatología, edad, estado general de la salud y su deseo genésico ²¹.

Las posibilidades terapéuticas disponibles son las siguientes:

- Conducta expectante: se puede plantear en pacientes en estadios precoces con mínima sintomatología o ausente y que están buscando gestación espontánea.
- Tratamiento sintomático: alivia el dolor pero ni cura ni evita la progresión de la enfermedad. Pueden utilizarse AINES, inhibidores selectivos de la COX-2, opiáceos y/o espasmolíticos.
- Tratamiento médico hormonal: tiene como finalidad disminuir la progresión de la enfermedad produciendo un estado de hipoestrogenismo o un estado de pseudoembarazo con dominancia gestagénica. De esta forma, se consigue una supresión ovárica y una atrofia de las lesiones endometriósicas ²². Son variados los fármacos utilizados: anticonceptivos orales, progestágenos y dispositivo intrauterino de levonogestrel (DIU) son los fármacos de primera línea. Existen otros que debido a sus efectos secundarios son considerados de segunda línea como el danazol, agonista y antagonista de la GnRH, inhibidores de la aromatasas, antagonistas de la progesterona, moduladores selectivos de los receptores estrogénicos y del receptor de la progesterona e incluso terapia angiogénica con el factor de crecimiento endotelial vascular.
- Tratamiento quirúrgico: se considera frecuentemente la mejor opción terapéutica en mujeres con endometriosis sintomática ²³. En general se

consigue mejoría en el 80% de los casos pero se estima una recidiva de hasta un 20 % a los 2 años y hasta un 40-50% a los 5 años ¹⁸.La decisión de someter a la paciente a cirugía dependerá del fracaso de la terapia médica, la clínica de la paciente, de su edad y sus deseos reproductivos.

El abordaje podrá ser vía laparotómica o laparoscópica según la experiencia del cirujano y la finalidad será la escisión total de la endometriosis pélvica y extrapélvica. Existen dos formas de manejo quirúrgico, por un lado está la cirugía conservadora donde se intentará preservar la integridad del aparato reproductor; y por otro lado, la cirugía radical donde se realiza ooforectomía bilateral para producir un bloqueo hormonal irreversible.

- Tratamiento combinado: en ocasiones existe la opción de iniciar tratamiento previo a cirugía para disminuir la hemorragia durante el acto quirúrgico. Varios autores, sin embargo, afirman que si se disminuyen las lesiones pueden pasar desapercibidas. También existe la opción de tratamiento tras cirugía para poder eliminar totalmente aquellas lesiones microscópicas que no pueden ser visualizados durante la cirugía.

II.6- ENDOMETRIOSIS Y CALIDAD DE VIDA (CV)

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizado ²⁴.

El año 1995, Felce & Perry²⁵ proponen un modelo teórico, teniendo en cuenta los valores personales, aspiraciones y expectativas. Para estos autores, es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales. En esta categoría de definiciones podría incluirse la planteada por la OMS que la definió como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses.

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 ²⁶. Es entendida como 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. En un estudio conducido por Nnoaham et al²⁷ en 2011, 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. La endometriosis ocasiona grandes gastos a los sistemas de salud y afecta de manera muy importante a la calidad de vida de la mujer. Destaca que este aspecto ha recibido poca atención cuando realmente es causa de un gran impacto en la percepción de calidad de vida y también un gran impacto económico en cuanto a absentismo y reducción de productividad. Se sabe que las mujeres con endometriosis realizan su trabajo con mayor dificultad y además tienen un mayor absentismo laboral derivando en una menor productividad para la sociedad ^{28,29} Además, en el ámbito social, Cullen et al³⁰ en su estudio publicado en 2013 afirman que entre un 16 y 64% de las mujeres presentan dificultades a la hora de realizar sus actividades diarias y que entre un 19 y 48% ven reducidas sus relaciones sociales favoreciendo el aislamiento de la mujer. Las mujeres con endometriosis avanzadas suelen presentar una morbilidad psicológica elevada, fundamentalmente depresión y ansiedad. Hay estudios que refieren que los síntomas mentales son reactivos a la enfermedad, fundamentalmente a la presencia de dolor pélvico crónico e infertilidad, mientras que otros autores sugieren que están asociados a ella, ya que los síntomas pélvicos dolorosos son muy frecuentes en las mujeres de la población general (90% dismenorrea, 42% dispareunia profunda y 39% dolor pélvico no menstrual) y no todas ellas presentan la enfermedad

II.7.- ENDOMETRIOSIS Y ENFERMERÍA

Como se ha comentado anteriormente, la endometriosis afecta a todas las esferas de la vida de la paciente, por lo que el papel de enfermería frente a esta patología es múltiple. Aunque no hay evidencia suficiente, parece que un abordaje terapéutico multidisciplinar ofrece buenos resultados. La presencia de enfermería debe estar presente desde la atención primaria jugando un papel esencial en la educación para la salud. También debe estar presente en la realización de exploración clínica, realización de diversas pruebas diagnósticas, preparación para el tratamiento quirúrgico, postoperatorio y seguimiento posterior de la paciente.

Enfermería debe estar capacitada para identificar problemas potenciales que puedan alterar la calidad de vida de la mujer. Es importante que la enfermera valore, evalúe y trate el dolor de estas mujeres y su repercusión a nivel físico, psíquico y social. Debe conocer y saber aplicar distintas estrategias para disminuir el estrés y desarrollo de mecanismos de afrontamiento adaptativo, sumadas al resto de los tratamientos (médicos y quirúrgicos) para contribuir a la reducción de los síntomas psicológicos, mejorando la calidad de vida. Las actividades que se proponen para conseguirlo son, fundamentalmente, el uso de técnicas de relajación y los grupos de autoayuda. En casos severos puede ser necesaria la valoración por equipos de salud mental.

Desde la Guía de Atención a la Mujer con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud se destaca la importancia de la enfermería en el proceso crónico de la enfermedad y su papel para ayudar a la mujer a adaptarse a ella. Se recomienda la elaboración de planes de cuidados para mejorar la calidad de vida de la paciente. Para ello insta a la utilización de la evidencia científica, proponiendo Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como una garantía de asistencia y continuidad de cuidados. La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) aporta un Plan de Cuidados de enfermería específico para pacientes con endometriosis ²⁸ donde se identifican los objetivos más importantes (NOC) y se proponen las intervenciones enfermeras (NIC) a trabajar para alcanzar los resultados esperados ³¹.

	NANDA	NOC	NIC
ETAPA INICIAL	Afrontamiento ineficaz	Aceptación estado de salud Conocimiento: proceso enfermedad (Endometriosis)	Asesoramiento Enseñanza: proceso enfermedad
	Conocimientos deficientes	Conocimiento: régimen terapéutico	Enseñanza: procedimiento / tratamiento Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito Enseñanza: medicamentos prescritos Vigilancia
SEGUIMIENTO	Manejo efectivo del régimen terapéutico	Autocuidados: actividades de la vida diaria Control de síntomas	Guía de anticipación. Establecimiento de objetivos comunes Ayuda en la modificación de sí mismo
	Gestión ineficaz de la propia salud	Conducta de cumplimiento Autocontrol de la enfermedad	Vigilancia
ALTERACIONES Y COMPLICACIONES	Dolor crónico	Control del dolor Dolor: efectos nocivos	Manejo del dolor Manejo de la medicación Aumentar el afrontamiento Control del humor
	Retraso en la recuperación quirúrgica	Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)	Ayuda al autocuidado
	Ansiedad	Autocontrol de la ansiedad	Disminución de la ansiedad. Técnicas de relajación
	Baja Autoestima crónica	Calidad de vida Nivel de depresión	Clarificación de valores Aumentar el afrontamiento Control del humor Apoyo emocional
	Disfunción sexual	Funcionamiento sexual	Asesoramiento sexual Planificación familiar: infertilidad

Proceso atención enfermería (PAE) ²⁸

En el plan propuesto está dividido en tres etapas. En la primera parte se trabaja el afrontamiento a la enfermedad y los conocimientos acerca de ella. Aquí enfermería

juega un papel importante en educación sanitaria, acompañamiento y asesoramiento. En segundo lugar se trabaja el régimen terapéutico y la autogestión de la salud, enfermería debe realizar un seguimiento cercano de la paciente para identificar y anticipar problemas de autocuidados y autocontrol de la enfermedad. Por último se trabaja en una última fase donde se han identificado diagnósticos de enfermería como el dolor crónico, la ansiedad, la baja autoestima crónica, el retraso en la recuperación quirúrgica o la disfunción sexual. Estos diagnósticos que pueden ser los más comunes, nos enseñan la magnitud de esta enfermedad y todas las áreas en las que la enfermería ha de estar atenta y saber gestionar.

III.-OBJETIVO

-Principal:

Evaluar la calidad de vida, con el cuestionario de calidad de vida validado (SF-12v2©) en mujeres con endometriosis.

-Secundarios:

-Evaluación del papel del profesional de enfermería en el proceso de atención de enfermería a mujeres con endometriosis

-Establecer la importancia del profesional de enfermería en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la mujer con endometriosis

IV.-MATERIAL Y METODO

El diseño del trabajo consistió en un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) entre los meses de Octubre y Diciembre 2017.

Antes de comenzar este trabajo de investigación se solicitó el permiso al jefe de servicio y jefe de sección de ginecología.

El grupo de estudio está compuesto por 100 mujeres en edad fértil (18-45 años) diagnosticadas por la Unidad de Endometriosis del HCUVA. Se les distribuyó una encuesta validada sobre calidad de vida (SF-12v2©) formada por 7 preguntas.

El comité de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia aprobó dicho estudio y se obtuvo el consentimiento informado de todas las participantes. Se citó a cada una de las pacientes en la consulta de Endometriosis del HCUVA donde se les realizó un examen físico, historia ginecológica y entrega y recogida de la encuesta validada.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo para las variables cuantitativas y cualitativas, distribución de frecuencias y representación gráfica de los datos obtenidos. Para ello se utilizó el SPSS 19.0.

V.-RESULTADOS

1. En general, usted diría que su salud es:

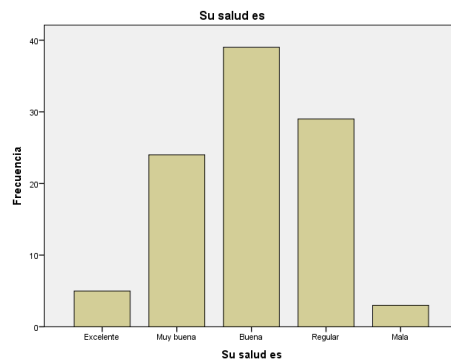


Figura 1

La primera pregunta hace referencia a la percepción global que la mujer tiene de su salud. Como vemos en la figura 1, un 39% de las pacientes refieren que su estado de salud es bueno, un 29% regular, un 24% muy bueno, un 5% excelente y un 3% considera que su estado de salud es malo.

2.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

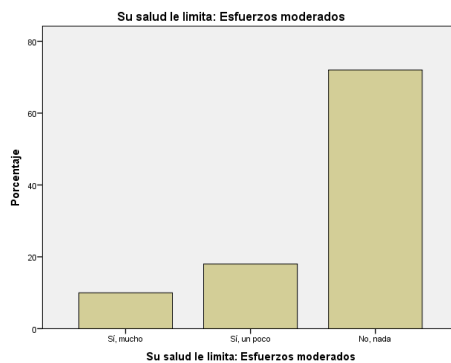


Figura 2

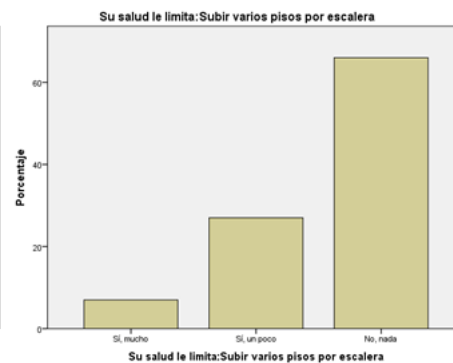


Figura 3

La segunda pregunta hace referencia a si tiene limitación al realizar sus actividades diarias. En primer lugar se les pregunta si limita esfuerzos moderados, a lo que el 72% responde que nada, el 18% responde que sí, un poco y el 10% responde que sí, mucho (figura 2). En segundo lugar dentro de la misma pregunta, se les interroga sobre si su salud le limita subir varios pisos por escalera. Como se observa en la figura 3, un 66% contesta que no, nada; un 27% que sí, un poco y un 7% contesta que sí, mucho (figura 3).

3. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de su salud física?

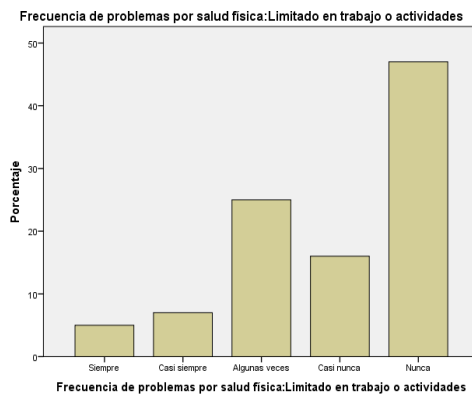


Figura 4



Figura 5

Cuando se les interroga sobre la frecuencia que ha tenido problemas en su trabajo o actividades cotidianas a causa de su salud física. Un 47% contesta que nunca ha tenido problemas, un 25% que algunas veces, un 16 % contesta que casi nunca, un 7% casi siempre y un 5% afirma que siempre tiene problemas en el desempeño de su trabajo o actividades cotidianas (figura 4). En segundo lugar hace referencia a si hizo menos de lo que hubiera deseado. En este caso un 35% contesta que nunca ha sufrido esa situación, un 27% contesta que algunas veces un 24% casi nunca, un 9% casi siempre y un 5% de las pacientes siempre hace menos de lo que hubiera querido (figura 5).

4.-Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimida o nerviosa)?

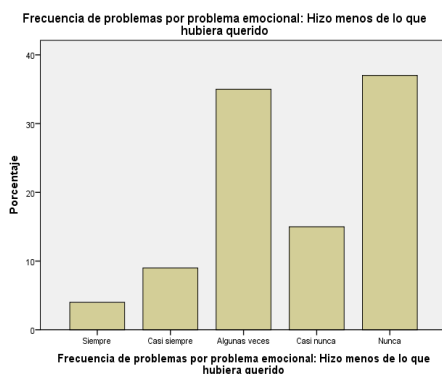


Figura 6



Figura 7

Cuando son preguntadas sobre la frecuencia en que hizo menos de lo que hubiera querido debido a problemas emocionales como estar triste, deprimida o nerviosa, el como muestra la figura 6, un 37% contestó que nunca había vivido esa situación, el 35% contestó que algunas veces, el 15% que casi nunca, un 9% que casi siempre y un 4% que afirmaba que siempre encuentra esa dificultad. Cuando fueron preguntadas sobre la frecuencia en que hizo su trabajo o actividades menos cuidadosamente debido a su estado emocional, como muestra la figura 7, un 36% contestó que algunas veces, un 34% contestó que nunca, 24% casi nunca, un 2% casi siempre y un 4% siempre encuentran esa dificultad.

5.-Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

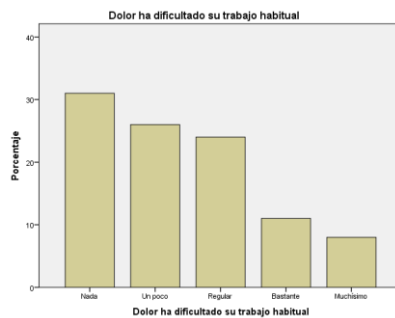


Figura 8

El 26% de las pacientes afirman que pocas veces el dolor ha dificultado su trabajo habitual, un 24% afirma que de manera regular, 11% responde que en bastantes ocasiones el dolor dificulta su trabajo habitual y un 8 % contesta que en muchísimas ocasiones sufre esa situación.

6.-Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

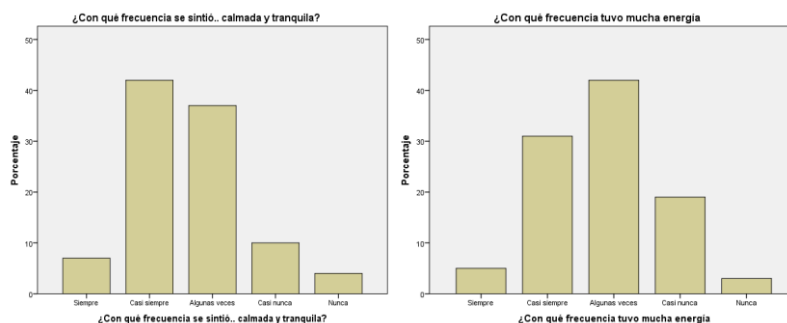
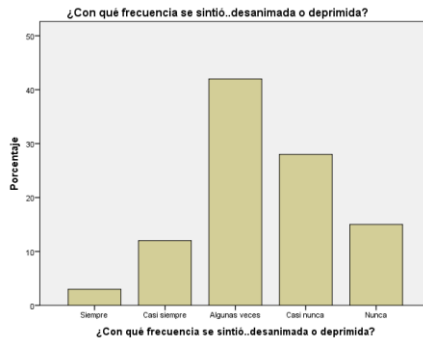


Figura 9

Como muestra la figura 9, el 47% contesta que casi siempre se siente calmada y tranquila, un 37% contesta que algunas veces, un 10 % casi nunca, un 7% siempre y un 4% contesta que nunca se encuentra calmada y tranquila.

Figura 10

En la figura 10, observamos que un 42% afirma que algunas veces se sintió con mucha energía, un 31% casi siempre sintió mucha energía, un 19% contestó que casi nunca, un 5 que siempre tenía energía y un 3 que nunca tenía mucha energía.



Un 42% contestó que algunas veces se sentía desanimada o deprimida, un 28% casi nunca, un 15% nunca, 12% casi siempre y un 3% afirma que siempre se encuentra desanimada o deprimida

7.-Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?



Figura 11

Un 37% afirma que algunas veces sus problemas emocionales han dificultado su vida social, un 29% afirma que nunca, un 27% que casi nunca, un 5% que casi siempre y un 2% siempre encuentra dificultad en sus relaciones sociales.

VI.-CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos en nuestro trabajo, la mayoría de las pacientes tienen una buena percepción general de su salud, ya que el 68% afirman que su salud es excelente, muy buena y buena frente al 29% que entiende que es regular, y solo un 3% de las encuestadas afirman que su salud es mala.

Cuando las pacientes son interrogadas sobre las limitaciones que tienen en sus actividades diarias observamos que casi $\frac{3}{4}$ partes (72%) de las encuestadas no encuentra limitación a esfuerzos moderados frente a un 28% que sí que encuentran cierta limitación. En esta línea, se les pregunta si encuentran limitación al subir varios pisos por una escalera a lo que más de la mitad de las pacientes contestan que no tienen esa limitación.

Una de las preguntas del cuestionario, hace referencia a los problemas en el trabajo debido a su actividad física. Como ya se ha comentado a lo largo del trabajo, la endometriosis es causa de absentismo laboral y baja productividad. Más de la mitad de las encuestadas (53%) ha tenido problemas en alguna ocasión en su trabajo debido a su enfermedad, además un 7% lo tiene casi a diario y un 5% afirma que siempre tiene dificultades en el desempeño de su trabajo debido a la endometriosis. Además, un 65% de las mujeres refiere que en alguna ocasión ha realizado menos trabajo que el que hubiera deseado frente a un 35% que responde que nunca ha sufrido esa situación. También son preguntadas sobre la frecuencia en que hizo menos de lo que debiera debido a problemas emocionales a lo que un 63% refiere que ha realizado el trabajo peor debido a sentimientos de tristeza, depresión y nerviosismo.

El dolor pélvico es el factor de mayor influencia en la pérdida de productividad y alteraciones en la esfera psíquica/social y así lo corroboran nuestros resultados. Casi la mitad de las encuestadas afirman que en alguna ocasión el dolor le ha dificultado el desarrollo de su trabajo con normalidad, siendo un 19% las que afirman que en bastantes y muchas ocasiones han experimentado dicha situación. Además, también cerca de la mitad de las pacientes refiere que no se encuentran calmadas y tranquilas normalmente, suponemos debido a su dolor y un 57% afirma experimentar sentimientos de desánimo y depresión.

Finalmente, el cuestionario hace referencia a problemas con las relaciones personales y sociales. Un 7% responde claras alteraciones en sus relaciones sociales, un 37% afirma que lo sufren algunas veces frente a un 56% que niega tener problemas en su vida social debido a su enfermedad.

Como muestran nuestros resultados, gran parte de las pacientes con endometriosis refieren alteraciones en la calidad de vida debido a la afectación del bienestar físico, mental y social de la mujer. Vemos como las pacientes con endometriosis realizan su trabajo con mayor dificultad con la consiguiente merma en productividad para la sociedad.

Existen pocos estudios sobre calidad de vida en mujeres con endometriosis y los que existen presentan un sesgo de selección importante, no representativos de todas las mujeres con esta enfermedad. Es importante realizar investigaciones al respecto no solo para conocer las consecuencias de la enfermedad y poder dar apoyo a las pacientes sino también para conocer la efectividad de distintos tratamientos. Es importante utilizar escalas de calidad de vida para detectar los distintos problemas de la mujer y poder suministrar los cuidados necesarios

Debido a su impacto sobre la vida en general, la endometriosis requiere ser valorada de manera multidisciplinaria, ya que afecta a la paciente en todas sus esferas, tanto biológicas, como psicológicas, sociales e incluso espirituales, por lo que se hace necesaria una estrategia de abordaje del paciente personalizada.

Es tarea del profesional de enfermería conocer la enfermedad de endometriosis para de esta manera realizar un plan atención de enfermería que suministre apoyo tanto físico como psicológico a las mujeres que consultan en los diferentes servicios de salud en cada una de las fases de la enfermedad. Debe suministrarse apoyo y conocimientos para poder adaptarse a la enfermedad y educarlas en su propio autocuidado.

VII.-BIBLIOGRAFÍA

- 1.Vercellini P et al. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil Steril*. 1996;65(2):299-304.
- 2.Farquhar C. Endometriosis. *BMJ*. 2007; 3;334(7587):249-53.
- 3.García Manero M et al. Endometriosis. *Rev Med Univ Navarra* 2009; 53(2): 4-7.
- 4.Mendiola,J. et al. Endometriomas and deep infiltrating endometriosis in adulthood are strongly associated with anogenital distance, a biomarker for prenatal hormonal environment. *Hum Reprod*. 2016 ; 31(10): 2377–2383.
- 5.Buck Louis GM, et al. ENDO Study Working Group. Incidence of endometriosis by study population and diagnostic method: the ENDO study. *Fertil Steril*. 2011;96(2):360-5.
- 6.Mechsner S. Endometriosis : An often unrecognized pain disorder. *Schmerz*. 2016;30(5):477-490.
- 7.Ballester, M. et al. Nomogram to predict pregnancy rate after ICSI–IVF cycle in patients with endometriosis. *Human Reproduction*, 2012. Vol.27, No.2 pp. 451–456.
- 8.Catenacci et al. Laparoscopic surgery for endometriosis. *Clin Obstet Gynecol*. 2009 ;52(3):351-61
- 9.Jones G. Jenkinson C, Kennedy S. Evaluating the responsiveness of the Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-30. *Qual Life Res*. 2004;13(3):705-13.
- 10.Streuli, I. et al. In women with endometriosis anti-Mullerian hormone levels are decreased only in those with previous endometrioma surgery. *Human Reproduction*, 2012;Vol.27, No.11 pp. 3294–3303,
- 11.Guzick DS.et al. Prediction of pregnancy in infertile women based on the American Society for Reproductive Medicine's revised classification of endometriosis. *Fertil Steril*. 1997 May;67(5):822-9.
- 12.Rizner TL. Estrogen metabolism and action in endometriosis. *Mol Cell Endocrinol* 2009; 307: 8-18

13. Ación Pedro, Velasco Irene. Endometriosis: A Disease That Remains Enigmatic *Obstet Gynecol.* 2013; 2013: 242-149
14. Stratton P; Berkley K J. Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update.* 2011; 17(3): 327–346.
15. Tanprasertkul C. et al. Impact of hemostasis methods, electrocoagulation versus suture, in laparoscopic endometriotic cystectomy on the ovarian reserve: a randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai.* 2014;97 Suppl 8:S95-101.
16. Pacchiarotti et al. Evaluation of serum anti-Mullerian hormone levels to assess the ovarian reserve in women with severe endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2014; (172) 62–64.
17. García Manero M. et al. Diagnosis of endometriosis. *Rev Med Univ Navarra.* 2009;53(3):6-9
18. Somigliana E. et al. Non-invasive diagnosis of endometriosis: the goal or own goal? *Hum Reprod.* 2010;25(8):1863-8.
19. Tardif et al., Paraclinical studies of endometriosis. *Rev Prat.* 1999;49(3):263-8.
20. Martínez S. et al. Serum interleukin-6 levels are elevated in women with minimal-mild endometriosis. *Hum Reprod.* 2007;22(3):836-42.
21. Ozkan S1, Arici A. Advances in treatment options of endometriosis. *Gynecol Obstet Invest.* 2009;67(2):81-91.
22. Olartecoechea B. et al. Treatment for endometriosis. *Rev Med Univ Navarra.* 2009 Jul-;53(3):12-4.
23. Dunselman G.A.J.. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Human Reproduction*, 2014 Vol.29, No.3pp.400–412,
24. Urzúa A. , Caqueo A. Quality of life: A theoretical review *Ter Psicol* 2012, Vol. 30, N° 1, 61-71

25. Perry Felce, D., & Perry, J. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 1995; 16, 51 - 74.
26. Colwell HH et al. An health related quality-of-life instrument for symptomatic patients with endometriosis: a validation study. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179(1):47-55.
27. Nnoaham KE. Et al. Impact of Endometriosis on Quality of Life and Work Productivity: A Multicenter Study Across Ten Countries *CITA : Fertility and Sterility* 2011;96(2):366-373,
28. Ministerio de sanidad S sociales e I. Guia de atención a las mujeres con endometriosis en el sistema nacional de salud. *Inf estud e investig*. 2013;85
29. Fuldeore M. et al. Healthcare utilization and cost in women diagnosed with endometriosis before and after diagnosis: a longitudinal analysis of claims databases, *Fertil Steril* 2015; 103 (1): 163-71
30. Culley L. et al. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives. A critical narrative review. *Human Reprod Update*. 2013; 19 (6) : 625-39
31. Johnson M., Bulechek G., Butcher H. *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC : diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2da ed España. Elsevier.2007 v, 693 p., 2h.