

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

**ENDOMETRIOSIS EN LA MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA Y ACCIONES DE
ENFERMERÍA**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MONSERRAT ACOSTA MARTINEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios, puesto que con su ayuda he logrado concluir mi carrera de manera satisfactoria.

A mis padres, porque ellos siempre están a mi lado brindándome su apoyo emocional y económico sacrificando gustos o comodidades para que yo siga con mi preparación, gracias a sus sabios consejos para tratar de ser de mí una mejor persona.

A Julio Cesar Rojas por su apoyo emocional, puesto que, fue una de las personas más importantes que me ayudo a seguir luchando por mis ideales en los momentos más difíciles.

A mis compañeras y amigas por haberme ayudado en cualquier momento que lo necesité para sacar adelante este trabajo de investigación, pero de una manera especial a la persona que ha sido mi mano derecha durante todo este tiempo de lucha, te agradezco por tu desinteresada ayuda, cuando siempre te necesité, te agradezco no sólo por los buenos momentos que compartimos juntas: Yanet Torres Romero.

AGRADECIMIENTOS

De una manera muy respetuosa y especial a la maestra Gabriela Díaz Orozco por su tiempo y dedicación para que esta investigación fuera todo un éxito y pudiera darme una gran satisfacción al término de la misma.

Por su apoyo incondicional y motivación para salir adelante al profesor Florentino Medina Arriola ya que gracias a su ayuda esta investigación ha sido bruñida para su presentación.

Y no menos importante al señor Dr. Rafael Solís Hernández por su colaboración para que esta propuesta se llevara a cabo y por ayudar a obtener una mejor calidad de vida a las usuarias del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

INTRODUCCIÓN

En el capítulo uno, se muestra las primeras descripciones de lo que se consideraba la endometriosis, en la antigüedad, sus drásticas medidas para tratarla y la forma que fueron evolucionando. De la misma manera se menciona cual es la justificación de la presente investigación así como el planteamiento del problema, los objetivos y las hipótesis.

En el capítulo dos, se hace una investigación documental acerca de la endometriosis donde se define como la implantación y crecimiento benigno de tejido endometrial fuera del útero, siendo las localizaciones más frecuentes afectadas por la endometriosis el peritoneo pélvico y los ovarios, si bien, ocasionalmente pueden encontrarse lesiones en muchas partes como el intestino, vejiga, estómago, pulmón, entre otros. Este tejido tiene dependencia hormonal del ciclo menstrual, produciéndose sangrado y desprendimiento del mismo con la menstruación. Se trata de una enfermedad crónica cuya causa se desconoce, aunque se ha comprobado una cierta predisposición genética.

Las manifestaciones clínicas abarcan un amplio espectro, encontrando desde mujeres asintomáticas hasta formas severas y crónicas con síntomas dolorosos, intensos y/o esterilidad, que requieren varias intervenciones quirúrgicas en las pacientes que tienen un grado muy avanzado. Para muchas mujeres, la endometriosis constituye un proceso crónico y recurrente, de forma que puede catalogarse como una enfermedad crónica e invalidante para algunas pacientes, especialmente para el subgrupo de mujeres con endometriosis más grave.

A pesar de la dificultad existente para conocer con exactitud la prevalencia de la enfermedad, se estima que la endometriosis afecta por lo menos a un diez por ciento de la población femenina en edad fértil.

Los síntomas más comunes son: dismenorrea, dispareunía e infertilidad, la intensidad de estos síntomas no tiene relación, en algunos casos, con la extensión anatómica de la enfermedad. Además de estos síntomas, las mujeres con endometriosis pueden presentar otros síntomas no ginecológicos como hematuria, rectorragia, hemoptisis, en general los síntomas son más intensos durante el periodo menstrual. Los síntomas mejoran tras la menopausia y durante la gestación. La infertilidad puede alcanzar el cuarenta y cincuenta por ciento de las mujeres con la enfermedad. El tratamiento depende de los síntomas que presenta la mujer, voluntad de embarazo, edad y extensión de la enfermedad.

En el capítulo tres, menciona de una manera muy amplia las intervenciones de enfermería desde un aspecto físico en donde abarca principalmente los cuidados que se le deben brindar a una paciente con endometriosis y que se le realizara una cirugía como laparoscopia o laparotomía los cuidados son desde que la paciente decide operarse hasta que se decide su egreso del nosocomio.

Y también se menciona el cuidado emocional que se le debe brindar a la paciente debido a que necesita el apoyo de sus seres queridos que la rodean incluyendo el personal sanitario porque muchas de las veces influye el tipo de tratamiento que se le indique y algunos de ellos como los hormonales les producen cambios de ánimo.

En el capítulo cuatro, se resalta como se modifica la calidad de vida de las pacientes con endometriosis incluyendo los problemas psicológicos, sexuales familiares, sociales y laborales a los que se enfrenta la paciente en la vida diaria.

En el capítulo cinco, se plantea la importancia de la metodología utilizada en la presente investigación y como se irá desarrollando a lo largo de la misma. Se presenta el decálogo de la enfermera, explicando cuales son los puntos claves que debe seguir durante su carrera

profesional por lo que ayuda a forjar su profesión para sí misma y por lo tanto en beneficio del paciente.

En el capítulo seis, se menciona cual es la propuesta que se tiene para la presente investigación y donde se llevara a cabo especificando que el personal de enfermería será quien esté a cargo de esta propuesta para mejorar la calidad de vida de la paciente con endometriosis.

ÍNDICE

Introducción

Pág.

CAPÍTULO UNO: ANTECEDENTES DE LA ENDOMETRIOSIS.....	1
1.1 Planteamiento del Problema	5
1.2 Justificación	6
1.3 Objetivo General.....	7
1.3.1Objetivos Específicos.....	7
1.4 Hipótesis	8
CAPÍTULO DOS: MARCO TEÓRICO	9
2.1 Aparato Reprodutor Femenino.....	9
2.2 Ciclo Ovárico.....	10
2.3 Ciclo Endometrial	11
2.4 Concepto de Endometriosis	11
2.5 Tipos de Endometriosis	12
2.6 Grados de Endometriosis	13
2.7 Epidemiología.....	14
2.8 Etiología.....	15
2.9 Sitios de Endometriosis	17
2.10 Signos y Síntomas.....	17
2.11 Diagnóstico	19
2.12 Tratamiento.....	21
2.13 Complicaciones.....	31
2.14 .Diagnóstico Diferencial de la Endometriosis	32
2.15 Pronóstico	33
2.16 Prevención	33

CAPÍTULO TRES: CUIDADOS DE ENFERMERÍA	35
3.1 Cuidados desde un Aspecto Físico	35
3.2 Cuidados desde un Aspecto Emocional.....	45
CAPÍTULO CUATRO: CALIDAD DE VIDA	48
4.1 Impacto Psicológico.....	48
4.2 Impacto sobre la Vida Sexual	49
4.3 Impacto Familiar, Social y Laboral	50
CAPÍTULO CINCO: METODOLOGÍA	51
4.1 Tipo de Estudio.....	53
4.2 Población	53
4.3 Variables	54
4.4 Aspectos Éticos de la Investigación.....	55
CAPÍTULO SEIS: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE LA ENDOMETRIOSIS	58
6.1 Justificación	58
6.2 Fundamentación Teórica sobre la Endometriosis según la Secretaria de Salud 2012- 2015.	59
6.3 Objetivos.....	68
6.4 Líneas de Intervención.....	69
6.5 Estrategia Metodológica	69
6.6 Evaluación	71

Conclusiones

Referencias Bibliográficas

Anexos

CAPÍTULO UNO: ANTECEDENTES DE LA ENDOMETRIOSIS

En este capítulo se muestran las primeras descripciones de lo que era la endometriosis en la antigüedad, sus drásticas medidas para tratarla y la forma que fueron evolucionando.

La endometriosis es una enfermedad crónica que se manifiesta por la aparición de tejido endometrial fuera de su lugar anatómico normal el interior uterino. El tejido endometrial se implanta fuera del útero, en la cavidad pélvica, Trompas de Falopio, ovarios, heridas abdominales, cuello uterino, vagina, entre otras y al responder al estímulo menstrual normal genera una lesión inflamatoria que conduce a la aparición de dolor local. Esto quiere decir, que la endometriosis se forma cuando el tejido endometrial no sale por vía transvaginal durante la menstruación y se va adhiriendo a otros órganos vecinos.

Desde la antigüedad se presentaban casos de endometriosis, pero se les agrupaba dentro de la conocida asfixia de la matriz pero en ese entonces era difícil distinguir si realmente era endometriosis o alguna otra enfermedad ginecológica ya que no se contaba con el equipo necesario para realizar un buen diagnóstico.

Como tratamientos habituales contra la asfixia de la matriz se recomendaba tomar cerebro de liebre para cortar la menstruación, granados, cantárida, alquitrán, aceite de ricino, la orina de un toro o de un hombre, o los testículos machacados de un macho cabrío o de zorro aplicados vaginalmente.

Estos tratamientos aunque parezcan muy desagradables eran efectivos. Así, los granados contienen fitoestrógenos y otras sustancias que podrían ejercer un efecto antiproliferativo sobre

los implantes de endometriosis, y la orina masculina o los testículos machacados contienen testosterona, y por ende constituyen una forma temprana de terapia hormonal antiestrogénica.

Había mujeres en la edad media que fueron condenadas a ser ejecutadas por brujería pero la mayoría de los casos era por endometriosis ya que presentaban sangrados cíclicos en su ombligo, algo típico de la rara endometriosis umbilical, o "menstruaciones aberrantes" con "convulsiones" que fueron considerados indicio de posesión demoníaca, o aquella localizada en cicatrices como una posible explicación de casos de mujeres con ciertos tipos de estigmas.

La primera descripción fue en 1690, por el médico alemán Daniel Shroen que la describió como una enfermedad de la mujer que le llevaba a la formación de úlceras en la vejiga urinaria, intestino, útero y cérvix. A falta de recursos como la microscopia y la histología, evidentemente no pudo identificar tales "úlceras" como tejido endometrial disperso.

Durante los siglos siguientes, a las mujeres con síntomas de endometriosis, aun así se les diagnosticaba "histeria" que no se atribuía a ninguna enfermedad concreta. No fue hasta 1860, cuando el médico, patólogo, filósofo y político austriaco Carl Von Rokitansky publicó una descripción detallada de la endometriosis, identificando la enfermedad como cúmulos de tejido endometrial disperso a los que llamaba "adenomiomatas".

Con el tiempo, varios médicos y patólogos, reconocieron y describieron la enfermedad denominándola de diferentes formas: hematocele catamenial, tumores de sangre, quistes sanguíneos de recto uterinos, retención menstrual o cistosarcomas.

Otro factor importante que limitó a conocer la enfermedad fue que la endometriosis necesita de una intervención quirúrgica para el diagnóstico y la primera laparotomía la realizó

Ephraim McDowell, el día de navidad de 1809 en Danville, Kentucky, EE.UU. Así que la única forma de diagnosticarla antes de esa fecha era mediante la autopsia, que rara vez se practicaba.

Algunos tratamientos históricos utilizados a finales del siglo XIX y principios del siglo XX contra los síntomas de la endometriosis fueron:

- ❖ Psicoterapia, ya que muchos médicos aún atribuían los síntomas a "histeria", considerando la enfermedad como algo de origen psicótico e incluso relacionado con el aumento del deseo sexual en la mujer.
- ❖ Sanguijuelas aplicadas vaginalmente.
- ❖ Sangría.
- ❖ Morfina y alcohol como analgésicos.
- ❖ Diferentes plantas medicinales que ayudaban contra todo tipo de desórdenes ginecológicos y que fue gran éxito comercial al principio del siglo XX.
- ❖ Éter etílico mezclado con licor.
- ❖ Cáusticos y compuestos mercuriales inyectados en la cavidad uterina.
- ❖ Dispositivos que mantenían el cérvix abierto.
- ❖ Enemas, algunos médicos recomendaban un enema compuesto de ácido sulfúrico diluido y trementina.
- ❖ Extracción quirúrgica de las lesiones visibles mediante raspado con las uñas del cirujano.
- ❖ Extracción quirúrgica de los ovarios y del útero; anteriormente a conocerse la existencia de bacterias y por tanto la importancia de la esterilidad en las intervenciones, éstas tenían una mortalidad que rondaba el setenta y cinco por ciento.

El médico estadounidense Thomas Cullen se convirtió en uno de los grandes por las aportaciones de la endometriosis. Fue el primero en descubrir que la endometriosis podía en algunos casos invadir los nervios pélvicos, el apéndice y los uréteres.

El término endometriosis se conoció hasta 1927, cuando el ginecólogo Dr. John A. Sampson lo utilizó en sus publicaciones, postuló la menstruación retrógrada como causa de la endometriosis y quien describió los endometriomas o quistes de chocolate como una variante de la misma enfermedad.

Una vez reconocida la endometriosis como una enfermedad mediada por hormonas y relacionada con el ciclo femenino, los médicos e investigadores se centraron en encontrar un tratamiento también hormonal para aliviarla. Se utilizaban, con éxito variable y casi siempre con notables efectos secundarios, progesterona, testosterona, altas dosis de estrógenos y también la recién inventada píldora anticonceptiva que en esos años las dosis eran muy altas.

En los años setenta se lanzó el Danazol como primer fármaco específico para tratar la endometriosis. Con el desarrollo de antibióticos, anestésicos eficaces y técnicas de cirugía cada vez más avanzados, también el tratamiento quirúrgico de la enfermedad ganó más importancia. Inicialmente, la histerectomía y la extirpación de los ovarios seguían siendo el tratamiento estándar para casos severos de endometriosis. Fue la cirugía laparoscópica que permitió el desarrollo de técnicas quirúrgicas más selectivas, permitiendo la extirpación de focos de endometriosis singulares conservando en medida de lo posible los órganos reproductivos internos.

1.2 Planteamiento del Problema

El problema principal de la investigación es: ¿Cómo afecta la endometriosis en la vida de la mujer en edad reproductiva? y ¿Cuál es la ayuda del profesional de enfermería?

La endometriosis es una patología muy grave pero no mortal. Existen muchas complicaciones o consecuencias de la endometriosis pero una muy sobresaliente es la infertilidad que está provoca por los daños que hay en las trompas de Falopio y ovarios, siendo estos órganos los que permiten la fecundación y llevar a buen término el embarazo.

Aunque un cincuenta por ciento de las mujeres logran embarazarse y llegar al final de este con buenos resultados el otro cincuenta por ciento no lo logran, por lo que la enfermera debe de apoyar a la paciente y si se puede a la pareja en conjunto desde un aspecto físico pero de manera muy precisa e importante desde un aspecto emocional dado que la infertilidad es una de las causas de separación por lo que se afecta de manera grave la integridad de la paciente.

De manera que esto afecta a las mujeres en muchos aspectos principalmente físicos, emocionales, sexuales, sociales y económicos por lo que significa que tiene que tener un buen equipo médico cuidando de su salud de lo contrario estas mujeres son totalmente afectadas.

1.3 Justificación

Es un trabajo de investigación que se realiza porque la mayoría de las mujeres desconocen la patología o se tiene otro criterio sobre la endometriosis y más cuando interviene la diferencia de edades de las pacientes. Es muy importante que la mujer conozca su cuerpo pero de la misma manera tiene que conocer las enfermedades que existen y que afectan a la mujer para que la detección de estas no sean muy tarde y lamentable.

Cuando se desconoce la causa exacta y sus consecuencias pueden afectar de una forma significativa a la mujer con esta patología sino es tratada a tiempo y de la manera correcta, porque existen muchos tabús sobre ella.

Todas las mujeres que lean esta investigación o sean informadas de lo que contiene podrán beneficiarse porque se informa de una forma concreta, sencilla y segura para la detección de la endometriosis por lo que se explicara los diferentes signos y síntomas de esta porque cada mujer es diferente pero se muestra la forma de diagnosticarla y tratarla de una forma general. La investigación se lleva a cabo de una manera constante y veraz, para quien conozca a pacientes con endometriosis la pueda orientar y ayudar a un tratamiento oportuno.

No es un tema que se conozca en su totalidad y toda mujer debe tener conocimiento sobre la enfermedad por lo que se presenta en un diez por ciento a un quince por ciento de la población mundial esta información se pretende que se trascienda a las demás generaciones de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud y se valla modificando de acuerdo a los avances de la ciencia.

1.3 Objetivo General

Orientar a las mujeres de quince a cuarenta años con endometriosis para que conozcan cuáles son las principales consecuencias y estén preparadas desde un aspecto físico, emocional, social y económico mediante una propuesta establecida y que se quedará plasmada para que las siguientes generaciones lo realicen en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

1.3.1Objetivos Específicos

- Lograr que las mujeres de quince a cuarenta años, que padecen endometriosis puedan realizar un diagnóstico oportuno.
- Ampliar el conocimiento de las usuarias para que reconozcan cuál es la etiología, signos, síntomas, diagnóstico, tratamiento, consecuencias y medidas preventivas.
- Diseñar una propuesta que ayude a mejorar la calidad de vida de las pacientes en edad reproductiva con endometriosis.
- Detener los niveles de infertilidad en las mujeres en edad reproductiva dado que la endometriosis una de las primeras causas en relacionarse.
- Ayudar en el aspecto emocional de manera significativa en la vida de la paciente con endometriosis.

La finalidad de los objetivos, es mejorar la calidad de vida de las pacientes en edad fértil con endometriosis en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en Morelia Michoacán.

1.5 Hipótesis

- I. Las alumnas de las siguientes generaciones de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud harán difusión acerca de una propuesta de endometriosis en la presente investigación, para realizar posibles diagnósticos oportunos y tratamiento para las pacientes que tengan riesgo de presentar la patología.
- II. La siguiente investigación y propuesta se realiza en las mujeres que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud para que estén informadas sobre la endometriosis y reducir las cifras de infertilidad a causa de esta patología.
- III. La enfermera participa de una forma significativa en la vida de la paciente con endometriosis ya que es una de las personas que intervienen para lograr un bienestar de calidad para la usuaria.

La mayoría de los casos de endometriosis se detectan tardíamente porque la mujer no realiza revisiones médicas periódicas y constantes sino hasta que hay algún problema o defecto por esto se pretende informar a las mujeres en edad fértil para que actúe de forma inmediata, aunque los mayores riesgos y complicaciones son para la mujer que desea embarazarse porque existen demasiados cambios en la mujer con endometriosis.

CAPITULO DOS: MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se explica el sustento teórico del aparato reproductor femenino, ciclo ovárico, ciclo endometrial, concepto de endometriosis, tipos, grados, epidemiología, etiología, sitios de endometriosis, signos, síntomas, diagnóstico, tratamiento, complicaciones, diagnósticos diferenciales, pronóstico y prevención.

2.1 Aparato Reproductor Femenino

Se necesita conocer el aparato reproductor femenino ya que está dividido en dos partes en órganos externos y órganos internos. En los externos se encuentran: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato urinario, orificio vaginal, himen o carúnculas del himen, vestíbulo, glándulas de Bartholin, glándulas de Skene y horquilla.

Los órganos internos: vagina, útero, ovarios y trompas de Falopio. Siendo estos los órganos que están relacionados con la endometriosis ya que el útero tiene tres capas que son: endometrio, miometrio y perimetrio.

En el endometrio es donde se produce la menstruación y normalmente, sólo se modifica el interior del útero reaccionando a los cambios hormonales cíclicos cada mes que se producen en el cuerpo de la mujer bajo la influencia de las hormonas estrogénicas y progesteronas es por esto que la mujer tiene un ciclo sexual el cual es un fenómeno natural, fisiológico y que consiste en una serie de manifestaciones y modificaciones que ocurren en la mujer en edad fértil con fines exclusivamente reproductivos y se divide en dos ciclo ovárico y ciclo endometrial.

2.2 Ciclo Ovárico

Consiste en una serie de modificaciones tanto físicos como hormonales y psicológicos que se llevan a cabo en la mujer en edad fértil con fines reproductivos y que da como resultado la producción de un óvulo al mes. Se inicia con aumento de una hormona llamada folículo estimulante la cual se encarga de estimular el funcionamiento de los folículos primordiales de ambos ovarios y de su desarrollo pero solo un folículo llega a la maduración y producirá un óvulo mientras los demás folículos sufren atresia y simplemente dejan de desarrollarse.

Este saldrá cuando el folículo se rompe al día catorce del ciclo ovárico acompañado de líquido folicular, células granulosas, además de una pequeña cantidad de sangre lo cual irrita al peritoneo que pudiera ser percibida por la mujer como un pequeño dolor de lado donde ocurrió la ovulación.

Al salir el óvulo es capturado por las fimbrias y lo transporta donde permanecerá con vida cuarenta y ocho horas en espera de ser fecundado, sino es así el óvulo es expulsado hacia la cavidad abdominal donde se reabsorbe.

El folículo una vez roto y que expulso al óvulo se contrae para evitar que siga habiendo hemorragia y más salida de células granulosas a esto se le conoce como cuerpo amarillo o lúteo en la cual la célula de la granulosa se hipertrofia y comienzan a producir mayor cantidad de progesterona. Si no hay embarazo el cuerpo amarillo deja de funcionar y ya no produce progesterona y este ciclo se divide en fase estrogénica y fase progestacional.

2.3 Ciclo Endometrial

Se divide en fase proliferativa y fase secretora durante la primera fase al no haber fecundación aumenta su vascularización y la secreción de sustancias destinadas a favorecer la implantación de un embrión, por si el óvulo es fecundado. Si esto no ocurre, al final del ciclo la capa compacta y esponjosa del endometrio se descama y es expulsado por vía transvaginal con el sangrado menstrual. Lo que no se expulsa es la capa basal, a partir del cual se regenera la mucosa y se iniciará de nuevo el ciclo. La etapa reproductiva representa uno de los periodos más significativos en la vida de la mujer, ya que además de desarrollar su actividad sexual, tiene la capacidad para tener hijos.

2.4 Endometriosis

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial funcional, glándulas y estromas fuera de la cavidad uterina, principalmente en ovarios y en la superficie del peritoneo pélvico, que induce una reacción inflamatoria crónica pero también puede aparecer en trompas de Falopio, heridas abdominales, cuello uterino, vagina, estas por mencionar algunas, y al responder al estímulo menstrual genera una lesión inflamatoria que conduce a la aparición de dolor local crónico, adherencias e infertilidad por lesión de los órganos pélvicos, especialmente las trompas de Falopio y ovarios.

El endometrio anormal sigue reaccionando con las hormonas de la mujer igual que el endometrio uterino normal, es decir, sigue el ciclo menstrual con sus correspondientes fases incluidas en la menstruación. Cuando una mujer con endometriosis tiene su menstruación, los nódulos de endometriosis también se descaman parcialmente, acompañados de un sangrado. La mucosa descamada y la sangre acaban en la cavidad abdominal al no tener donde salir al exterior.

El cuerpo reacciona intentando eliminar los implantes de endometriosis, lo que da lugar a inflamación, que a su vez provoca la formación de adherencias o bridas. Ambas condiciones, junto con el mismo crecimiento de los implantes que pueden llegar a irritar directamente a nervios, dan lugar a dolor. Así, con cada menstruación, la enfermedad tiene la oportunidad de seguir progresando. Esto no significa que cause infertilidad en todos los casos, ya que más de la mitad de las mujeres con endometriosis logran un embarazo a pesar de la enfermedad.

2.5 Tipos de Endometriosis

La gravedad de la endometriosis puede clasificarse según el número y tamaño de las lesiones, pero normalmente no existe correlación con la severidad de los síntomas. La profundidad de la infiltración de los implantes del endometrio, tiene relación con el tipo y gravedad de los síntomas. Existen tres tipos de endometriosis, los cuales pueden manifestarse de forma independiente o combinada estos son de acuerdo a las ubicaciones en donde se localiza cada tipo de endometriosis.

1. Endometriosis Peritoneal Superficial: Es el tipo de endometriosis más frecuente y presenta lesiones superficiales negras en los ovarios, trompas de Falopio y/o paredes del útero. De todas formas otro tipo de lesiones atípicas pueden aparecer con aspectos diferentes como, por ejemplo, las lesiones de aspecto rojizo, las lesiones vesiculares o las lesiones blancas con zonas de cicatrización del tejido afectado por la invasión del endometrio.
2. Endometriosis Ovárica: En este caso los ovarios están afectados en forma de quistes o nódulos los cuales contienen fluidos de color marrón rojizo, de aspecto parecido al chocolate que se les llaman de forma coloquial “quistes de chocolate”. Estos quistes acostumbran a formar adherencias entre el peritoneo de la fosa ovárica y los órganos reproductivos como las trompas de Falopio o incluso el intestino.

3. Endometriosis Profunda: Es el tipo de endometriosis menos frecuente pero el más severo y grave, pudiendo ser muy invalidante por causa de sus dolorosos síntomas los cuales puede afectar seriamente la calidad de vida de la mujer afectada. La endometriosis profunda se caracteriza porque la invasión del endometrio se infiltra a una profundidad de más de cinco milímetros. en el peritoneo, afectando a los ligamentos úteros sacro, el fondo del saco de Douglas y el tabique recto vaginal. Incluso pueden afectar al intestino y la vejiga ocasionando daños irreversibles y graves obstrucciones intestinales.

2.6 Grados de Endometriosis

La clasificación de la gravedad de la endometriosis más utilizado es el de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, que se basa en la localización de los implantes de endometriosis, su diámetro, profundidad y densidad de las adherencias. Esta valoración de las lesiones provocadas por la endometriosis se determina mediante una laparoscopia de los órganos pélvicos y se clasifica la enfermedad de la siguiente manera:

Grado I– Mínima: Los implantes endometriósicos se presentan aislados y sin adherencias.

Grado II– Leve: Los implantes endometriósicos son superficiales, menores de cinco centímetros y se presentan adheridos o diseminados sobre la superficie del peritoneo y ovarios, sin afectar a otros órganos.

Grado III– Moderada: Implantes endometriósicos múltiples superficiales o invasivos. Se pueden observar adherencias evidentes alrededor de las trompas de Falopio.

Grado IV– Severa: Implantes endometriósicos múltiples, superficiales y profundos con grandes endometriomas ováricos a medida que el endometrioma o quiste se agranda, puede producirse su rotura.

2.7 Epidemiología

La endometriosis es una enfermedad relativamente frecuente, crónica y debilitante en mujeres en edad reproductiva que puede afectar a cualquier mujer en edad fértil, desde la menarquía hasta la menopausia, aunque el rango de edad para el diagnóstico es entre los veinticinco y los treinta cuatro años algunas veces, la endometriosis puede durar hasta después de la menopausia. La endometriosis altera la calidad de vida de las mujeres que la padecen, afectando a sus relaciones de pareja, familiares, laborales y de reproducción.

La endometriosis no es ninguna enfermedad rara o exótica según Monografía de Vissannette Bayer se estima que en México la padecen del cinco al quince por ciento de todas las mujeres, con mayor predisposición en la clase socioeconómica media alta posiblemente porque estas pacientes presentan mayor atención a su estado de salud. Es la segunda enfermedad ginecológica más frecuente, después de los fibromas uterinos.

La prevalencia de la enfermedad es difícil de precisar con exactitud ya que con frecuencia su curso es asintomático y se descubre con otros motivos de consulta, como es frecuente observar en las clínicas para el estudio de esterilidad e infertilidad, donde se reportan cifras de un cincuenta por ciento relacionadas con la endometriosis.

Una estimación cautelosa sugiere que cerca de noventa millones de mujeres en el mundo padecen de endometriosis, pero varios investigadores creen que la cantidad de personas que sufren de esta enfermedad en la actualidad es aún más alta.

2.8 Etiología

La causa de la endometriosis es desconocida o no se sabe con total certeza aún pero existen diferentes teorías que explican ser la causa de la endometriosis.

- ✓ Primera teoría, durante la menstruación, parte del tejido menstrual o endometrial en lugar de evacuar en la menstruación, regresa al abdomen a través de las trompas de Falopio por flujo retrógrado. Según esta teoría, el tejido endometrial viable puede llegar a colonizar el ovario respondiendo en cada ciclo de la misma forma que las células endometriales uterinas, es decir, creciendo y descamándose en cada menstruación.

Los defectos que podrían obstaculizar el flujo normal de la sangre menstrual hacia la vagina como: la obstrucción del cuello uterino, retroversoflexión uterina acentuada, himen imperforado, estenosis de cuello uterino y tabiques vaginales transversos.

Las células del tejido endometrial que llegan a la cavidad abdominal se neutralizan por células del sistema inmunológico, como los macrófagos y linfocitos. Se comprobó que en la endometriosis los macrófagos y linfocitos no fagocitan, sino que estimulan el nacimiento de tejido endometrial ectópico.

- ✓ Segunda teoría, sugiere que hay células del peritoneo que se transforman en endometriales. El tejido endometrial que escapa del útero, acaba rodeándose de epitelio y formando quistes denominados endometriomas que es necesario eliminar.
- ✓ Tercer teoría, dice que existe evidencia contundente que sugiere que la endometriosis podría ser genética las mujeres que poseen un historial familiar con antecedentes de problemas de esta clase son más propensas a padecer de endometriosis.
- ✓ Cuarta teoría, los investigadores también están observando la participación del sistema inmunitario y la manera en que estimula o reacciona a la endometriosis.

Las células endometriales pueden ser transportadas por la circulación linfática y venosa a sitios distantes de la cavidad endometrial y en esta forma se explicarían las localizaciones de la endometriosis en la cicatriz umbilical, vejiga o en los campos pulmonares.

- ✓ Quinta teoría, se observa la endometriosis como una enfermedad del sistema endocrino, ya que parece que los estrógenos fomentan el crecimiento de la enfermedad.

- ✓ Sexta teoría, muestra estudios que buscan conocer si los agentes ambientales, como la exposición a las sustancias químicas fabricadas por el hombre, provocan la enfermedad como el consumo de alimentos contaminados con Dioxina. Una posible explicación de por qué la endometriosis cada vez aparece más frecuentemente y a edades más tempranas es que la misma está relacionada con las toxinas presentes en el medio ambiente. La Dioxina es un subproducto del cloro y de los productos incinerados que contienen cloro.

En un estudio que duro diez años, desarrollado sobre un grupo de monos, en el que se examinaba cómo la dioxina afectaba su sistema reproductivo se descubrió que el setenta y nueve por ciento de las mujeres que desarrollaban endometriosis era por haber sido expuestas a la dioxina.

- ✓ Séptima teoría, dice que si se tiene más ciclos menstruales y menos hijos o que sean nulíparas, esto favorece la aparición de la endometriosis o cuyos ciclos duren menos de veinte siete días y aquellas cuyo flujo menstrual se prolonga ocho días o más.

- ✓ Octava teoría, sugiere que el aumentado de la frecuencia de endometriosis es debido a que numerosas mujeres que trabajan posponen el embarazo hasta después de los treinta años de vida siendo el embarazo el que interrumpe el flujo menstrual retrogrado mensual a la pelvis y causa la degeneración y absorción de cualquier glándula o estroma ya existente, fuera de la cavidad uterina.

2.9 Sitios de Endometriosis

En el siguiente apartado se describen cuáles son los sitios más frecuentes, menos frecuentes y los infrecuentes donde se localiza la endometriosis. Demostrando que es una enfermedad que no tiene un sitio de localización específico.

Cuadro 1: "Sitios de Endometriosis"

Sitios más frecuentes	Sitios Menos Frecuentes	Sitios Infrecuentes
Ligamentos del fondo de saco, Ligamentos anchos, Pliegue de la vesícula urinaria, Serosa del útero y de las trompas de Falopio.	Colon sigmoideo, Cicatrices abdominales, Uréteres, Apéndice, Perineo y Cérvix.	Pulmones, Riñones, Íleo terminal y Vesícula biliar.

En el cuadro anterior se visualiza que la endometriosis no se detiene ante nada, así como puede aparecer en el aparato reproductor femenino que es lo característico de la enfermedad puede ser en órganos a distancia como pulmones o riñones. Dado esto se comprende que la endometriosis es una patología crónica que afecta de una manera importante a la paciente por lo que se tiene que tratar de una manera muy cautelosa.

2.10 Signos y Síntomas

La apariencia de la mujer se distingue notablemente por su aspecto único y rasgos muy definitivos pero esto no significa que el organismo de cada una de ellas deba ser igual, en la endometriosis hay diversos signos y síntomas que pueden aparecer de distinta manera, frecuencia e incluso diferente intensidad. A continuación se menciona los signos y síntomas que afectan a la mujer con un rango de edad reproductiva de quince a cuarenta años con endometriosis. Se presenta una triada característica por lo que las pacientes con endometriosis suelen tener:

1. Dismenorrea, que suele agravarse en los días uno y dos del período menstrual y es el momento en que las glándulas endometriales de los sitios endometriósicos se distienden y rompen liberando el detrito menstrual que causa irritación e inflamación.
2. Dispareunía acentuada, se presenta porque las adherencias pélvicas se estiran durante el coito y es más intenso en el período premenstrual y menos perceptible en los primeros días del ciclo después de que termina la menstruación.
3. Infertilidad, es por la localización de endometriosis en las trompas uterinas, las adherencias, dificultades en la capacidad del óvulo o la anovulación crónica por defectos en la foliculogenesis, fase lútea deficiente, síndrome de folículo luteinizado no roto, sutiles alteraciones en la secreción de hormona luteinizante, así como hiperprolactinemia leve.

En un cincuenta por ciento de los casos es asintomático. Entre los síntomas típicos de la endometriosis se pueden incluir:

- Dolor pélvico difuso o crónico.
- Dolor durante la ovulación.
- Hemorragias uterinas anormales.
- Hematuria.
- Lumbalgia.
- Trastornos intestinales: diarrea, estreñimiento, proctalgia, contracción durante la menstruación y distensión abdominal.
- Micción dolorosa durante la menstruación.
- Constipación.
- Fatiga.
- Amenorrea.
- Hipermenorrea.
- Cólicos premenstruales por una o dos semanas antes.

Puede haber pacientes que presenten estos signos y síntomas después de ocho años que empieza a desarrollarse la enfermedad. La severidad de los signos y síntomas que sufre una mujer a raíz de la endometriosis dependerá de muchos factores como: el umbral de dolor de la mujer, psicológicos y grado. Mientras que en algunas mujeres la enfermedad apenas causa molestias y pasa prácticamente desapercibida, en otras puede dar lugar a signos y síntomas tan intensos que impiden llevar una vida personal y profesional normal, siendo incluso causa de incapacidad.

Al estar asociada a los cambios hormonales durante el ciclo femenino, con la menopausia normalmente también desaparecen los signos y síntomas de la endometriosis, aunque los eventuales cambios en la anatomía de la mujer suele ocasionar adherencias, infiltraciones no reversibles y en raros casos pueden seguir dando problemas en mujeres posmenopáusicas.

2.11 Diagnóstico

El diagnóstico de endometriosis es difícil y para conseguirlo, es necesario realizar una o varias pruebas como: Historia clínica completa haciendo énfasis si no ha tenido algún aborto en el primer trimestre ya que esto acentúa las sospechas de endometriosis.

1. Exploración Ginecológica: Rara vez se pueden palpar los implantes, las lesiones endometriósicas pueden ubicarse dentro del útero, en el espesor del miometrio y se denomina entonces adenomiosis o endometriosis. Los endometriomas estén ubicados en los ovarios y no se pueden palpar.

Se recomienda realizar la exploración retro vaginal para palpar los ligamentos uterosacros, septum recto vaginal y el útero retrovertido. Se pueden encontrar lesiones coloreadas en vulva, vagina, cuello, cicatrices quirúrgicas y en ocasiones en el ombligo.

2. Ecografía Ginecológica: Es la prueba en la que obtiene imágenes mediante ultrasonidos del aparato genital femenino. Puede ser abdominopélvica donde el transductor se coloca sobre la piel de la paciente en distintas posiciones o transvaginal, donde un transductor específico se introduce dentro de la vagina. Mediante la ecografía transvaginal es muy poco probable que puedan observarse los endometriomas, pero ayuda a determinar el grosor endometrial.
3. Resonancia Magnética Nuclear: Es un examen imagenológico en el que se utiliza una máquina con imanes y ondas de radio potentes para crear imágenes del área genital
4. Laparoscopia: Es la prueba que puede asegurar con más certeza que se padece endometriosis. Es una cirugía con anestesia general en la que se coloca dentro del abdomen un tubo con luz.

El ginecólogo revisa los órganos y puede visualizar cualquier tumor o tejido de endometriosis. Este procedimiento mostrará la ubicación, extensión, tamaño de los tumores siendo fundamental para tomar decisiones entre el médico y la paciente.

5. Laparotomía: Es una cirugía mayor en la que se puede observar con más claridad los órganos afectados y se puede observar los endometriomas o adenomiosis se podrán mostrar rojizos, por los depósitos de hemosiderina a veces son blanquecinos, cicatrizados o de color rosado pálido. Es común el hallazgo de adherencias firmes aisladas o formando masas que puede revestirse la forma de quistes de localización ovárica con una cavidad de tamaño variable de líquido espeso, negro y/o achocolatado.
6. Marcadores de endometriosis son sustancias en el cuerpo creadas por la enfermedad o en respuesta a ésta y pueden aislarse en la sangre u orina. Si se encuentran marcadores por medio de una prueba de sangre u orina, entonces se puede hacer un diagnóstico de endometriosis sin necesidad de cirugía.

Para realizar un buen diagnóstico se necesita desde una exploración ginecológica hasta una laparotomía con el fin de mejorar la calidad de vida de la paciente de una manera oportuna y de acuerdo a las posibilidades económicas de la usuaria.

2.12 Tratamiento

La endometriosis no tiene cura. Sin embargo, hay muchos tratamientos, cada uno tiene sus ventajas e inconvenientes.

El tipo de tratamiento depende de:

- A. La edad.
- B. La gravedad de los síntomas.
- C. La gravedad de la enfermedad.
- D. Si se desean más hijos.

El embarazo mejora la evolución de la endometriosis, pero no es el tratamiento adecuado porque un gran porcentaje no logra embarazarse o no lo desea. Y con el embarazo se induce la atrofia glandular endometrial evitando una futura implantación pélvica endometrial.

Hay diferentes opciones de tratamiento para algunas mujeres con síntomas leves, tal vez no sea necesario mayor tratamiento que analgésicos por razón necesaria una tableta cada seis u ocho horas de acuerdo a la respuesta al dolor, como los siguientes medicamentos:

- Paracetamol (Tylenol)
- Ibuprofeno (Advil)
- Naproxeno (Aleve).

Medidas Generales:

- Ejercicio y técnicas de relajación.
- Exámenes médicos regulares cada seis a doce meses.

Los estrógenos inducen el crecimiento de los implantes de endometriosis, por lo tanto para combatir la endometriosis se debe reducir la cantidad de estrógenos que haya en el organismo.

Los estrógenos se sintetizan en el tejido graso, por tanto se debe de evitar el consumo de grasas y evitar o disminuir alimentos como: aceite de oliva, aceitunas, apio, arroz integral, avena, brócoli, cebada, cebollas rojas, centeno, cerezas, ciruelas, coliflor, frijoles, granadillas, habas, huevos, manzana, perejil, mentón, remolacha, repollo, semillas de amapola, girasol, lino, soya, tomates y zanahorias. Será un poco difícil que la paciente evite estos alimentos pero si podrá disminuirlos poco a poco y sustituirlos por otros.

La cirugía ayuda a diagnosticar la enfermedad y también puede eliminar tumores y tejido cicatricial. Sólo se hace una pequeña incisión en el abdomen y se realiza cuando la endometriosis es leve o moderada se extirpan los endometriomas se evacuan por vía laparoscópica. La laparotomía obstétrica consiste en hacer una gran incisión en el abdomen para extraer tumores y tejido cicatricial, la extensión dependerá del grado de la endometriosis.

La histerectomía es la cirugía radical donde se extirpa el útero, trompas de Falopio y los ovarios. Si no se extirpan los ovarios, los síntomas pueden regresar. Pero sólo se indica en las pacientes que no desean tener más hijos o en quienes la enfermedad es muy grave o avanzada, seguida de una sesión de un año de acetato de medroxiprogesterona inyectado.

Es muy recomendable conservar los ovarios en el grupo de edad reproductiva para evitar los síntomas menopáusicos y los efectos del tratamiento con estrógenos a largo plazo.

La laparoscopia o laparotomía puede ser una buena opción si la paciente desea quedar embarazada, porque tratan la enfermedad y dejan sus órganos en su lugar. Es necesario aplicar técnicas de microcirugía para minimizar la posibilidad de adherencias postquirúrgicas.

En esta primera parte del tratamiento médico se muestran las técnicas a realizar para eliminar o disminuir la endometriosis y a continuación se presentan los tipos de tratamientos paliativos que se pueden manejar en la mujer con esta patología.

Hormonoterapia

Estos medicamentos pueden evitar que la endometriosis empeore, pueden administrarse como píldoras, aerosol nasal o inyecciones. Pero se tiene que informar a la paciente de que la terapia hormonal impide el embarazo para que tome su decisión.

1. Anticonceptivos hormonales combinados: son eficaces, 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 seis meses. Puede tener efectos secundarios como náuseas, hipertensión arterial y tromboflebitis.
2. Medicamentos agonistas de gonadotropina: En otras épocas era mejor usar estrógenos, progestágenos y andrógenos pero han sido reemplazados por los antagonistas de la hormona liberadora de la gonadotropina estos medicamentos impiden que los ovarios produzcan la hormona estrógeno. Esto provoca un estado similar a la menopausia.

Los efectos secundarios incluyen sofocos, resequedad vaginal y cambios de humor. El tratamiento se limita generalmente a seis meses porque puede debilitar los huesos y con frecuencia mejora las posibilidades de embarazo una vez que se interrumpe el tratamiento.

3. 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. La Gestrinona es menos androgénica que el Danazol, como consecuencia mejor tolerada, tiene una vida media más larga por lo tanto se requiere menor dosificación.

Los efectos colaterales de ambos fármacos incluyen: aumento de peso, acné, retención de líquido, alteraciones de la voz, sofocos y náuseas. Están contraindicados en el embarazo, en pacientes con alteraciones renales e hipertensión arterial y fallo cardíaco congestivo. El danazol frena la pérdida ósea en mujeres en tratamiento con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina.

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

- A) Suprimir la función ovárica, gracias a la inhibición de la liberación de GnRH hipotalámica, lo que conduce a una anovulación.

- B) Efecto directo sobre los implantes, habiéndose observado que el acetato de medroxiprogesterona ejerce efecto antiproliferativo importante en las células del estroma.

Aunque existen muchas formas de administración, la dosis más común es de diez miligramos de acetato de hidroxiprogesterona, dos o tres veces al día, durante tres y seis meses. Sus efectos adversos pueden ser: alteraciones menstruales, náuseas, sobrepeso, edemas y depresión.

5. Análogos de hormonas liberadoras de gonadotropina: Se aconseja como tiempo máximo seis 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 de estrógenos y progesterona.
6. Dispositivo intrauterino de Levonorgestrel: Es una terapia altamente eficaz en la reducción de dolor asociado a la endometriosis.

Medicina alternativa

Muchas mujeres con endometriosis experimentan grandes mejorías y hasta un incremento de fertilidad con terapias pertenecientes a la medicina alternativa u holística. Gran parte de lo que se denomina medicina alternativa viene de otras culturas o de las antiguas tradiciones curativas. Todos los enfoques de la medicina alternativa tienen en común que consideran al ser humano como una unidad formada por el cuerpo, la mente y el espíritu y se basan en la suposición de que para curar o aliviar permanentemente una enfermedad hay que tratar y equilibrar a todos estos aspectos equitativamente, para que así el organismo pueda activar su poder de auto curación.

Tampoco con la medicina alternativa es posible curar, es decir, eliminar por completo la endometriosis. Lo que se pretende, igual que con la medicina convencional, es llegar a un estado donde la endometriosis sigue estando ahí pero no molesta causando dolor, infertilidad u otros de los signos y síntomas.

Los tratamientos de medicina alternativa más utilizados para aliviar la endometriosis son la medicina tradicional china, que incluye varios tratamientos que se mencionaran a continuación:

La medicina tradicional china se ha desarrollado en los países asiáticos orientales a lo largo de su historia milenaria. Dicho de forma muy simplificada se fundamenta en la suposición de que, para mantener la salud, el flujo libre de la energía vital denominada chi en el cuerpo de la persona es indispensable. El CHI fluye por unos canales meridianos que conectan todos los órganos, tejidos y células. Sobre el CHI influyen las dos fuerzas opuestas y complementarias, el YIN representando entre otro lo femenino, tranquilidad, pasividad, oscuridad, humedad y frío y el yang representando entre otro lo masculino, actividad, agresividad, luz, sequedad y calor.

Si uno de los dos prevalece sobre el otro u por otros factores que afectan al CHI, el flujo libre se bloquea y surge la enfermedad. La endometriosis normalmente es percibida por la medicina tradicional china como un estancamiento de la sangre, bloqueo del CHI a nivel del hígado, falta de CHI en el bazo y un acumulo excesivo de mucosidad y se relaciona con el frío un exceso del YIN, aunque los aspectos dominantes pueden variar en cada mujer.

La acupuntura

Consiste en la inserción de finas agujas estériles en puntos determinados de la piel, que se encuentran sobre los meridianos. Así pretende resolver bloqueos del CHI y restablecer su flujo. Los puntos de acupuntura de uso común en el tratamiento de la endometriosis se pueden ubicar en las orejas, abdomen, muñecas, pies, piernas y espalda, aunque se eligen para cada persona en concreto acorde con métodos diagnósticos propios de la medicina tradicional china, que se basan entre otros en el pulso, la apariencia de la lengua y los síntomas presentes.

La fitoterapia china

Se basa en una serie de plantas medicinales aunque puede incluir también sustancias de origen mineral o animal, la mayoría de ellos son de origen oriental y por tanto importado desde sus países de origen, que se aplican en forma de infusiones, comprimidos o granulado durante un tiempo prolongado. La mezcla de hierbas se adapta a cada paciente y se puede modificar a lo largo del tratamiento acorde a la respuesta al mismo.

La dietética china

De forma simplificada, la dietética china se basa en la clasificación de los alimentos como en pertenecientes al Yin alimentos fríos al Yang alimentos calientes o neutrales, así como en cinco grupos o elementos como: madera que son alimentos ácidos, fuego alimentos amargos, tierra alimentos dulces, metal alimentos picantes y agua alimentos salados. Como la medicina tradicional china percibe a la endometriosis como una enfermedad relacionada con el frío, para equilibrar el organismo recomienda consumir sobre todo alimentos clasificados como Yang calientes y reducir los alimentos Yin que son fríos, aunque la base de la dieta siempre la deberían constituir los alimentos neutrales.

La homeopatía

Se desarrollada por el médico alemán Samuel Hahnemann a partir de 1796, se basa en la suposición de que "lo similar cura lo similar", es decir, que aplicando una dosis muy pequeña de una sustancia que en cantidades mayores provocaría una reacción determinada, puede servir para curar una enfermedad cuyos síntomas son similares a esta reacción.

Los principios activos utilizados en la homeopatía se diluyen hasta dosis infinitesimales, llegando en ocasiones hasta el punto en el que realmente no queda nada o casi nada del principio activo original.

Los homeópatas afirman que entonces la energía del principio activo ha quedado impreso en el agua utilizado para hacer la dilución e incluso consideran más fuerte el remedio homeopático cuanto más diluido esté. La intención de la terapia homeopática es de activar la capacidad de auto curación del organismo estimulando sus propias defensas.

La osteopatía

Es un tipo de terapia desarrollado por el médico estadounidense Andrew Taylor Still en 1874. Básicamente se trata de una serie de técnicas de manipulación manual suave e indolora, incluyendo manipulaciones articulares, movilización muscular y aplicación de presión en diferentes puntos, todo ello con la intención de liberar tensiones y falta de movilidad en los tejidos y mejorar la circulación sanguínea.

Según los osteópatas, los bloqueos en el sistema músculo-esquelético y la movilidad de los órganos internos, se traducen en alteraciones de la función corporal y por tanto en las enfermedades. Restaurando la movilidad de los tejidos así como la irrigación sanguínea mediante las técnicas osteopáticas se logra activar los mecanismos de auto curación del organismo, consiguiendo así una mejora de la enfermedad.

En el caso de las pacientes con endometriosis, la osteopatía puede ser especialmente útil pero no sólo para combatir adherencias surgidas a raíz de intervenciones quirúrgicas o de la propia enfermedad, también puede ser efectivo para combatir el dolor menstrual e incluso el cansancio generalizado frecuentemente asociado con la enfermedad.

La aromaterapia con aceites esenciales

La aromaterapia es la sanación mediante aceites esenciales naturales procedentes de las hojas, semillas, flores, madera, raíces o la resina de diferentes plantas. Para un tratamiento de aromaterapia los aceites se aplican sobre la piel en forma de masajes o se inhalan.

La aromaterapia, más que tratar la enfermedad en sí, es capaz de contribuir a la relajación, el equilibrio emocional y la mejora del bienestar general, lo que a la vez puede aliviar dolores, estimular el sistema inmune y ejercer un efecto muy positivo sobre el bienestar psíquico.

Pero los aceites esenciales, más allá de su fragancia, también pueden ser efectivos debido a sustancias con acción medicinal que contienen, durante un masaje sus principios activos se absorben por la piel. Para las pacientes de endometriosis se recomiendan las esencias como: Aceite de amaro, salvia romana o salvia esclarea de acción estimulante porque elevan el estado de ánimo y tienen una acción espasmolítica que lo hace efectivo contra los cólicos menstruales, aunque está contraindicado si la menstruación es muy abundante.

A continuación se muestra cuáles son los aceites principales que puede usar la mujer con endometriosis.

- ❖ Aceite de bergamota (*Citrus bergamia*): De acción estimulante, relajante y antiinflamatoria.

- ❖ Aceite de ciprés (*Cupressus sempervirens*): Es un calmante, regula las hormonas, recomendado para normalizar el sangrado menstrual abundante.

- ❖ Aceite de estragón (*Artemisia dracunculus*): De acción estimulante y reguladora del ciclo menstrual. Se usa a dosis bajas.
- ❖ Aceite de geranio (*Pelargonium odorantissium*): De acción antiinflamatoria, relajante, equilibra el estado de ánimo y aplicado sobre la piel suaviza las cicatrices.
- ❖ Aceite de jazmín (*Jasminum grandiflorum*): De acción relajante, combate la ansiedad, acción reguladora del ciclo menstrual y efectivo contra el síndrome premenstrual.
- ❖ Aceite de lavanda (*Lavandula angustifolia*): De acción muy relajante, desestresante, tranquilizante y equilibra el estado de ánimo.
- ❖ Aceite de manzanilla (*Matricaria recutita*): De acción relajante.
- ❖ Aceite de mejorana (*Origanum majorana*): De acción relajante, desestresante y espasmolítico.
- ❖ Aceite de milenrama (*Achillea millefolium*): De acción relajante, antiinflamatoria, regulación hormonal y reguladora del ciclo menstrual.
- ❖ Aceite de rosa (*Rosa spp.*): De acción relajante y espasmolítico.
- ❖ Aceite de tomillo (*Thymus vulgaris*): De acción relajante, antiinfectiva, estimulante del sistema inmune y equilibrante hormonal. Se trata de una esencia bastante fuerte.
- ❖ Aceite de toronjil (*Melissa officinalis*): De acción equilibrante, desestresante y espasmolítico. Es un aceite muy intenso.

Para la aplicación sobre la piel los aceites esenciales se tienen que diluir en otros aceites neutrales, como el aceite de almendras, de sésamo o de aguacate.

Para la inhalación, se añaden unas gotas del aceite esencial a un tazón de agua caliente y se inhalan los vapores durante cinco a diez minutos.

Las sales fundamentales para la endometriosis son las siguientes:

- Fosfato de calcio: Para estabilizar el ciclo menstrual y contra el dolor pélvico crónico.
- Cloruro de potasio: Contra la inflamación crónica como la que se da en el caso de la endometriosis, además se le atribuye una acción estabilizadora sobre el endometrio uterino.
- Fosfato de magnesio: Contra los cólicos menstruales o cólicos intestinales agudos.
- Cloruro de sodio y oro: A este remedio complementario se le atribuye una acción positiva y equilibrante sobre los órganos reproductores femeninos, normaliza el ciclo menstrual.

Estos son los principales tipos de tratamientos paliativos para ayudar a la mujer con endometriosis en edad reproductiva con el fin de no afectar su función reproductiva haciendo énfasis en que el tratamiento paliativo ayuda a controlar la enfermedad no a eliminarla y en que su efectividad varía de acuerdo al tipo de usuaria que lo utilice.

2.13 Complicaciones

Una de las principales consecuencias en la endometriosis es la infertilidad sin embargo, la mayoría de las mujeres con síntomas leves pueden quedar embarazadas más del cincuenta por ciento lo logra. La laparoscopia para eliminar las masas y el tejido cicatricial puede ayudar a mejorar la probabilidad de quedar embarazada.

Otras complicaciones de la endometriosis abarcan:

- Dolor pélvico prolongado que interfiere con las actividades sociales y laborales.
- Quistes grandes en la pelvis que pueden romperse.
- En casos raros, el tejido de la endometriosis puede causar obstrucción de los intestinos o las vías urinarias.
- En raras ocasiones, se puede presentar cáncer en las áreas de crecimiento de tejido después de la menopausia.
- Una endometriosis severa, con el paso de los años, puede formar un conglomerado inmóvil denominado "pelvis congelada" debido a adherencias de los órganos pélvicos como el útero, trompas de Falopio y ovarios.
- Hemorragias internas, acompañadas de inflamación esto provocará dolor, formación de tejido cicatrizante y problemas intestinales e infertilidad.

La mujer que presenta endometriosis está demostrado que tienen mayores probabilidades que otras mujeres de sufrir trastornos del sistema inmunitario, en los que el cuerpo ataca sus propios tejidos que son enfermedades autoinmunes como lupus, alergias, mal funcionamiento de la glándula tiroides, síndrome de fatiga crónica y síndrome de fibromialgia.

2.14 Diagnóstico Diferencial de la Endometriosis

Como se ha mencionado anteriormente, la endometriosis raramente se diagnostica de una manera precisa y única sino que se detecta cuando la mujer se realiza los estudios o procedimientos para diagnosticar otra patología. Unas de las principales patologías con las que pueden confundir la endometriosis son:

1. Quistes funcionales.
2. Tumores malignos.
3. Enfermedad inflamatoria crónica pélvica.
4. Ruptura de embarazo ectópico.

5. Dismenorrea funcional.
6. Cáncer de recto, sigmoideo o colon.
7. Apendicitis aguda.
8. Diverticulitis.
9. Alteraciones menstruales.

2.15 Pronóstico

De manera general el pronóstico de estas pacientes es bueno debido a que no padecerá de las consecuencias de la endometriosis como la infertilidad si es diagnosticada y tratada correctamente. Su calidad de vida dependerá de la actitud y cuidados que tenga hacia su salud.

La hormonoterapia y la laparoscopia no pueden curar la endometriosis sin embargo, en algunas mujeres, estos tratamientos pueden ayudar a aliviar los síntomas durante años. La extirpación del útero, ambos ovarios y las trompas de Falopio le brinda la mejor probabilidad de bienestar.

2.16 Prevención

En el Sector Salud la prevención es la principal función antes que curar dado que si se previene no hay necesidad de curar y el paciente no tendrá problema alguno. A continuación se muestran algunas de las cosas que se pueden realizar para evitar la endometriosis:

- 1) Se debe evitar la exposición a la dioxina, se recomienda que se ingieran pescados libres de cualquier clase de contaminante, carne y vegetales orgánicos.
- 2) No se debe de usar tampones ni almohadillas.
- 3) Papel higiénico, servilletas y toallas de papel que no contengan decolorantes.

- 4) No utilizar productos de limpieza para el hogar que contengan cloro.
- 5) Realizar ejercicio de dos a cuatro horas semanales.
- 6) Seguir una dieta adecuada y equilibrada para mejorar la calidad de vida.
- 7) Las mujeres que beben más de dos tazas de café al día tienen más probabilidades de padecer endometriosis por lo que se debe de reducir el consumo de café debido a que aumentan los estrógenos.

A lo largo de este capítulo se mostró de una forma muy detallada lo que es la endometriosis y se demostró que aunque no es muy común y no se le dé la importancia necesaria es una enfermedad crónica que afecta de manera importante a la mujer en edad reproductiva.

La endometriosis afecta de manera significativa a la mujer en edad reproductiva en todos los aspectos es por esto que necesita de un apoyo médico y sobre todo de su familia y/o pareja. Es muy importante que toda la gente en general conozca la patología para que esté consciente de lo que es capaz de ocasionar la endometriosis.

CAPÍTULO TRES: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Es importante elaborar, desde enfermería, planes de cuidados para mejorar la calidad de la atención prestada a las pacientes. Esta atención deberá ser realizada a través de una metodología científica, sistematizada con calidad y una continuidad en los cuidados ya que cada paciente es muy diferente por lo tanto necesita una atención única y detallada. Donde se atiendan sus necesidades, respetando e incluyendo sus preferencias y valores. La paciente ha de ser autónoma y estar involucrada en su cuidado, por la repercusión positiva que tiene su implicación y los beneficios clínicos que conlleva.

La intervención de enfermería, al tratarse de un proceso crónico, tiene como objetivo principal ayudar a la mujer con endometriosis a adaptarse a la enfermedad y a instruirla para el autocuidado.

3.1 Cuidados desde un Aspecto Físico

La paciente que desarrolla endometriosis no tiene un cuidado de enfermería específico desde un aspecto físico dado que no necesita estar hospitalizada por lo que sólo se administran analgésicos a lo contrario de las pacientes que tienen que someterse a una laparoscopia o laparotomía y se brindan cuidados generales preoperatorios y post-operatorios como se muestra a continuación.

Cuidados preoperatorios:

El período preoperatorio se inicia cuando la paciente decide que se realice la intervención quirúrgica y termina cuando es trasladada al quirófano. Esta etapa a su vez se divide en preoperatorio mediato e inmediato.

El preoperatorio mediato

Comienza desde que se decide el acto quirúrgico hasta las veinticuatro y cuarentaiocho horas antes de su realización. Se inicia con la historia clínica a fin de valorar a través del examen el estado general de la paciente. Se completa con la investigación de una serie de pruebas de laboratorio y otros estudios de acuerdo a las distintas patologías.

Valoración física general: A través del examen físico y de los estudios complementarios se valora el estado general. En la valoración se tendrán en cuenta factores relacionados con la edad. La mortalidad es más alta en edades extremas y se incrementa de forma progresiva. Sin embargo, los problemas dependen más que de la edad del estado de órganos, sistemas y el estado nutricional.

Las enfermedades crónico degenerativo incrementan el riesgo quirúrgico como Diabetes Mellitus, enfermedades cardiovasculares, respiratoria, renal, hepática, las que debe evaluarse y tratarse previo al acto quirúrgico.

Revisar el consentimiento informado una vez que la paciente entiende la necesidad de la realización de la cirugía, sus riesgos y resultados previsibles tiene que estar correctamente preparado, se obtiene el consentimiento antes del ingreso de la paciente al hospital con una cita previa.

Preoperatorio inmediato

Abarca las veinticuatro y cuarentaiocho horas anteriores al acto quirúrgico. Las acciones a cumplir en esta etapa son las siguientes:

- ❖ Preparación de la piel: La finalidad del cuidado preoperatorio de la piel es hacer que quede lo más posible libre de microorganismos sin menoscabo de su integridad fisiológica. En la actualidad el rasurado de la piel no es necesariamente una rutina. Los cortes y micro abrasiones causadas por el rasurado crean un campo propicio para el desarrollo bacteriano.
- ❖ El porcentaje de infección de las heridas quirúrgicas aumenta en relación al tiempo transcurrido entre el rasurado y la intervención. Si se realiza el rasurado se hará lo más cerca al acto quirúrgico, limitándolo al sitio de la incisión y al área de curación.
- ❖ La piel debe ser lavada y pintada desde la noche anterior para lograr un efecto antiséptico previo a la remoción del vello. Posteriormente al rasurado se pincela nuevamente con antiséptico. Se completará la preparación de la piel con una higiene minuciosa no sólo del vello restante sino también del área circundante.
- ❖ Enema evacuante: Los enemas limpian el tubo digestivo e impiden el estreñimiento postoperatorio o la incontinencia durante la operación. El intestino vacío reduce el riesgo de lesión y reduce al mínimo la contaminación de la herida operatoria. El enema se realiza antes del baño.
- ❖ Baño: Se realiza de preferencia con jabón antiséptico poniendo especial cuidado en la higiene del cabello, pliegues, ombligo, manos y pies. Uñas de manos y pies se deberán recortar y retirar el esmalte que impedirá observar la aparición de cianosis durante el acto quirúrgico.
- ❖ Dieta: Durante la anestesia general los músculos se relajan y el contenido gástrico puede refluir al esófago. La paciente no debe ingerir nada desde la noche anterior a la cirugía. El ayuno será de seis a ocho horas, para sólidos y cuatro horas, para líquidos, por lo que el riesgo de vómitos y/o aspiración de alimentos se reduce.

- ❖ Control de signos vitales y registros: Es una importante función de enfermería. Muchas veces una cirugía debe posponerse por alguna alteración en éstos parámetros, por ejemplo fiebre e hipertensión arterial. Es necesario informar si hay presencia de anomalías antes de remitir al paciente al quirófano.
- ❖ Catéteres vesicales: Puede estar indicada su colocación. La tendencia actual es colocar estos catéteres en quirófano con la paciente ya anestesiada, lo que disminuye el trauma ya que es necesario en la cirugía ginecológica. Es necesario hacer orinar, al paciente antes de llevarlo al quirófano para evitar que se vacíe la vejiga involuntariamente.
- ❖ Se canaliza una vena periférica con un catéter dieciocho que será luego utilizado por el anestesista.
- ❖ Aseo escrupuloso de la boca: Retirando prótesis odontológicas. Se retirará el maquillaje y en caso de que lleve consigo joyas serán entregadas a los familiares.
- ❖ Medidas antiembolia: La colocación de medias o vendas elásticas ayudan a prevenir la formación de coágulos intravasculares en pacientes con una movilidad restringida o presencia de várices. La trombosis venosa puede conducir a un trombo embolismo pulmonar potencialmente fatal. Las medias antiembolicas el vendaje actúan comprimiendo los capilares y pequeñas venas de los miembros inferiores. De esta forma se favorece el paso de la sangre a las venas del sistema profundo acelerando el flujo y evitando estancamiento y la coagulación.

Estas medidas se aplican generalmente mientras la movilidad esté restringida. En la actualidad se administra como profiláctico de trombosis venosas y embolias una heparina de bajo peso molecular, enoxaparina sódica veinte miligramos subcutáneo antes que el paciente vaya al quirófano o dos horas antes del acto quirúrgico.

- ❖ Vestido adecuado: Se colocará camión, gorra y botas.

- ❖ Medicación preoperatoria: Los tranquilizantes reducen la ansiedad y relajan los músculos esqueléticos. Los analgésicos narcóticos atenúan el dolor y la ansiedad. Toda administración de medicación preoperatoria será registrada en la historia clínica. El momento oportuno de administrar los medicamentos preanestésicos deben administrarse cuarentaicinco a setentaicinco minutos antes de la anestesia.
- ❖ Con gran frecuencia se retrasa la hora de las operaciones o se cambian de fecha por lo que se torna difícil administrar un medicamento en un momento específico. Por ello se acostumbra realizar la medicación en el momento de confirmar el transporte al quirófano.
- ❖ Se controla que estén todos los elementos que se hayan solicitado desde quirófano, tales como: placas radiográficas, catéteres, sustancias de contraste entre otros además de la historia clínica.

Cuidados post-operatorios:

Es el período que transcurre desde que termina la cirugía, hasta que se reanudan espontáneamente las funciones fisiológicas normales como: alimentación, ruidos intestinales, micción, defecación, deambulación todo ello acompañado de sensación de bienestar.

El período post-operatorio se divide en inmediato que comprende las primeras veinticuatro y cuarentaiocho horas después de la operación y mediato que se extiende hasta la recuperación del paciente.

Post-operatorio inmediato

En la sala de recuperación el objetivo es lograr una observación muy estrecha y un cuidado adecuado de la paciente hasta la recuperación de los efectos del anestésico. La unidad estará inmediatamente vecina a la sala de operación.

Esta sala estará bien iluminada, provista de oxígeno y aspiradores, tomas eléctricas adecuadas, soportes para soluciones intravenosas, expansores plasmáticos, equipo para administración de oxígeno, aspiración y administración de medicamentos. El equipo médico debe estar disponible para efectuar intubación traqueal, desfibrilación, tratar un paro cardíaco, ventilación mecánica y transfusiones de sangre entre otros.

En el traslado a la unidad de hospitalización debe ser cuidadoso ya que la movilización brusca puede ocasionar hipotensión. Durante el mismo deben cuidarse particularmente los drenajes y catéteres. La paciente puede ser trasladada a su unidad cuando ha recuperado la función respiratoria, que sus signos vitales sean estables y esté presente el reflejo de deglución.

La posición en la cama: Es en decúbito lateral, posición que evita la obstrucción de la vía aérea y disminuye el peligro de aspiración ante la eventualidad de vómitos. Desde que la paciente regresa a su cama hasta que desaparecen totalmente los efectos de las drogas anestésicas llega a tener pleno dominio y conciencia de su situación puede pasar un tiempo variable, entre pocos minutos y algunas horas. Este intervalo depende de la duración del tipo de anestesia y de las características de la cirugía.

Valoración del estado postoperatorio

Sistema neurológico: Se valora el nivel de conciencia de la paciente tocándola suavemente y formulando preguntas sencillas.

Al despertarse algunas pacientes pueden presentar cuadros similares al delirio como gemido, llanto y agitación. Puede deberse a hipoxia, por ello se deben examinar el estado de las vías aéreas y el movimiento respiratorio.

Temperatura: Debe ser controlada frecuentemente. En el post-operatorio inmediato la paciente puede presentar hipotermia en el 80% de los casos. Es frecuente que en los primeros dos días del post-operatorio haya un aumento de la temperatura que raramente llega a los treintaiocho grados centígrados.

Tensión arterial: Compararlo con los valores preoperatorios y post-operatorios. Cuando la presión sanguínea sistólica es inferior a cien miligramos de mercurio se trata de una hipotensión, por debajo de ochenta miligramos de mercurio señala colapso vascular, característico de shock. La hipotensión post-operatoria puede deberse al uso de agentes anestésicos, a una dosis excesiva de algún medicamento, ventilación pulmonar insuficiente, cambios bruscos de posición, dolor y pérdida de sangre o líquidos.

Sin embargo, la intervención quirúrgica produce por sí misma vasoconstricción simpática. El equilibrio entre vasoconstricción y vasodilatación durante la operación mantiene la presión en límites normales, aun así la presión sanguínea después de la intervención suele descender.

Si la presión sanguínea se reduce en más de veinte miligramos de mercurio o decrece más o menos diez miligramos de mercurio en cada lectura es necesario informar al demás equipo médico.

Pulso: Deben tenerse en cuenta todas sus características. Una frecuencia de hasta cien pulsaciones por minuto generalmente no tiene mayor significado en el post-operatorio inmediato, excepto que se trate de un pulso saltón, caso en el que se sospecha la existencia de fiebre.

Cuando la frecuencia aumenta a más de cien pulsaciones por minuto se pensará en la posibilidad de una trombosis venosa. Si se acompaña de signos respiratorios se debe pensar en una atelectasia. Muchas taquicardias se deben también a causas emocionales. Las arritmias obligan a descartar un compromiso cardíaco.

Presión venosa central: Su valor normal es de ocho a doce centímetros de agua. Su descenso en hemorragia o deshidratación se hacen rápidamente evidentes, de igual manera la elevación de las mismas.

Respiración: Se deben controlar las características de la respiración. Este parámetro revela alteraciones como atelectasia, obstrucciones bronquiales, trombo embolismo y depresión respiratoria post anestésico o medicamentoso.

Examen de la mucosa y de la piel: Se debe observar el estado y color de la piel, lechos ungueales y labios porque reflejan el grado de perfusión hística. Los labios y lechos ungueales son fieles indicadores de la cianosis. En las mucosas bucales así como las conjuntivas se observa la palidez característica de la anemia. La circulación periférica se controla presionando sobre los lechos ungueales los que deberán palidecer y luego enrojecer rápidamente. La observación de la lengua permite apreciar el estado de hidratación.

Facies: La facie da una impresión generalizada de la marcha del postoperatorio. La palidez, cianosis de los labios y los ojos hundidos son signos indeterminados de una evolución desfavorable.

Drenajes: Se debe obtener información por medio de la historia clínica o del cirujano sobre características de la operación, tipos de drenajes si se dejaron, fármacos administrados e indicados, si hubo alguna complicación como hemorragia o paro respiratorio.

Aparato digestivo: Se debe de auscultar el abdomen de la paciente en busca de ruidos intestinales, indicativo de actividad peristáltica. Normalmente, los anestésicos generales, los narcóticos y la cirugía abdominal reducen la peristalsis intestinal durante las primeras veinticuatro horas. El retorno de la función peristáltica normal está indicado por la existencia de ruidos en el intestino grueso. El intestino delgado es el primero en recuperar un peristaltismo normal.

La distensión rígida: Es una respuesta al dolor. La recuperación de los hábitos dietéticos normales es beneficiosa para la paciente, que mejora la función gastrointestinal. Habitualmente se prueba tolerancia a los líquidos ocho horas, después de la intervención quirúrgica, si está consciente y no presenta náuseas ni vómitos ha recuperado el reflejo de deglución.

El primer día debe ser líquido como caldo, té, gelatina, agua mineral y agua de frutas azucaradas cocidas. Se evitan los cítricos exprimidos por la posibilidad que produzcan meteorismo. Se administran líquidos siempre que haya un buen peristaltismo. Al día siguiente se puede agregar sopas, puré y frutas hervidas. El peristaltismo se reanuda al segundo o tercer día.

Aparato genitourinario: Se observa y se palpa el abdomen en busca de distensión vesical consecutiva a retención urinaria. Tanto la anestesia como el traumatismo de la manipulación quirúrgica pueden causar retención urinaria.

Para prevenir una sobrecarga de líquidos se debe controlar la diuresis siendo normal de ochocientos a mil quinientos mililitros, pero el límite inferior desciende cuando hace calor y se transpira. Una orina escasa, concentrada e hipercoloreada es característica de aporte líquido insuficiente. Por el contrario, la poliuria con orina clara y transparente es típica de la sobrehidratación.

Se tiene que vigilar la diuresis cuando la paciente lleva colocada una sonda de Foley y si es menor de treinta mililitros por hora se debe informar inmediatamente. Si no hay déficit de aporte o exceso de pérdidas de agua hay que pensar en una lesión renal. La primera micción deberá producirse en las primeras seis y ocho horas del postoperatorio. Registrar hora, cantidad y características de la orina.

Movilización de la paciente: Debe intentarse lo más pronto posible desde que ha pasado el período de recuperación anestésica conviene invitarla a moverse ya que es el mejor profiláctico de las complicaciones pulmonares y de la flebitis. También disminuye el período de dolor post-operatorio, contrarresta la astenia y permite ir al baño.

La ambulación precoz favorece el retorno de las actividades fisiológicas normales, reduce las complicaciones respiratorias, circulatorias, mejora el tono muscular y la recuperación del peristaltismo. Además ejerce un efecto psicológico beneficioso para la paciente. Al día siguiente de la operación la mayor parte de las pacientes deben levantarse, caminar algunos pasos y sentarse en una silla es conveniente que se levanten acompañados por la eventual posibilidad de una lipotimia.

Post-operatorio mediato

En este período se normalizan las funciones fisiológicas: alimentación, defecación, micción y deambulación acompañada de sensación de bienestar.

Se recomienda alta cuando la paciente se alimenta sola, ha reanudado su tránsito intestinal, deambula por sus propios medios y tiene menos posibilidad de una complicación. La extracción de los puntos de piel se realiza entre el séptimo y octavo día según sea el tamaño y estado de la herida considerando que cuando se sutura con material absorbible no se retira dado que se absorbe solo como es el vicril o en su defecto crómico.

Estos son los cuidados que se le brindan a una paciente con endometriosis que es sometida a una cirugía como laparotomía, laparoscopia o histerectomía, desde que la paciente toma la decisión de operarse hasta que se egresa.

3.2 Cuidados desde un Aspecto Emocional

1. Primero que nada no se tiene que ignorar el dolor de la paciente aunque parezca muy sugestivo cada paciente lo va a manifestar de forma diferente sin importar el grado de la endometriosis. El desinterés o indiferencia por parte del personal puede afectar de manera significativa el estado emocional de la paciente.
2. Tratar de relacionar a los familiares en especial a su pareja si es que cuenta con ella para que se familiaricen con la atención que la mujer debe de recibir y conozcan todo acerca de la endometriosis y sea más fácil poder comprender a la mujer con esta patología.
3. En caso de que la paciente se encuentre en tratamiento hormonal se le deberá de explicar las manifestaciones clínicas que pudiera presentar.
4. Explicarle que será difícil incorporarse a las actividades diarias si la endometriosis está muy avanzada por lo que se le recomienda pasar tiempo en una actividad que le agrade como pintura, escritura, lectura entre otras.

5. Ayudar a la usuaria a seguir adelante encontrando los estímulos que la muevan como su familia, recuperar su salud física y mental.
6. Escucharla cuando lo necesite con el fin de que se sienta mejor liberando lo que la presiona como incapacidad funcional en la mayoría de las veces con esta parte la paciente se siente mejor cuando su endometriosis es leve y los síntomas no son incapacitantes.
7. Explicarle de forma detallada cuales pudieran ser las posibles complicaciones a futuro y dejarle claro que la endometriosis es incurable sólo es controlable esto con el fin de que no se mentalice de que la enfermedad desaparecerá y tenga buena disciplina en sus cuidados como en la alimentación.
8. Llevar a cabo una valoración psicosocial con la paciente y su pareja en su caso para valorar la comprensión de la endometriosis.
9. Ayudar al buen aspecto físico de la paciente realizando actividad física a tolerancia y si su grado de endometriosis lo permite para que se sienta mejor.
10. Valorar el nivel de conocimiento actual que tiene la paciente con respecto a su estado de salud y enfermedad.
11. Identificar las barreras para el aprendizaje como la comunicación ineficaz, déficit educativo, barreras lingüísticas, déficit neurológico, alteraciones sensoriales, miedo, ansiedad y falta de motivación para poderlos controlar o mejorar.
12. Si se considera oportuno, se recomienda a la paciente un grupo de apoyo o ayudarle a entrar a uno que le proporcione la posibilidad de comunicarse con personas en su misma situación.

13. Si la paciente pasa a quirófano se le brindará apoyo como técnicas de relajación y explicándole una vez más por nuestra parte en que consiste la laparotomía y laparoscopia para evitar momentos de angustia, temor y rigidez entre otros.

El apoyo emocional es una parte muy importante en las pacientes con endometriosis porque en varias ocasiones el tipo y grado de endometriosis es muy avanzado y esto trae como consecuencia incapacidad de las pacientes a realizar su vida diaria. El personal de salud debe de comprender a las usuarias con la patología y ayudar a sus familiares a que comprendan todas las alteraciones de la endometriosis para que la mujer se sienta comprendida y apoyada. Aunque puede haber pacientes que en nada les afecte la endometriosis y en ocasiones no la viven ya que no les causa daño o molestias físicas y mucho menos psicológicas.

CAPÍTULO CUATRO: CALIDAD DE VIDA

Son pocos los estudios relevantes que abordan la calidad de vida en las mujeres con endometriosis y la mayoría están realizados en mujeres con una importante afectación por dolor, seguidas en clínicas especializadas, con planteamientos parciales, con inclusión de un pequeño número de pacientes, cualitativos y de adecuación de cuestionarios que miden síntomas psicológicos. Además, es difícil encontrar publicaciones que aborden estos aspectos entre las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de las mujeres con endometriosis, con un abordaje integral que vaya más allá de los aspectos físicos de la enfermedad.

Pero en la corta experiencia intrahospitalaria que he adquirido durante estos cuatro años se detecta que la calidad de estas pacientes depende del apoyo que se tenga, la actitud y la aptitud de la usuaria, en la mayoría de los casos de forma general la calidad de vida es buena.

4.1 Impacto Psicológico

Las mujeres con endometriosis avanzada suelen presentar una morbilidad psicológica elevada, fundamentalmente depresión y ansiedad. Esta elevada frecuencia es similar a las observadas en otras poblaciones de pacientes con enfermedades crónicas, que están mejor estudiadas, aunque la relación entre los trastornos psicológicos y la endometriosis no está clara y parece que están involucrados numerosos factores en su desarrollo.

Hay estudios que refieren que los problemas personales o alguna alteración mental son reactivos a la enfermedad, fundamentalmente a la presencia de dolor pélvico crónico e infertilidad, mientras que otros autores sugieren que están asociados a la endometriosis, ya que los síntomas pélvicos dolorosos son muy frecuentes en las mujeres y no todas ellas presentan la

enfermedad. Asimismo, parece que el estrés y los desórdenes emocionales aumentan la susceptibilidad para padecer enfermedades inflamatorias.

Cuando existe presencia de depresión en las mujeres en edad reproductiva, tienen mayor susceptibilidad en las pacientes con endometriosis a presentar dolor pélvico crónico.

Aunque no hay evidencia suficiente, parece que un abordaje terapéutico multidisciplinario ofrece buenos resultados. Las estrategias orientadas a disminuir el estrés y el desarrollo de mecanismos de afrontamiento adaptativo, sumadas al resto de los tratamientos médicos y quirúrgicos contribuyen a reducir los síntomas psicológicos, mejorando la calidad de vida. Las actividades que se proponen para conseguirlo son: el uso de técnicas de relajación y los grupos de autoayuda. En casos severos puede ser necesaria la valoración por equipos dedicados a la salud mental.

4.2 Impacto sobre la Vida Sexual

La frecuencia de dispareunía en mujeres con endometriosis es considerable, con resultados adversos sobre las relaciones sexuales, provocando situaciones de evitación para eludir el dolor e incluso de vida sexual inactiva. En cualquier caso, la presencia de dispareunía es un factor importante de la calidad de vida de las mujeres, porque existe dificultad para tener una vida sexual plena, afectando además la autoestima de la mujer de manera profunda y problemas de pareja.

Es importante, dar consejo psico-sexual como parte del tratamiento integral y evaluar la mejoría asociada al tratamiento durante el seguimiento, con el fin de conocer su efectividad y disminuir las secuelas psicológicas de la enfermedad.

3.6 Impacto Familiar, Social y Laboral

La endometriosis como otras enfermedades es de curso crónico y en una proporción reducida de casos puede alterar la capacidad de trabajo, relaciones sociales y la vida familiar, en función de los síntomas que se le presente. La presencia de dolor pélvico crónico afecta la habilidad personal de desarrollar determinadas tareas sociales, por lo que es el caso de la relación con otras personas, la cual altera la autopercepción de salud y de forma global el sentimiento de bienestar.

Las mujeres manifiestan que sería importante que el personal profesional sanitario proporcione información relacionada con los síntomas, con las diferentes opciones de tratamiento y de cambios en el estilo de vida que permita un mejor control sobre sus vidas. De igual forma la población general deben tener información pertinente sobre la enfermedad y particularmente aquellas personas del entorno inmediato de las mujeres afectadas.

CAPÍTULO CINCO: METODOLOGÍA

Se plantea la importancia de la metodología en la presente investigación, diseñando la propuesta de la endometriosis para mejorar la calidad de vida de las usuarias con endometriosis e informar a las usuarias que no la padezcan para que conozcan esta patología y sea factible reconocer cualquier alteración en su cuerpo.

La metodología estudia los métodos para luego determinar cuál es el más adecuado a aplicar o sistematizar en una investigación o trabajo, Implica organización, conocimiento de antecedentes, puntos críticos a resolver, hipótesis a comprobar, datos a organizar y conclusiones a llegar, por ello es fundamental en el proceso de investigación.

Es muy importante que durante la investigación se lleve a cabo una buena metodología ya que esto permitirá penetrar más en los datos necesarios para que se realice correctamente y con exactitud.

El objetivo principal de la investigación es que las mujeres de quince a cuarenta años del Hospital de Nuestra Señora de la Salud queden orientadas e informadas sobre el tema de la endometriosis, de cuáles son los signos y síntomas, principales causas y consecuencias esto se realizara mediante una propuesta.

Se busca alcanzar un impacto en la calidad de vida de la población y que será desarrollada durante la investigación pero será implementado por las señoritas de la siguiente generación de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud que consiste en proporcionar charlas a las mujeres en edad reproductiva resolviendo sus dudas.

Se pegaran carteles e imágenes en el hospital que proyecten información necesaria para el tema, esto se llevara a cabo para que disminuya la infertilidad dado que la endometriosis es una de las causas más comunes de la infertilidad.

Se sugiere que las siguientes generaciones implementen la propuesta diseñada a las usuarias del Hospital de Nuestra Señora de la Salud así como la elaboración de folletos, carteles e imágenes, entre otros.

En las variables se indagara cuáles son las causas principales de la endometriosis así como sus signos, síntomas, y las consecuencias más importantes en la mujer en edad reproductiva. Se explica la relación que hay entre la endometriosis y la infertilidad, teniendo un alto porcentaje de que la endometriosis es una de las primeras causas de infertilidad.

Los tipos de tratamientos como el médico y el paliativo se usan para el beneficio de la paciente se llevan a cabo de acuerdo a la edad de la paciente, si se desean más hijos, de acuerdo al grado y tipo de endometriosis en la última variable de la investigación se mencionan los cuidados de enfermería abarcando físicos y emocionales dado que ambos son muy importantes para la usuaria en su salud y recuperación.

En la variable del diagnóstico es de suma importancia porque puede ayudar a muchas mujeres a prevenir consecuencias irreversibles de la endometriosis siendo la tecnología la principal responsable de brindar las mejores alternativas de tratamiento para el buen estilo de vida de la paciente.

4.1 Tipo de Estudio

Se entiende por investigación documental porque se apoya en fuentes de carácter documental, es decir en documentos de cualquier especie tales como las obtenidas a través de fuentes bibliográficas que son en consulta de libros, hemerográficas en artículos o en ensayos de revistas y archivísticas que es en el periódico que se encuentran en archivos como cartas oficios, circulares y expedientes, entre otros.

Se muestra cómo se fue adjuntando toda la información con ayuda de profesores, de expedientes clínicos, libros actualizados, revistas, enciclopedias así como fuentes de internet esto con el fin de ir mejorando la investigación documental ya que se basa en información verídica y confiable.

4.2 Población

Es el conjunto total de elementos que constituyen a un área de interés analítico, es decir que cualquier conjunto de individuos constituye una población.

El tamaño que tiene una población es un factor de suma importancia en el proceso de investigación estadística, este tamaño vienen dados por el número de elementos que constituyen la población, según el número de elementos la población puede ser finita o infinita. Cuando el número de elementos que integra la población es muy grande, se puede considerar a esta como una población infinita y cuando se limita a un número de elementos pequeños se denomina finita.

Es imposible o poco práctico observar la totalidad de todos los individuos de la población sobre todo si es infinita. En lugar de examinar el grupo entero llamado población o universo, se examina una pequeña parte del grupo denominada muestra como la población que se dirige en esta investigación que son las usuarias de quince a cuarenta años del Hospital de Nuestra Señora

de la Salud, dado que es una etapa muy importante de la mujer porque es donde empieza a desarrollar sus funciones principales de reproducción y en este mismo grupo termina esta etapa.

Por tanto es importante exponer qué es investigación documental haciendo énfasis que se quedará como propuesta para las siguientes generaciones de enfermería de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra señora de la salud.

4.3 Variables

Las variables de investigación de cualquier experimento científico son factores que pueden ser manipulados y medidos. Existen muchos tipos de variables pero las más importantes para la gran mayoría de los métodos de investigación son las variables independientes y dependientes.

La variable independiente es el centro del experimento y es aislada y manipulada por el investigador y la variable dependiente es el resultado medible de esta manipulación y el resultado del diseño experimental.

Cuadro 2: “Variables Dependientes”

VARIABLE	ASPECTO
Endometriosis en edad reproductiva	Causas principales Signos y Síntomas Principales consecuencias
Infertilidad	Relación con endometriosis
Diagnóstico de endometriosis	Tipos
Tratamiento	Tratamiento médico Tratamiento paliativo
Enfermería	Cuidados de enfermería físicos y emocionales

4.4 Aspectos Éticos de la Investigación

Los siguientes aspectos éticos son el decálogo de la enfermera, son los puntos claves que debe seguir durante su carrera profesional por lo que ayudara a forjar su profesión para bien y beneficiar al paciente al paciente.

1. Respetar, y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.

El objetivo principal de la enfermera, es mantener integra la vida del hombre porque en preparación de la carrera lo primordial que se enseña es siempre respetar sus derechos y esto se logra aplicando el profesionalismo que se requiere y los valores aprendidos desde casa, sociedad, escuela y campo de trabajo, es esta una de las razones por las que se debe de pelear por la vida, como estar en contra del aborto criminal y la eutanasia porque tenemos que cuidar la vida y si la muerte es inevitable lo que se realiza es un trato digno con calidad.

2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

No se le debe causar algún daño innecesario al paciente aparte de su patología o afección al contrario se deben evitar riesgos como caídas y lesiones por presión o infecciones nosocomiales por lo que aplican las técnicas correctas ante cualquier procedimiento que se le realice al paciente.

3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que se atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

El personal de enfermería debe recordar que a todos los pacientes se les tiene que tratar con calidad sin importar cualquier distinción que el paciente tenga, se le debe de tratar con amor, cariño, respeto y con dignidad pero de una forma profesional se tendrá que ser muy humanistas pero evitar situaciones que pongan en riesgo la integridad de la enfermera y si existieran conflictos personales con el paciente se deben dejar de lado porque lo importante es darle un buen trato.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la misma y prevención del daño hacia el paciente.

Se asumirá el valor de la responsabilidad adquirida durante la preparación como enfermeras profesionales. Manifestando una buena atención brindada a éste, así como los procesos que se realicen.

5. El guardar el secreto profesional, es deber de todo profesionista observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

Sin importar quién sea el paciente el profesional debe demostrar su profesionalismo y no difundir de ninguna manera el estado de salud del paciente por lo que la enfermera como profesional deberá demostrar su ética respetando su integridad del paciente ya sea físico, mental, social y espiritual.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro para los usuarios o personas y para los que conforman el equipo de salud.

Los seres humanos requieren de un ambiente con armonía para trabajar de la mejor manera y evitar frustraciones, pensamientos negativos y estrés laboral, así como algún tipo de accidente.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y compañeros experiencias y conocimientos en beneficio de las personas a las que atendemos a diario.

El mejor apoyo para una enfermera es otra enfermera, nadie más entenderá y comprenderá como se debe trabajar en el sector salud con una buena relación con el paciente lo que ayuda a reflexionar los errores, de la misma manera se tratara de compartir conocimientos con autoridades y trabajadores del sector salud en beneficio del paciente.

8. Asumir responsablemente el compromiso de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.

La enfermera debe estar actualizada en los cambios que ocurren en el campo laboral así como de la tecnología utilizada en beneficio del paciente y comunidad por lo que debe de asistir a capacitaciones y conferencias.

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

La enfermera debe de enaltecer su profesión a través de actitudes y aptitudes ante el paciente y los compañeros del área de trabajo.

10. Fomentar el espíritu y la participación de grupo para lograr los fines profesionales.

En ninguna profesión se puede trabajar solo, por lo que siempre se debe de trabajar en equipo de una forma positiva que ayude a la profesión a ser mejores personas y de tal manera mejores trabajadores para beneficio de la salud.

CAPÍTULO SEIS: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE LA ENDOMETRIOSIS

En el este capítulo se menciona acerca de la propuesta que se tiene para la investigación documental de la endometriosis donde se detallara de una manera específica por que se realiza la propuesta y cuáles son sus objetivos finales así como de la misma manera la fundamentación teórica que se tiene para basar la propuesta siendo confiable y fácil de manejar

La endometriosis es una enfermedad crónica y degenerativa que se manifiesta por la aparición de tejido endometrial fuera del interior del útero encontrándose con mayor frecuencia en trompas de Falopio y ovarios, en la antigüedad fue catalogada por otro tipo de enfermedades y confundida por posiciones diabólicas fue entonces cuando el médico alemán Daniel Shroen en 1690 hace los primeros descubrimientos a beneficio de las pacientes con endometriosis por lo que la forma en que se diagnostica va mejorando a través de los años de la misma manera evoluciono la forma del tratamiento, así como han ido mejorando y apareciendo otros tipos de ellos, haciendo un gran impacto a la población para su beneficio.

6.1 Justificación

La endometriosis es muy común pero no se tiene una completa información del tema porque algunos médicos o pacientes no lo consideran con las medidas apropiadas para tratarlo con el fin de que la mujer obtenga una mejor información sobre la endometriosis.

Es un tema muy importante porque interfiere en la vida de la mujer de una manera muy drástica y muy grave, siendo fatal sino se diagnóstica de una manera oportuna es por esto que toda mujer en general debe de tener esta información bastante clara y presente, porque sus consecuencias afectan de manera significativa tanto en sus aspectos personales y sociales.

Se intentara reducir las consecuencias de la endometriosis, mejorar su tratamiento y diagnosticar de manera oportuna estos casos por la difusión de la propuesta.

6.2 Fundamentación Teórica sobre la Endometriosis según la Secretaria de Salud 2012-2015.

En la fundamentación se explica claramente como es vista la endometriosis desde un punto de vista en instituciones públicas a privadas como se presenta enseguida.

Las manifestaciones clínicas principales de la endometriosis son:

- Dolor pélvico.
- Infertilidad.
- Masa anexial.

Es más probable diagnosticar endometriosis en mujeres con síntomas clásicos que incluyen dolor abdominopelvico, dismenorrea, hipermenorrea y dispareunía. Los síntomas pueden variar sin embargo, otros síntomas como dismenorrea, disuria, dolor lumbar bajo y dolor pélvico crónico definido como dolor abdominal y pélvico no cíclico con duración mayor de seis meses pueden sugerir endometriosis.

La endometriosis puede ser un estado crónico, intermitente, que necesita un seguimiento a largo plazo es la causa más común de dismenorrea secundaria en adolescentes. Los factores de riesgo identificados en pacientes con problemas de infertilidad y cuya presencia aumenta el riesgo de endometriosis son:

- Dismenorrea.
- Alteraciones menstruales.
- Menarca a temprana edad.

Los sitios de mayor frecuencia para implantación de lesiones endometriósicas por orden de frecuencia son:

1. Ovarios.
2. Fondo de saco de Douglas.
3. Ligamento ancho.
4. Ligamentos útero-sacros.

Se destaca que la pelvis izquierda es más susceptible que la derecha por movimiento de líquido peritoneal. La endometriosis tubarica sólo abarca el cinco por ciento de los casos como sitios extras pélvicos los más frecuentes son: recto sigmoides, intestino y vejiga; sitios anatómicos poco frecuentes son la herida quirúrgica, hígado, pulmón y nariz.

La utilización de anticonceptivos orales combinados disminuye el riesgo de desarrollar endometriosis por lo que en las pacientes que no los han utilizado se documenta un riesgo de desarrollar endometriosis.

Otro factor de riesgo, son las pacientes con madre o hermana con endometriosis. La menarca temprana antes de los once años de edad, ciclos cortos con duración de menos de veintisiete días y con una hemorragia mayor que lo normal en duración y cantidad están asociados a la presencia de endometriosis. La presencia de atresia cervical o vaginal y la malformación que obstruye la salida del flujo menstrual puede incrementar el riesgo de endometriosis.

La multiparidad y la duración de la lactancia están asociadas con la disminución del riesgo para endometriosis entre las mujeres que han gestado. Las adolescentes con endometriosis son más propensas que las mujeres adultas con endometriosis a presentar dolor cíclico.

Se recomienda la elaboración de la historia clínica completa tomando en cuenta antecedentes familiares, hábitos higiénicos, semiología de la menstruación y antecedentes ginecológicos esta identifica un número importante de factores asociados a endometriosis. Durante la exploración física bimanual, el dolor pélvico, útero fijo, ligamentos útero-sacro doloroso u ovarios aumentados de tamaño son datos clásicos de endometriosis.

Los nódulos que infiltran profundamente como ligamentos útero-sacos o en fondo de saco de Douglas se detectan mejor cuando se realiza el examen clínico durante la menstruación. La exploración física de las adolescentes con endometriosis rara vez revela anormalidad, ya que la mayoría se encontrará en etapa temprana de la enfermedad.

Cuando existe sospecha de endometriosis profunda es esencial un examen pélvico que incluya exploración del tabique recto vaginal. La exploración física debe incluir una valoración para determinar la posición, tamaño y movilidad del útero cuando se encuentra fijo en retroversión puede causar adherencias severas.

Se recomienda realizar el examen físico durante la menstruación, incluyendo exploración bimanual, ya que de esta forma se permite una evaluación más completa para la identificación de nódulos y datos clínicos de endometriosis.

El diagnóstico definitivo sólo puede ser realizado mediante la evaluación histológica de las lesiones. Se recomienda realizar laparoscopia para establecer el diagnóstico de endometriosis. La ultrasonografía vaginal tiene un valor limitado en el diagnóstico de la endometriosis peritoneal, pero es una herramienta útil para la detección e identificación de endometriomas ováricos. Otra forma es la imagen por medio de resonancia magnética ya que se puede utilizar como herramienta de diagnóstico para endometriomas.

Se recomienda realizar ultrasonido vaginal como un estudio de gabinete cuando se sospecha de endometriosis. En caso de endometriomas con mayor a cuatro centímetros y de lesiones endometriósicas profundas, el diagnóstico histológico es necesario ya que se debe excluir la presencia de una lesión maligna.

Los Antiinflamatorios No Esteroideos pueden considerarse para el manejo de dolor pélvico en pacientes con dismenorrea. Se destaca que tienen efectos secundarios significativos, incluyendo ulcera gástrica y efecto anovulatorio, al ser ingeridos a la mitad del ciclo. Se recomienda su uso como medicamentos de primera línea para el manejo de pacientes con dismenorrea y dolor pélvico.

Se deben tomar en cuenta sus efectos secundarios las mujeres que no respondan al manejo con Antinflamatorios No Esteroideos requieren una referencia a segundo nivel de atención para continuar con el estudio diagnóstico. Todas las terapias disponibles para endometriosis pueden ser utilizadas en adolescentes, pero se deben considerar la edad del paciente y efectos de los medicamentos.

La supresión de la función ovárica por seis meses reduce el dolor asociado a la endometriosis. La investigación de fármacos hormonales, como anticonceptivos orales, danazol, gestrinona, acetato de medroxiprogesterona y agonistas de la Gonadotropina son igualmente efectivos, sólo difieren en los efectos secundarios y en sus costos.

La manipulación hormonal probablemente no afecta ningún mecanismo biológico primario responsable de la enfermedad, la recurrencia de los síntomas es común, posterior al tratamiento médico. Los anticonceptivos orales y las prostaglandinas pueden ser consideradas como medicamentos de primera elección en el tratamiento hormonal de la endometriosis.

En mujeres con hallazgos menores sugestivos de enfermedad leve, el uso de anticonceptivos hormonales combinados es efectivo para la reducción del dolor y no deben usarse si después de tres meses de tratamiento continua con el dolor pélvico.

Los inhibidores de la aromatasas, como el letrozol, pueden ser efectivos aunque se asocian a una disminución de la densidad mineral ósea de la paciente. Los anticonceptivos orales combinados idealmente administrados de forma continua deben ser considerados como tratamiento de primera línea para el manejo del dolor pélvico asociado a endometriosis. La supresión de la función ovárica con análogos de la hormona liberadora de Gonadotropina y Danazol durante tres a seis meses de tratamiento reduce el dolor pélvico asociado a la endometriosis.

El tratamiento con Danazol es efectivo para el alivio del dolor relacionado con la endometriosis sin embargo, su uso es limitado debido a sus efectos secundarios, tiene un impacto desfavorable en las concentraciones circulantes de lípidos. Se han establecido regímenes de bajas dosis de danazol o la administración vaginal debido al reporte de incremento en cáncer ovárico.

Los agonistas de la gonadotropina son completados con terapia hormonal desde el inicio del tratamiento para su uso a largo plazo. Un agonista de la gonadotropina con terapia hormonal de respaldo o el Dispositivo Intrauterino liberador de Levonorgestrel deben ser considerados como una opción terapéutica de segunda línea. La pérdida ósea varía de seis a quince por ciento a los seis meses de tratamiento con análogos de la gonadotropina, dependiendo de la dosis, vía de administración y tipo de análogo no tienen efectos adversos sobre triglicéridos o colesterol, comparados con el Danazol.

No hay evidencia de beneficio de antiprogestinas, comparado con Danazol. Los análogos de la gonadotropina mejoran significativamente la dismenorrea, comparado con gestrinona

aunque se encontró asociada con el incremento en sofocos no hay evidencias de beneficio con la administración de progestágenos de depósito sobre otros tratamientos. La administración de progestinas sola oral, intramuscular o subcutánea también puede ser considerada como primera línea de tratamiento.

El acetato de medroxiprogesterona cien miligramos por día es más efectivo para reducir el dolor pélvico crónico asociado a endometriosis después de doce meses de tratamiento

En mujeres con diagnóstico de endometriosis que son candidatas a Fertilización In Vitro, la supresión con agonistas de la gonadotropina más terapia hormonal de soporte por tres a seis meses antes de Fertilización In Vitro está asociada con incremento de la tasa de embarazo.

En los casos de endometriosis severa el tratamiento médico es insuficiente. Cuando el manejo médico ha fallado, el tratamiento quirúrgico definitivo es apropiado en quienes no desean fertilidad futura. La laparoscopia quirúrgica mejora el dolor pélvico asociado a endometriosis. El uso del dispositivo intrauterino disminuye la recurrencia del dolor pélvico asociado a endometriosis posterior al manejo quirúrgico.

No es posible concluir cual tipo de intervención quirúrgica es más efectiva para el manejo del dolor pélvico asociado a endometriosis como endoscópica con láser, escisión, ablación del nervio uterino y neurotomía presarca. La ablación de lesiones endometriósicas y laparoscópica del nervio uterino en enfermedad mínima a moderada reduce el dolor pélvico asociado a endometriosis por seis meses, aproximadamente, la ablación de la inervación por sí sola no reduce el dolor pélvico asociado a la endometriosis.

La recurrencia de dolor pélvico después del tratamiento quirúrgico se presenta en dos terceras partes de las pacientes, después de dos años de tratamiento.

La neurtomía presarca si tiene beneficio solamente para dolor en línea media. Este procedimiento está asociado con efectos secundarios post-operatorios potenciales, como constipación y disfunción urinaria. Pacientes con endometriosis a quienes se les realiza histerectomía total abdominal con preservación de ovarios tienen una probabilidad de recurrencia de dolor pélvico posterior a los cuatro años.

Hay información limitada que indica que la terapia hormonal con estrógenos puede estimular el crecimiento de tejido ovárico o endometrial residual posterior a la histerectomía y salpingo-ooforectomía bilateral si toda la enfermedad visible fue removida.

La terapia de remplazo hormonal es recomendada después de la ooforectomía bilateral en mujeres jóvenes, pero el régimen es incierto, añadir un progestágeno después de la histerectomía es innecesario, pero puede servir por su acción opositora al estrógeno en cualquier enfermedad residual. En caso de recurrencia de dolor posquirúrgico se debe iniciar tratamiento médico. La terapia hormonal con estrógenos no se encuentra contraindicada posterior a la histerectomía y salpingo-ooforectomía bilateral por endometriosis. Se debe realizar cistectomía ante la presencia de endometriomas mayor a tres centímetros en mujeres con dolor pélvico.

Los síntomas pueden recurrir incluso después de la histerectomía con salpingo-ooforectomía. La endometriosis puede recurrir hasta un quince por ciento de las mujeres con o sin terapia estrogénica. El sitio más común de recurrencia de las lesiones endometriósicas es el intestino. En pacientes que no desean embarazo, la terapia con anticonceptivos debe ser considerada después del tratamiento quirúrgico de endometriomas.

La histerectomía total abdominal con salpingo-ooforectomía bilateral más la escisión de implantes endometriósicos se recomienda solo en caso de recurrencia de dolor pélvico, falla en el tratamiento médico posquirúrgico y siempre que la paciente cuente con paridad satisfecha.

La decisión de realizar cirugía en mujeres con dolor y sospecha de endometriosis debe basarse en la exploración física, estudios de imagen y respuesta al tratamiento médico el papel de la laparoscopia diagnóstica es limitado. El hallazgo incidental de endometriosis durante la cirugía en mujeres asintomáticas no requiere ningún tratamiento médico o quirúrgico. La neurotomía presarca puede ser considerada como tratamiento adyuvante al manejo quirúrgico del dolor pélvico asociado a endometriosis.

La endometriosis en adolescentes con frecuencia se encuentra en etapas tempranas y atípicas. Los laparoscopistas deben buscar vesículas claras y lesiones rojas en adolescentes se debe considerar la biopsia de lesiones endometriósicas para confirmar el diagnóstico y descartar malignidad.

La ablación de las lesiones endometriósicas más adherenciolisis en endometriosis mínima a leve, es efectiva para mejorar la fertilidad, en comparación con sólo la realización de laparoscopia diagnóstica.

El tratamiento laparoscópico para endometriosis mínima o leve mejora las tasas de embarazo, independientemente de modalidad terapéutica. El efecto del tratamiento quirúrgico de la endometriosis profunda en la fertilidad es controversial, la escisión laparoscópica de endometriomas ováricos mayor a tres centímetros puede mejorar la fertilidad. La laparoscopia quirúrgica incrementa la probabilidad de embarazo.

En mujeres con endometriosis es mejor la escisión que la fulguración o drenaje para mejoría del dolor y disminución de la tasa de recurrencia. El papel de la cirugía para mejorar las tasas de embarazo en pacientes con endometriosis moderada a severa es incierto.

Ningún estudio muestra superioridad entre las diferentes modalidades de técnicas quirúrgicas escisión, endocoagulación, electrocauterización y vaporización con láser. La recurrencia de las lesiones endometriósicas es de diecinueve por ciento.

El tratamiento con danazol o con un agonista de la gonadotropina después de la cirugía no mejora la fertilidad, en comparación con el manejo expectante. Es el tratamiento de endometriomas con supresión hormonal pre y post-operatoria, no hay evidencia suficiente de que se asocien a beneficios significativos respecto de mejorar los resultados en dolor pélvico y fertilidad.

Se recomienda laparoscopia quirúrgica con ablación de lesiones endometriósicas y adherenciólisis en casos de infertilidad con presencia de endometriosis de mínima a moderada, ya que mejora la fertilidad. No se recomienda el uso de tratamiento médico previo a cirugía.

El manejo quirúrgico de la endometriosis relacionada con la infertilidad mejora las tasas de embarazo, pero su magnitud no está determinada. Se recomienda realizar tanto el diagnóstico como la remoción quirúrgica de las lesiones endometriósicas en un mismo procedimiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico de las mujeres con endometriosis profunda puede requerir cierto grado de experiencia y abordaje multidisciplinario.

La inseminación intrauterina con estimulación ovárica es eficaz en casos de infertilidad por endometriosis mínima y leve pero el papel de la inseminación intrauterina sin estimulantes es incierto.

La Fertilización In Vitro con transferencia de embriones es un tratamiento adecuado, especialmente si la función de las trompas se ve comprometida.

Esto es lo que dice la Secretaria de Salud en las Guías de Práctica Clínica del 2012 al 2015 en relación a la endometriosis y se visualiza cuáles fueron las diversas maneras de tratarla y así poder observar que existen una infinidad de autores que pueden abarcar los temas de la endometriosis pero cada uno con un enfoque diferente aunque con relación muy semejante. También se destaca como ha evolucionado la información de la endometriosis puesto que en la antigüedad la manera de diagnosticarla y tratarla ha ido cambiando con el paso de los años.

6.3 Objetivos

- 1) Orientar a las pacientes con endometriosis a cómo tratar dicha patología.
- 2) Informar a las pacientes con endometriosis para que conozcan cuales son los diferentes tipos de tratamiento médico y las que no la padezcan definir cuáles pudieran ser los signos y síntomas de la enfermedad y la forma de diagnosticarla.
- 3) Mejorar la calidad de vida en las mujeres de edad reproductiva que padezcan endometriosis o se sospeche de ello.
- 4) Proporcionar la información necesaria sobre la endometriosis a la mayoría de las usuarias que acudan al Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

6.4 Líneas de Intervención

1. Endometriosis en edad reproductiva.

- 1.1. Causas principales.
- 1.2. Signos y Síntomas.
- 1.3. Principales consecuencias.

2. Infertilidad.

- 2.1 Relación con Endometriosis.

3. Diagnóstico de Endometriosis.

- 3.1 Tipos.

4. Tratamiento.

- 4.1 Tratamiento Médico.
- 4.2 Tratamiento Paliativo.

5. Enfermería

- 5.1. Cuidados de Enfermería en Aspectos Físico.
- 5.2. Cuidados de Enfermería en Aspectos Emocionales.

6.5 Estrategia Metodológica

La propuesta se realizará en Morelia Michoacán en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el auditorio del mismo dirigido a las mujeres en edad reproductiva de quince a cuarenta años que padezcan o no endometriosis sin importar raza, cultura, religión y estado económico.

Esta propuesta se basa en comunicarles a las usuarias que acudan al Hospital de Nuestra Señora de la Salud toda la información posible acerca de la endometriosis por medio de impartición de charlas que sean dinámicas, veraces, claras y directas de una manera concreta que pueda ser capaz de transmitir información necesaria para la usuaria.

Se realizarán carteles llamativos y volantes para poder avisar acerca de las charlas que se llevarán a cabo en el auditorio del Hospital de Nuestra Señora de la Salud se repartirán folletos durante el tiempo establecido de un mes para que se cumpla el objetivo y sea más entendible para las usuarias, esto será realizado por las señoritas de las siguientes generaciones que serán supervisadas y apoyadas por el Ginecólogo Rafael Solís Hernández por ser uno de los médicos con mayor experiencia en casos sobre endometriosis.

Estas charlas podrán apoyarse en programas de Microsoft Office, proyectores y videos demostrativos se expondrán casos de endometriosis para que las asistentes conozcan desde un punto más real las diferentes formas en que puede ser manifestada la endometriosis y lo que pueda causar según su grado.

Una de las principales funciones de enfermería es prevenir, es por ello que esto se llevará a cabo bajo responsabilidad de las que acepten trabajar en la propuesta mencionada porque se necesita de gente interesada en apoyar el bienestar de las pacientes, responsables, respetuosas, que puedan trabajar en equipo, líderes, entusiastas y con interés sobre el mismo.

La paciente con endometriosis podrá visualizar cuáles son las principales consecuencias de la enfermedad, así como se podrá informar que está entre en la tercera causa de infertilidad siendo una de las consecuencias más importantes y graves de la endometriosis la usuaria que tenga riesgo de padecerla sabrá cuales son las mejores formas de diagnosticarla de una manera eficaz y segura por lo que la ciencia junto con las nuevas tecnologías nos lo permiten en la actualidad así como también se podrán obtener tratamientos paliativos antes de usar los tratamientos drásticos como una histerectomía.

Se pretende que los temas a exponer sean claros, breves, explicativos y entendibles ya que la población será de las edades de quince a cuarenta años por lo que lleva a diferentes formas de pensar y diferentes intereses de cada una de ellas.

Se recomienda pedir apoyo al servicio de epidemiología para comparar los datos de incidencia de la endometriosis antes de la propuesta, durante el tiempo que se realice y al terminar, vigilando las consultas de las pacientes que se les diagnostique endometriosis y las usuarias que no la presenten esto demostrara un grado máximo de interés a las pláticas y a la salud de la paciente.

6.6 Evaluación

La evaluación es la determinación sistemática del mérito, el valor y el significado de algo o alguien en función de unos criterios respecto a un conjunto de normas.

La presente propuesta se evaluará por la usuarias que asistirán a las charlas dado que son las mejores jueces para hacerlo esto se llevará a cabo mediante un cuestionario que será contestado por las participantes al finalizar la propuesta y se realiza una lista de cotejo para que quien lleva a cabo la propuesta pueda expresar como la considera y con esto se valla modificando para un mejor uso para el profesional de enfermería y beneficio de la paciente.

Se pretende evaluar la propuesta para saber la importancia y significatividad de la información de la endometriosis para las usuarias del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

CONCLUSIONES

A lo largo de la investigación documental de la endometriosis se mostró anteriormente que se tenían otras teorías de cuáles eran las causas de dicha patología como posesiones diabólicas de igual manera como han avanzado las técnicas de diagnóstico y de tratamiento porque anteriormente los métodos eran muy agresivos para la paciente.

Algunos de los objetivos establecidos como orientar a las pacientes con endometriosis y mejorar su calidad de vida no se pueden considerar logrados porque se requiere de tiempo para realizar la propuesta por lo que se quedan paralizados para que las señoritas de la siguiente generación puedan abarcar estos objetivos porque es de suma importancia que la mujer conozca las enfermedades ginecológicas como es una ellas la endometriosis para evitar complicaciones como la infertilidad esperando que las pláticas sean de importancia para las usuarias del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Se pretende infundir la investigación para que las hipótesis puedan cumplirse como se espera y reducir problemas que afecten la vida de la mujer en edad reproductiva.

La propuesta que se comparte es porque todas debemos de estar enteradas de lo que puede llegar a sucederle a nuestro cuerpo para esto se tendrá que trabajar en equipo, con responsabilidad, respeto, veracidad y confidencialidad para poder aplicarlo de una manera correcta a las usuarias.

Considero que estas investigaciones deben de realizarse desde inicio del cuarto año del ciclo escolar ya que se necesita demasiado tiempo para poder realizar una investigación

documental y se pueda lograr los objetivos deseados por la alumna porque existen muchos inconvenientes para realizarlo en tan poco tiempo como falta de material didáctico en la escuela porque la biblioteca cuenta con muchos libros pero pocos de información nueva o modificada y esto atrasa de una forma importante la investigación.

Otro retraso es la red inalámbrica de internet porque no tenemos el acceso suficiente para poder trabajar en la escuela durante las horas programadas para esta investigación.

Durante la investigación no solo hubo retrasos para realizarla sino que también existieron muchas aportaciones que ayudaron a brindar bases para fortalecer la investigación y darle un buen seguimiento como ayuda de maestros y doctores.

La investigación fue muy importante para mí ya que me permitió obtener conocimientos que desconocía y ahora los comprendo.

Me quedo con mucha satisfacción dado que es un trabajo de investigación bien fundamentado y muy veraz ya que se trató de elegir los mejores puntos de vista de diferentes autores para ampliar la investigación a diferentes niveles científicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Sitios Web:

[Http://infoendometriosis.jimdo.com/historia de la endometriosis.](http://infoendometriosis.jimdo.com/historia%20de%20la%20endometriosis)

[http://www.fm.unt.edu.ar/carreras/webenfermeria/documentos/Enfermeria_Quirurgica_Modulo pdf.](http://www.fm.unt.edu.ar/carreras/webenfermeria/documentos/Enfermeria_Quirurgica_Modulo_pdf)

Documentales:

A, Favez. (1984) **Endometriosis: estadio y manejo**. Estrada, p.p 90-102.

Abrao, M. (2007). **Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis**. Italia: Milan, p.p 298-307.

Alfaro, R. (1995) **Aplicación del proceso de enfermería**. Barcelona: Doyma, p.p 234-250.

Al-Jefout M, Dezarnaulds G, (2009) **Diagnosis of endometriosis by detection of nerve fibers in an endometrial biopsy**. Olivarez-Gil, L. & V. Fuentes. Raloxifene and endometriosis. Fertil Steril, p.p 396-456.

Allen, C. (2009) **Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis** Cochrane, Database, p. 89.

Ametzazurra, A. Matorras R, (2009) **Endometrial fluid is a specific and non-invasive biological sample for protein biomarker identification in endometriosis**. Pearson-prentice Hall p.p 765-768.

- Anpalagan, A. (2008) **Is there a role for use of Levonorgestrel intrauterine system in women with chronic pelvic pain** *J Minim Invasive Gynecol.* Londres Routledge p.p 663.
- Antonio, J. (2013). **Ginecología, guía actualizada para la práctica clínica.**
- Apostolidis, S. (2009) **Paramythiotis D, Harlaftis N. Inguinal endometriosis.** Addisonwesley Publishing p.p 560-563.
- Aslam N, Harrison G,(2009) **Visceral hyperalgesia in chronic pelvic pain.** McGraw Hill 18.
- Audebert, A. (1998) **Pre or postoperative medical treatment with Nafarelin in stage III–IV endometriosis.** A French multicenter study. *Eur. J. Obstet. Gynecology* p.p 303-316.
- Augoulea, A. (2008) **Thoracic endometriosis syndrome Respiration.** Houghton Mifflin p.p 306-309.
- Breen, James. (2010) **Diagnósticos diferenciales en patología ginecológica I** Editor general Centro Nacional de Excelencia en tecnología en Salud p.p 9-38.
- Breen, James.(2010) **Diagnósticos diferenciales en patología ginecológica I I** Editor general. Centro Nacional de Excelencia en tecnología en Salud p.p 67-89.
- Bulechek, G (2009) **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).** 5ª ed. Editorial Elsevier Mosby, p.p. 567-592.
- Carmona, F. (2009). **Does the learning curve of conservative laparoscopic surgery in women with rectovaginal endometriosis impair the recurrence.** *The Jonhns Hopkins Unoversity* p.p 1204-1217.
- Droegemueller, W. (2001) **Endometriosis and adenomyosis.** Mosby, p.p 222-250.

González, F. (2007) **Estudio y tratamiento de la pareja estéril. Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad** Longmans, Green & Co p.p 89-92.

Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el sistema nacional de salud.

Louns, P. (2013) **Manual de enfermería quirúrgica**. Swearingen sexta edición, p.p 125-127.

Monografía de endometriosis. (2012) Visannette Bayer p.p 45-56.

Vercellini, P. (2009) **Medical treatment for rectovaginal endometriosis**. Peniel p.p 206-228.

Zamudio, A. (2014) libreta semestral de Obstetricia I.

ANEXOS



Anexo 1: Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo Semestre

“Seminario de Tesis”

Licenciada en Enfermería y Obstetricia

(Cuestionario)

Objetivo: Conocer la importancia y utilidad que se tiene de la información brindada de la endometriosis.

Instrucciones: Conteste por favor con una X la respuesta que le parezca más conveniente de acuerdo a la información que se le ha proporcionado.

1.- ¿Queda claro que es la endometriosis para usted?

Sí ()

No ()

2 -Cree usted que pueda identificar ¿Cuáles son los principales signos y síntomas de la endometriosis en la mujer en edad reproductiva?

Si ()

No ()

Tal vez ()

3.- ¿Cree que la endometriosis se involucra en la infertilidad según lo explicado?

Si ()

Un poco ()

Nada ()

4.- ¿Considera que con la información proporcionada durante las charlas usted pueda ayudar a una familiar, amiga o conocida a detectar la triada de los signos y síntomas (dispareunía, dismenorrea e infertilidad) de la endometriosis?

Si ()

Tal vez ()

No todos ()

Ninguno ()

5.- ¿Considera que la enfermera puede ayudar de manera significativa en la vida de la paciente con endometriosis?

Sí ()

No ()

¿Por qué? _____

“GRACIAS POR SU TIEMPO”



Anexo 2: Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo Semestre

“Seminario de Tesis”

Licenciada en Enfermería y Obstetricia

(Lista de Cotejo)

Objetivo: Mejorar la calidad de la forma en que se transmita la información de acuerdo al nivel académico y según sea la población, para que se maneje de una forma profesional para su beneficio.

Instrucciones: Conteste por favor con una X la respuesta que le parezca más conveniente.

INTERROGANTE	SI	NO	INDIFERENTE
1.- ¿Considera interesante la propuesta?			
2.- ¿Cree que la metodología es adecuada para llevar a cabo la propuesta?			
3.- ¿Las charlas le parecen una forma didáctica de impartir la información?			
4.- ¿Le parece conveniente llamar la atención de las usuarias previo a las charlas con folletos, carteles y volantes?			
5.- ¿Cree usted que ha quedado clara la información brindada sobre la endometriosis?			
6.- ¿Considera que se deben modificar aspectos sobre la propuesta?			
7.- ¿Cree conveniente la presencia de un ginecólogo en las charlas?			
8.- ¿Considera que la redacción de la investigación para la propuesta es comprendida?			
9.- ¿Considera que las interrogantes para la evaluación de la población sean las adecuadas para obtener los resultados necesarios para calificar la propuesta?			
10.- ¿Durante las charlas las oyentes demostraron interés?			

“GRACIAS POR SU TIEMPO”