

TRABAJO FIN DE GRADO



Manejo del dolor en mujeres con endometriosis. Atención de enfermería

Pain management in women with endometriosis.
Nursing care

Revisión narrativa

GRADO EN ENFERMERÍA

Autora: M^a Carmen Luengo Vega

Tutora: Eva García Perea

Mayo 2017



Facultad
de Medicina

Sección Departamental de Enfermería

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, cabe mostrar mi agradecimiento a mi tutora Eva, por haberme orientado en la realización de este trabajo, por su confianza en mí y por haberse mostrado siempre dispuesta a ayudarme durante la elaboración del mismo.

También agradezco al personal de la biblioteca el haber proporcionado cursos de formación para la búsqueda en bases de datos, pues me han resultado muy útiles.

Mi más sincera gratitud a mi familia, por su infinita paciencia y su apoyo incondicional durante estos meses.

Por último, mi agradecimiento a mis grandes amigas, especialmente a Juncal, por su apoyo, ayuda y comprensión durante todo este tiempo y por haber sido para mí una fuente de desahogo.

RESUMEN

Objetivo: analizar el impacto de la calidad de vida que produce el dolor en la endometriosis y la función de los profesionales de enfermería en el manejo del mismo.

Método: se ha realizado una revisión narrativa con búsquedas en las bases de datos Pubmed, Cinahl, PsycInfo, Cuiden y Scielo. Se han seleccionado 24 artículos y se ha completado la revisión con una Guía de Práctica Clínica y un libro.

Resultados: se han desarrollado las diferentes alternativas terapéuticas para el dolor relacionado con la endometriosis. Seguidamente, se ha analizado el impacto en la calidad de vida según las diferentes esferas de la misma. Finalmente se ha desarrollado la evidencia encontrada sobre la función de enfermería en el manejo del dolor en pacientes con endometriosis.

Discusión y conclusiones: los fármacos analgésicos y las terapias hormonales son los tratamientos de primera línea para el dolor, aunque su eficacia a largo plazo es dudosa y sus efectos adversos así como su coste suelen limitar su uso. Las técnicas intervencionistas y los hábitos saludables contribuyen a la mejora de los síntomas. Las principales manifestaciones (dolor pélvico crónico, dismenorrea y dispareunia) suponen consecuencias negativas en la vida social, laboral, familiar, sexual y emocional, mostrándose comorbilidad con psicopatologías como la depresión y la ansiedad. Los profesionales de enfermería deben contribuir al manejo de esta enfermedad mediante la valoración integral de la paciente y su dolor, la promoción y educación para la salud y la proporción de grupos de apoyo. Se ha detectado la necesidad de mayor investigación sobre el abordaje de esta patología desde la perspectiva enfermera, tanto en España como en el resto de países a nivel mundial.

Palabras clave: Endometriosis, Dolor, Enfermería, Calidad de vida, Tratamiento.

ABSTRACT

Objective: to analyze the impact of quality of life that pain produces in endometriosis and the role of nursing professionals in its management.

Method: it has been carried out a narrative review in the databases Pubmed, Cinahl, PsycInfo, Cuiden and Scielo. Twenty-four articles have been selected, and the review has been completed with a Clinical Practice Guide and a book.

Results: different therapeutic alternatives for pain related to endometriosis have been developed. Next, the impact on the quality of life has been analyzed according to the different spheres of the same. Finally, it has been developed the evidence on the role of nursing in management of pain in patients with endometriosis.

Discussion and conclusions: Analgesic drugs and hormonal therapies are the first-line treatments for pain, although their long-term efficacy is doubtful and their adverse effects as well as its cost usually limit its use. Interventional techniques and healthy habits contribute to the improvement of symptoms. The main manifestations (chronic pelvic pain, dysmenorrhea and dyspareunia) have negative consequences in social, work, family, sexual and emotional life, showing comorbidity with psychopathologies such as depression and anxiety. Nursing professionals should contribute to the management of this disease through comprehensive assessment of the patient and his pain, health promotion and education, and the proportion of supporting groups. It has been detected the need for further research on the approach of this pathology from the perspective of nursing, both in Spain and other countries worldwide.

Key words: Endometriosis, Pain, Nursing, Quality of life, Treatment.

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS..... | 16 |
| METODOLOGÍA..... | 18 |
| RESULTADOS | 23 |
| 1. Tratamiento médico, quirúrgico y combinado | 23 |
| 2. Otras alternativas terapéuticas | 26 |
| 3. Impacto sobre la calidad de vida que provoca el dolor en la endometriosis | 28 |
| 4. Función de los profesionales de enfermería en el manejo del dolor asociado con la endometriosis | 30 |
| LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN | 36 |
| CONCLUSIONES..... | 37 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 38 |
| ANEXO I. CUESTIONARIO EHP-30 | 42 |
| ANEXO II. RESULTADOS | 46 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Clasificación de la endometriosis según la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva..... | 11 |
| Tabla 2. Principales síntomas de la endometriosis | 12 |
| Tabla 3. Resumen del número de artículos seleccionados | 19 |
| Tabla 4. Búsqueda de artículos en la base de datos Pubmed..... | 20 |
| Tabla 5. Búsqueda de artículos en la base de datos Cinahl | 21 |
| Tabla 6. Búsqueda de artículos en la base de datos PsycInfo | 21 |
| Tabla 7. Búsqueda de artículos en la base de datos Cuiden Plus | 22 |
| Tabla 8. Búsqueda de artículos en la base de datos Scielo..... | 22 |
| Tabla 9. Plan de Cuidados Estandarizado elaborado por la AEC. | 33 |

INTRODUCCIÓN

La endometriosis fue descrita por primera vez en 1690 por Daniel Shroen, un médico alemán, como “úlceras” y adherencias diseminadas por el abdomen que aparecían sólo en mujeres en edad reproductiva (1). En 1885 el patólogo alemán Frederich Daniel von Recklinghausen hizo la primera mención con el término de endometriosis, mientras que la primera descripción patológica la hizo el anatomopatólogo checo Kart Freiherr von Rokitansky. Ya en 1921, John Albertson Sampson, médico norteamericano, comenzó a divulgar una serie de publicaciones sobre la enfermedad, y en los años posteriores desarrolló la teoría de la “menstruación retrógrada”, reconociéndola como la causa más probable de la endometriosis. Tras esta teoría, se abrió un debate que todavía persiste en la actualidad sobre la principal causa de la enfermedad. (2)

La endometriosis se define como una enfermedad ginecológica benigna caracterizada por la implantación y el crecimiento de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera del útero, siendo las localizaciones más frecuentes el peritoneo pélvico, los ovarios y el tabique recto-vaginal, aunque pueden encontrarse lesiones en otras partes como el intestino y la vejiga, y fuera de la cavidad pélvica, como en los pulmones y el cerebro. Se trata de una enfermedad crónica, inflamatoria y estrógeno-dependiente, presentándose sangrado y desprendimiento del tejido durante la menstruación. (3-5)

Incidencia y prevalencia de la endometriosis

Esta enfermedad es una de las causas más comunes de dolor pélvico e infertilidad en mujeres en edad reproductiva, en todos los aspectos étnicos y socioeconómicos. La evidencia más actual coincide en que afecta aproximadamente al 7-10% de mujeres en la población general, con un pico de incidencia en el rango de edad de 25-30 años (4-6). Si se considera sólo a mujeres en edad fértil que presenten problemas de infertilidad o dolor pélvico crónico, esta proporción asciende al 30-50%. Considerando los distintos tipos de endometriosis, más del 90% de los casos diagnosticados se corresponden con endometriosis superficial. (3,4)

No obstante, resulta muy difícil estimar la incidencia real de esta patología puesto que el diagnóstico de certeza de la misma sólo es posible mediante la técnica

laparoscópica, dejando fuera del estudio, por ejemplo, a pacientes con endometriosis no confirmada. (3)

Por su parte, la prevalencia de la endometriosis en grupos seleccionados de mujeres es muy variable, habiendo sido mejor estudiada en aquellas que han sido sometidas a laparoscopia. Dentro de este colectivo, se han clasificado a las afectadas en 3 grupos para estimar la prevalencia (3):

- Mujeres sometidas a laparoscopia por infertilidad: presentan una media de prevalencia de un 26%.
- Mujeres sometidas a laparoscopia por dolor pélvico: media de un 18%.
- Mujeres sometidas a esterilización tubárica por laparoscopia: media de un 6%.

Etiología, factores de riesgo y comorbilidades

El ámbito etiológico de esta enfermedad sigue siendo incierto. Las investigaciones recientes sugieren varias teorías para explicar la patogénesis de la misma, pero la más ampliamente aceptada es la teoría de la menstruación retrógrada (5), propuesta, como se ha mencionado anteriormente, en la década de 1920 por Sampson. Consiste en el reflujo de fragmentos de endometrio durante la menstruación a través de las trompas de Falopio, entrando en la cavidad peritoneal (4,5). Esta teoría se apoya en el hecho de que las zonas más comúnmente afectadas son las más cercanas a las trompas de Falopio. Además, la endometriosis se ha relacionado con las anomalías obstructivas del aparato reproductor femenino que aumentan el flujo retrógrado. (7,8)

No obstante, la menstruación retrógrada se observa aproximadamente en el 90% de todas las mujeres, con o sin endometriosis (3)(8). De igual modo, también se ha encontrado tejido endometrial fuera del útero en chicas pre-menárquicas sin obstrucciones anormales del tracto reproductivo, lo cual apoya la hipótesis de que una única suposición etiológica de endometriosis no es suficiente (5). Por ello, los defensores de la teoría de la menstruación retrógrada están intentando justificar esta discrepancia con la propensión a la implantación mediante factores hereditarios y/o la depuración inmune defectuosa del endometrio desgarrado. (4)

Los factores de riesgo tales como marcadores genéticos, menarquia temprana, menopausia tardía, nuliparidad, ciclos menstruales inferiores a 28 días, mayor volumen

de sangrado menstrual y duración de la menstruación superior a una semana, hacen a las mujeres propensas a la endometriosis dada la alta exposición a tejido endometrial y estrógeno durante la menstruación, y son los que se sostienen sobre una evidencia más sólida (3)(5,6)(9). Además de estos, Parazzini y colaboradores tratan de explicar otros factores más complejos, como son el estatus socioeconómico, el uso de anticonceptivos orales combinados, el peso y la distribución de grasa corporal periférica, el consumo de alcohol y cafeína, rasgos pigmentarios y exposición a dioxinas. (6)

Así mismo, se ha sugerido que la endometriosis está vinculada con otras condiciones patológicas (6):

- Enfermedades gastrointestinales: los síntomas gastrointestinales y el síndrome de colon irritable son más comunes en mujeres con endometriosis que en la población general.
- Enfermedades autoinmunes: se ha evidenciado que existe asociación entre endometriosis y artritis reumatoide y psoriasis, apoyando el hecho de que las causas de la endometriosis incluyen factores inmunológicos.
- Enfermedades cardiovasculares: las mujeres con endometriosis presentan un riesgo 1.4-1.6 veces mayor de IAM/enfermedad coronaria. Hay varias explicaciones para esta asociación, entre ellas los tratamientos para esta patología tales como la terapia hormonal, la histerectomía o la ooforectomía, ya que son factores potenciales de enfermedad cardiovascular.

En las publicaciones revisadas, se han encontrado discrepancias en cuanto al riesgo de malignidad de la endometriosis. Partiendo de la base de que es una enfermedad considerada benigna, algunas revisiones sostienen que la malignidad es una complicación rara, mientras que otras revisiones y estudios más recientes plantean que está fuertemente asociada con el aumento del riesgo de cáncer de ovario. (3)(5)(7)(10)

Clasificación de la endometriosis

Haciendo referencia a la clasificación de la enfermedad, existen tres formas básicas de presentación de la misma (3):

- Endometriosis peritoneal superficial (tipo I): se caracteriza por presentar lesiones superficiales negras en los ovarios o en la serosa peritoneal, y más

atípicamente puede presentar lesiones rojas (petequiales o hemorrágicas), vesiculares o blancas (áreas de fibrosis o cicatrización).

- Endometriosis ovárica (tipo II): es frecuente en forma de quistes (endometriomas) que contienen un fluido espeso y marrón que suelen formar adherencias con el peritoneo de la fosa ovárica, las trompas y el intestino.
- Endometriosis profunda (tipo III): los focos de la enfermedad forman nódulos que infiltran más de 5 mm el peritoneo y afectan a los ligamentos útero-sacos, al fondo de saco de Douglas y al tabique recto-vaginal, pudiendo causar daños renales irreversibles y/u obstrucciones intestinales graves.

En contraste con lo anterior, el sistema de clasificación más utilizado actualmente es el de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (1996). En la tabla 1 se detallan los estadios definidos por la misma. (3)(8)

| ESTADIOS ENDOMETRIOSIS | | | | |
|--|---------------------------|-----------------|---|---|
| | I - Mínima | II -Leve | III-Moderada | IV - Severa |
| Implantes peritoneales | Aislados y superficiales. | Profundos. | Superficiales o profundos. Múltiples | Superficiales y profundos. Múltiples |
| Adherencias ováricas | Membranosas | Membranosas | Membranosas | Densas |
| Adherencias en trompas de Falopio | No | No | Densas | Densas |
| Saco de Douglas | Sin afectación | Sin afectación | Obstrucción parcial | Obstrucción completa |

Tabla 1. Clasificación de la endometriosis según la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva. Tabla de elaboración propia.

A pesar de ser la más utilizada y pudiendo resultar útil en el manejo y pronóstico de la infertilidad asociada a la endometriosis, esta última clasificación no correlaciona el estadio con el tipo y/o severidad de los síntomas asociados al dolor y su pronóstico, haciendo difícil establecer un tratamiento adecuado. (3)(5)

Signos y síntomas de la endometriosis

Con respecto a la sintomatología de la enfermedad, entre un 15-30% de mujeres con endometriosis son asintomáticas. En los casos sintomáticos, las manifestaciones son diversas y muy variables en cuanto a severidad e impacto en el bienestar físico, mental y social. En la tabla 2 se detallan aquellas más relevantes. (3)(5)(7)(9)(11)

| | Síntomas ginecológicos | Síntomas no ginecológicos |
|-----------------------------|--|--|
| Síntomas más comunes | Dismenorrea Dispareunia Infertilidad | Dolor pélvico crónico (> 6 meses) Disquecia Disuria Dolor lumbar Dolor abdominal Síntomas gastrointestinales (hinchazón, estreñimiento, náuseas) Dolor irradiado en muslos |
| Otros síntomas | Menorragia Metrorragia | Rectorragia Hematuria Dolor pleural Dificultad de vaciado vesical |

Tabla 2. Principales síntomas de la endometriosis. *Tabla de elaboración propia*

Uno de los síntomas más importantes de la enfermedad es el dolor. La dismenorrea, la dispareunia y el dolor pélvico crónico (DPC) son manifestaciones que suelen permanecer después del tratamiento, siendo el dolor pélvico crónico el motivo más común por el que estas pacientes solicitan atención médica. Este último tipo de dolor tiende a aumentar en intensidad antes de la menstruación y disminuye tras el cese de la misma, pero también puede no ser cíclico. También es preciso señalar que las mujeres tienen una mayor prevalencia de DPC que los hombres y que existe una fuerte asociación entre endometriosis y DPC. Por otro lado, esta enfermedad implica todos los tipos de dolor existentes desde el punto de vista fisiopatológico (nociceptivo, neuropático e inflamatorio). (3)(5)(12,13)

Así mismo, se considera oportuno mencionar los resultados de un estudio realizado por Nunes y colaboradores, los cuales apuntan a que el umbral del dolor es significativamente más bajo en las mujeres con endometriosis comparado con aquellas que no sufren la enfermedad, existiendo además correlación del mismo con la calidad del sueño. (14)

Por otro lado, se han alcanzado los hallazgos de que la intensidad del dolor no se correlaciona con la extensión o estadio de la enfermedad, excepto en el caso de la endometriosis profunda o infiltrante, en la que sí se asocia a la profundidad de penetración de las lesiones. (3)

Con respecto a otro tipo de manifestaciones, se ha evidenciado que los síntomas gastrointestinales son casi tan comunes como los ginecológicos en las mujeres con endometriosis, siendo entre ellos el más habitual la hinchazón, y no necesariamente implican afectación intestinal. (11)

Diagnóstico y tratamiento de la endometriosis

Es difícil establecer el diagnóstico de esta patología únicamente en base a los síntomas, ya que la presentación de la misma varía mucho entre las afectadas, y existe un solapamiento con otras entidades como el síndrome del colon irritable, enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y otras enfermedades ginecológicas. (3)

Como se ha mencionado anteriormente, la única herramienta de diagnóstico que puede excluir y detectar la endometriosis con precisión es la laparoscopia, permitiendo visualizar la localización, el tamaño y el grado de las lesiones endometriales, pudiendo determinar con esta información las opciones de tratamiento. Además de la laparoscopia, también es precisa la biopsia para confirmar dicho diagnóstico. (5)(9)(15)

Por tanto, dada la dificultad de establecer el juicio clínico en base a los síntomas sumada a la necesidad de un diagnóstico quirúrgico, las publicaciones revisadas coinciden en que se trata de una enfermedad con un retraso de varios años en su diagnóstico definitivo, estimándose una media de demora de 8 años. (3)(4)(9)

En cuanto al tratamiento de la endometriosis, los objetivos terapéuticos básicos son (3):

- Suprimir los síntomas (dolor pélvico).
- Restaurar la fertilidad.
- Eliminar la endometriosis visible.
- Evitar la progresión de la enfermedad.

Hoy en día no existe ningún tratamiento capaz de lograr estos cuatro objetivos. Mientras tanto, las opciones actualmente disponibles son (3)(5)(7)(16):

- Tratamiento médico: la primera opción terapéutica incluye antiinflamatorios no esteroideos, anticonceptivos orales combinados y progestágenos. Si la primera línea de tratamiento falla o no es efectiva, se pasa a la segunda opción, compuesta por análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (a-GnRH), los cuales crean una “pseudomenopausia”; y andrógenos como Danazol (Danatrol®). Esta segunda alternativa de tratamiento constituye una serie de efectos secundarios significativos y un alto coste económico, limitando su uso un máximo de 6 meses. Sin embargo, existe alta probabilidad de reaparición de los síntomas tras interrumpir el tratamiento.
- Tratamiento quirúrgico: está indicado cuando los síntomas afectan a la calidad de vida de la paciente, y su finalidad es optimizar la eliminación y el tratamiento de las lesiones visibles, el restablecimiento de la anatomía, la preservación de la función y la prevención de adherencias. Incluye la escisión o ablación de las lesiones endometriales con o sin ablación laparoscópica del nervio útero-sacro (LUNA, *laparoscopic uterine nerve ablation* por sus siglas en inglés), dependiendo de la severidad de la enfermedad; neurectomía presacra y cirugía radical, que comprende histerectomía con salpinguectomía bilateral y ooforectomía, válida para pacientes sin planes de embarazo futuro.

La elección del tratamiento ha de ser individualizada, dependiendo de la presentación de la enfermedad (severidad de los síntomas, estadio de la enfermedad) así como del deseo de concebir o no de la mujer. (5)

De igual modo, la evidencia encontrada sobre el tratamiento de la endometriosis sostiene que no hay suficientes datos para llegar a conclusiones definitivas en cuanto a la superioridad de un tratamiento con respecto a otro de los anteriormente mencionados, sobre todo para prevenir recidivas. (3)(17)

Calidad de vida en las mujeres con endometriosis

Con referencia a la calidad de vida de estas pacientes, al igual que en el caso de otras enfermedades crónicas, ésta se ve afectada por los síntomas que caracterizan la endometriosis (dependiendo de la severidad de los mismos), pudiendo sufrir además repercusiones psicológicas, familiares, sociales, laborales y sexuales. (3)

En cuanto al impacto psicológico que supone, los casos de endometriosis con síntomas severos presentan una morbilidad psicológica elevada, fundamentalmente la depresión, que se correlaciona con la presencia de dolor pélvico crónico, y la ansiedad. (3)

Las relaciones sociales y laborales también se ven afectadas por la enfermedad, pues los síntomas favorecen la reducción de actividades sociales y en muchas ocasiones son incapacitantes. Además, al ser síntomas inespecíficos y considerados propios del ciclo menstrual, producen sentimientos de incompreensión y miedo al rechazo entre las afectadas. (18)

El impacto sexual también ha de ser considerado, puesto que la dispareunia supone una limitación para alcanzar una vida sexual plena, pudiendo afectar a la autoestima y a las relaciones de pareja. (3)

Por su parte, la presencia de dolor crónico altera la autopercepción de la salud y el sentimiento de bienestar, dando lugar a críticas y atribuciones negativas de estas mujeres sobre sí mismas. (3)(18)

Todo estos estos datos han llevado a plantearse el abordaje multidisciplinar mediante estrategias orientadas a reducir el estrés y al desarrollo de mecanismos de afrontamiento adaptativo. Para ello, varios autores recomiendan usar escalas de medición de la calidad de vida, resultando de gran utilidad para evaluar la eficacia terapéutica. Entre ellas, existen cuestionarios genéricos relacionados con las enfermedades crónicas, por ejemplo el SF-36 (*Medical Outcomes Study Short Form-*

36), y otros específicos para mujeres con endometriosis, como el EHP-30 (*Endometriosis Health Profile-30*) (3). Este último se encuentra desarrollado en el Anexo I.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La endometriosis ocasiona una morbilidad significativa en las mujeres en edad reproductiva, con el consiguiente deterioro de la calidad de vida. (3)(19)

Una implicación a destacar que conlleva esta enfermedad, es que algunos de sus síntomas son atribuidos a la naturaleza de “ser mujer” y no son reconocidos fuera de lo ordinario. Por esta razón, algunos de ellos pueden ser subestimados, como el dolor, los calambres abdominales, las menstruaciones abundantes, los cambios en los hábitos intestinales o la irritabilidad. Así, se puede interpretar que una mujer es “quejica” por “simples dolores de regla”. De igual modo, la dificultad del manejo de este tipo de sintomatología por parte de los profesionales, puede hacer posible que se etiquete a estas pacientes de “incómodas” o “pesadas”. (13)(20)

Por otra parte, los síntomas de la endometriosis son susceptibles de conducir a la depresión y el mal humor, pudiendo derivar en un aislamiento social. En cuanto a la vida laboral, las manifestaciones de esta enfermedad conducen al absentismo o a la incapacidad para trabajar durante varias horas; pero, a su vez, la necesidad de pedir una baja médica junto con la falta de comprensión por parte del equipo de trabajo, pueden dar lugar a sentimientos de culpabilidad. Se puede observar, por tanto, que esta enfermedad acarrea un círculo vicioso que conduce a un deterioro en las diferentes esferas de la vida de las afectadas. (18)

Conforme a todos estos datos, los profesionales de enfermería pueden desempeñar un rol importante a la hora de mitigar el impacto que supone el dolor crónico en la vida de estas mujeres, mediante la inversión del tiempo necesario para manejar con ellas diversas cuestiones sobre la enfermedad junto con estrategias para el control de la misma. (18)

Por todo ello, se puede plantear el manejo del dolor de esta patología desde la perspectiva enfermera en base al seguimiento y educación para la salud, pudiendo asesorar a las mujeres afectadas en el manejo y adaptación a su enfermedad.

Por consiguiente, el objetivo general de esta revisión es analizar la función de los profesionales de enfermería en el manejo del dolor asociado con la endometriosis.

Como objetivos específicos se plantean:

- Identificar los tratamientos disponibles para hacer frente al dolor en la endometriosis.
- Analizar el impacto de la calidad de vida que puede ocasionar el dolor relacionado con la endometriosis.
- Describir las intervenciones de enfermería con respecto al manejo del dolor en mujeres con endometriosis.

METODOLOGÍA

Para analizar el marco teórico del tema se utilizó la Guía de Atención a las Mujeres con Endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Cinahl y Cuiden Plus, con diferentes términos y combinaciones: *Endometriosis, Pain, Chronic pelvic pain, Pain management, Nursing, Treatment, Epidemiology*. En el caso de la base de datos Cuiden Plus, se utilizaron los términos en español *Endometriosis, Enfermería*.

Con la finalidad de seleccionar los artículos pertinentes a la revisión del tema, se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, Cinahl, PsycInfo, Cuiden Plus y Scielo.

Los criterios de inclusión establecidos fueron:

- Artículos que trataran sobre la endometriosis en mujeres en edad fértil.
- Artículos que hicieran referencia al manejo del dolor en la endometriosis.
- Artículos que trataran sobre la labor enfermera en el manejo de la endometriosis.
- Artículos publicados en inglés y en español.

Por su parte, los criterios de exclusión que se determinaron fueron:

- Artículos que únicamente consideraran la endometriosis en adolescentes y/o mujeres post-menopáusicas.
- Artículos que consideraran solamente la infertilidad relacionada con la endometriosis.
- Artículos que hicieran referencia únicamente a la endometriosis desarrollada fuera del aparato reproductor.

Para la sentencia de búsqueda, se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “OR”, este último con el objetivo de incluir artículos que contuvieran los términos *Pain, Chronic Pain, Pelvic Pain, Pain management* o *Chronic Pelvic Pain*. También se utilizó la estrategia de truncamiento (*) para abarcar todas las palabras relacionadas con enfermería (*nurs**).

En las bases de datos Pubmed y Cinahl se llevaron a cabo búsquedas con lenguaje controlado, mientras que en PsycInfo, Cuiden y Scielo se utilizó lenguaje libre. En el caso de la base de datos PsycInfo se hicieron búsquedas con términos libres ya que el término principal *Endometriosis* no se encontraba en el tesauro.

Los límites establecidos fueron la edad comprendida entre 19-44 años, es decir, mujeres en edad reproductiva excluyendo a mujeres adolescentes y post-menopáusicas; y el tiempo, incluyendo artículos comprendidos en los 10 últimos años, ya que limitando la búsqueda a 5 años de antigüedad se excluían muchos artículos relevantes y cuyos aspectos tratados no se estudiaban en los más actuales. En el caso de la base de datos Pubmed se añadieron los filtros de texto completo y tipo de artículo para delimitar el número de artículos encontrados. Por su parte, en Scielo se utilizó el filtro del idioma (inglés y español) puesto que presentaba muchos artículos en portugués.

Por otro lado, se realizó una búsqueda de libros en la página web de la biblioteca de la Universidad Autónoma de Madrid con el término *Endometriosis*, encontrando un ejemplar adecuado para desarrollar este trabajo.

Para seleccionar y descartar los artículos se hizo una lectura previa del título y el resumen. También se descartaron mediante la lectura completa del documento. Esta información se encuentra reflejada en la tabla 3, a modo de resumen, con el número de artículos seleccionados en cada base de datos. A continuación, en las tablas 4-8, se especifican los detalles de las búsquedas realizadas.

| | Artículos elegidos por título | Artículos elegidos tras lectura del Abstract | Artículos no disponibles | Artículos seleccionados tras lectura completa |
|--------------|--------------------------------------|---|---------------------------------|--|
| Pubmed | 21 | 20 | 2 | 14 |
| Cinahl | 5 | 4 | 0 | 3 |
| PsycInfo | 6 | 3 | 0 | 3 |
| Cuiden | 3 | 3 | 0 | 3 |
| Scielo | 9 | 6 | 0 | 1 |
| TOTAL | 44 | 36 | 2 | 24 |

Tabla 3. Resumen del número de artículos seleccionados

| Base de datos | Filtros | Sentencia de búsqueda | Artículos encontrados | Artículos duplicados | Artículos seleccionados |
|-----------------|--|---|-----------------------|----------------------|-------------------------|
| PUBMED | Últimos 10 años | ("Endometriosis"[Mesh]) AND ("Pain"[Mesh] OR "Chronic Pain"[Mesh] OR "Pelvic Pain"[Mesh] OR "Pain Management"[Mesh]) | 76 | 0 | 4 |
| | Edad: 19-44 | | | | |
| | Texto completo | | | | |
| | Tipo de artículo: ensayo clínico | | | | |
| | Últimos 10 años | ("Endometriosis"[Mesh]) AND "Pain Management"[Mesh] | 19 | 0 | 0 |
| | Últimos 10 años | ((("Endometriosis"[Mesh]) AND ("Pain"[Mesh] OR "Pain Management"[Mesh] OR "Chronic Pain"[Mesh] OR "Pelvic Pain"[Mesh])) AND "Nursing"[Mesh] | 2 | 0 | 1 |
| | Últimos 10 años | ((("Endometriosis"[Mesh]) AND "Pelvic Pain"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh] | 1 | 0 | 1 |
| Últimos 10 años | Texto completo | ("Endometriosis"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh] | 118 | 0 | 6 |
| Edad: 19-44 | ((("Endometriosis"[Mesh]) AND "Pain"[Mesh]) AND "Therapeutics"[Mesh] | 125 | 0 | 2 | |

Tabla 4. Búsqueda de artículos en la base de datos Pubmed

| Base de datos | Filtros | Sentencia de búsqueda | Artículos encontrados | Artículos duplicados | Artículos seleccionados |
|---------------|--------------------------|---|-----------------------|----------------------|-------------------------|
| CINAHL | 2007-2017 Edad: 19-44 | (MH "Endometriosis") AND ((MH "Pain") OR (MH "Pelvic Pain") OR (MH "Chronic Pain") OR (MH "Pain Management")) | 49 | 0 | 0 |
| | | (MH "Endometriosis") AND (MH "Pain") AND (MH "Nursing Care") | 42 | 0 | 0 |
| | | (MH "Endometriosis") AND (MH "Pain") AND (MH "Practical Nurses") | 13 | 0 | 0 |
| | | (MH "Endometriosis") AND (MH "Management") AND (MH "Pain") | 111 | 1 | 0 |
| | | (MH "Endometriosis") AND (MH "Pain") | 13 | 1 | 1 |
| | | (MH "Endometriosis") AND (MH "Practical Nurses") | 7 | 0 | 2 |
| | | (MH "Endometriosis") AND (MH "Pain") AND (MH "Nursing Management") | 22 | 0 | 0 |

Tabla 5. Búsqueda de artículos en la base de datos Cinahl

| Base de datos | Filtros | Sentencia de búsqueda | Artículos encontrados | Artículos duplicados | Artículos seleccionados |
|---------------|-----------|--|-----------------------|----------------------|-------------------------|
| PSYCINFO | 2007-2016 | Endometriosis AND pain | 54 | 3 | 2 |
| | | Endometriosis OR Chronic Pelvic Pain AND nurs* | 76 | 4 | 1 |
| | Edad: 18+ | Endometriosis AND "nursing care" | 25 | 3 | 0 |
| | | Endometriosis AND nurs* | 7 | 2 | 0 |
| | 2007-2016 | Endometriosis AND "pain management" | 6 | 1 | 0 |
| | | Endometriosis AND nursing AND care | 4 | 1 | 0 |

Tabla 6. Búsqueda de artículos en la base de datos PsychInfo

| Base de datos | Filtros | Sentencia de búsqueda | Artículos encontrados | Artículos duplicados | Artículos seleccionados |
|--------------------|-----------|--|-----------------------|----------------------|-------------------------|
| CUIDEN PLUS | 2007-2017 | Endometriosis AND pain AND nursing | 0 | 0 | 0 |
| | | Endometriosis AND nursing | 1 | 0 | 1 |
| | | Endometriosis AND “pain management” | 0 | 0 | 0 |
| | | ([cla=Endometriosis])AND([cla=Dolor]) | 1 | 0 | 1 |
| | | ([cla=Endometriosis])AND([cla=Enfermería]) | 4 | 1 | 1 |
| | Ninguno | ([res=endometriosis])AND(([res=pain])AND([res=nursing])) | 0 | 0 | 0 |
| | | ([res=endometriosis])AND([res=pain]) | 1 | 0 | 0 |

Tabla 7. Búsqueda de artículos en la base de datos Cuiden Plus

| Base de datos | Filtros | Sentencia de búsqueda | Artículos encontrados | Artículos duplicados | Artículos seleccionados |
|---------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|
| SCIELO | Últimos 10 años | Endometriosis AND therapy | 12 | 0 | 0 |
| | | Endometriosis AND treatment | 47 | 0 | 1 |
| | | Endometriosis AND therapeutic | 11 | 0 | 0 |
| | | Endometriosis AND “quality of life” | 8 | 0 | 0 |
| | Idioma: inglés y español | Endometriosis AND nurs* | 1 | 1 | 0 |
| | | Endometriosis AND “pain management” | 1 | 0 | 0 |

Tabla 8. Búsqueda de artículos en la base de datos Scielo

RESULTADOS

El número de artículos finalmente seleccionados para esta revisión fue de 24, recogidos en el Anexo II. Sólo 2 de los estudios revisados se llevaron a cabo en nuestro país. Todos están escritos en inglés excepto 1 que está en español. De esos 24 artículos, 18 son fuentes primarias, entre las que se encuentran 5 estudios cualitativos. Las 6 fuentes secundarias restantes son revisiones de la literatura. Además de estos, se añadió una Guía de Práctica Clínica (3) y un libro (21). Los resultados de la búsqueda realizada se dividieron en cuatro apartados principales siguiendo los objetivos del trabajo para una exposición más clara de los contenidos: el tratamiento médico, quirúrgico y combinado de la endometriosis, otras alternativas terapéuticas, el impacto de la calidad de vida que provoca el dolor en las afectadas y la función de los profesionales de enfermería en el manejo del dolor en esta enfermedad.

1. Tratamiento médico, quirúrgico y combinado

Los profesionales de enfermería debemos conocer los tratamientos disponibles para las mujeres con endometriosis, especialmente el tratamiento médico, con el fin de poder informarlas y asesorarlas siendo partícipes de su proceso en la toma de decisiones.

Ya que la etiología de la endometriosis aún no está clara, ninguno de los tratamientos actuales puede curar esta enfermedad. La terapia médica suele iniciarse como un tratamiento empírico, principalmente como ayuda temporal para tratar el dolor. Por su parte, la cirugía pretende abordar tanto el dolor como la fertilidad. También es de elección para la endometriosis ovárica (caracterizada por la presencia de endometriomas) ya que la terapia farmacológica, en este caso, ha demostrado ser inefectiva. (21)

1.1. Tratamiento médico

En función de la literatura encontrada, el tratamiento médico se ha clasificado en terapias hormonales y analgésicos.

Las terapias hormonales son muy efectivas para reducir el dolor, aunque con ellas se presentan altas tasas de recidiva de los síntomas (3). Los tratamientos hormonales encontrados incluyen:

- Anticonceptivos orales combinados: se indican para la dismenorrea y el dolor pélvico relacionados con endometriosis. Sus principales efectos secundarios son náuseas, hipertensión y tromboflebitis. Aunque son usados para tratar el dolor y presentan ventajas como la protección anticonceptiva, la seguridad a largo plazo y el control del ciclo menstrual, su efectividad es aún debatida. (3)(21,22)
- Progestágenos: ayudan a aliviar el dolor pélvico crónico y la dismenorrea mediante la supresión de la función ovárica y el efecto antiproliferativo de los implantes endometriales. Aunque son muy efectivos para tratar el dolor, producen efectos adversos como ganancia de peso, edemas, alteraciones menstruales, náuseas y depresión. Por ello, su tratamiento debe limitarse entre 3 y 6 meses (3)(21). Uno de los más actuales es el Dienogest (Ailyn®). En un estudio realizado para comprobar la eficacia y seguridad del Dienogest comparado con placebo, se observó que, tras 12 semanas, en el grupo que tomaba Dienogest se redujo de manera más significativa dicho dolor, así como la dismenorrea y la dispareunia (23). Este estudio fue ampliado en el tiempo por algunos de los autores del anterior, constatando que a largo plazo se reduce la frecuencia y la intensidad del sangrado uterino irregular propio del tratamiento con este fármaco. (24)

Otra forma de presentación de los progestágenos es el dispositivo intrauterino de Levonorgestrel (DIU-LNG), el cual se considera eficaz en la reducción del dolor asociado a la endometriosis. (3)

- Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH-a): estos fármacos inducen la bajada de niveles de estrógeno. Esta disminución de estrógenos, a su vez, produce amenorrea y atrofia endometrial, así como disminución del dolor. Sin embargo, tiene efectos adversos significativos con características menopáusicas: sofocos, sequedad vaginal, disminución de la libido, cambios de humor, cefaleas y pérdida de la masa ósea. Por ello, se aconseja su uso como máximo durante 6 meses así como la combinación de estos fármacos con otras terapias hormonales para prevenir la pérdida de masa ósea y los síntomas hipoestrogénicos (3)(21,22). Además, se ha visto que la terapia con GnRH-a

seguida de Dienogest es efectiva para el alivio del dolor y para reducir el sangrado uterino irregular propio del progestágeno. (25)

- Andrógenos: el más comúnmente usado es el Danazol (Danatrol®). Los andrógenos son hormonas esteroideas que promueven las características sexuales secundarias masculinas incrementando los niveles de testosterona, eliminando los implantes peritoneales y mejorando así el dolor pélvico. No obstante, dadas sus características producen efectos adversos como hirsutismo, acné, ganancia de peso y alteraciones en la voz. (3)(21)
- Inhibidores de la aromatasa: la aromatasa es una enzima que convierte los precursores esteroideos en estrógenos, y éstos favorecen el crecimiento del tejido ectópico, dando lugar al dolor pélvico. Los inhibidores de la aromatasa se pueden usar como tratamiento para la endometriosis, pero producen osteopenia y osteoporosis, además de incrementar la producción de quistes ováricos en mujeres premenopáusicas. (21)
- Melatonina: es una hormona antioxidante que elimina los radicales libres, pudiendo así prevenir la progresión de esta enfermedad. Se ha observado reducción del dolor pélvico relacionado con la endometriosis bajo el tratamiento con melatonina. (21)

Por su parte, los fármacos analgésicos que suelen usarse en el tratamiento de la endometriosis son:

- Antiinflamatorios no esteroideos (AINES): son ampliamente usados como primera línea de tratamiento del dolor asociado a la endometriosis. No obstante, a pesar de ser los medicamentos más comúnmente utilizados para el dolor pélvico, su eficacia en el dolor asociado con la endometriosis no es concluyente. Así mismo, deben considerarse sus efectos secundarios, como la inhibición de la ovulación, el riesgo de úlcera gástrica y enfermedad cardiovascular. (21,22)
- Antihiperalgésicos: como la Amitriptilina (perteneciente al grupo de los antidepresivos), Gabapentina o Pregabalina (pertenecientes al grupo de los anticonvulsivantes), utilizados para tratar el dolor crónico. (3)(26)
- Opioides: Martínez y colaboradores mencionan los opioides menores, como el Tramadol, utilizados como medicación de rescate. En menor medida, se utilizan opioides mayores como la Oxidona, la Morfina o el Fentanilo. (26)

1.2.Tratamiento quirúrgico

Con respecto al tratamiento quirúrgico de la endometriosis, cabe señalar que sus objetivos principales consisten en eliminar los endometriomas, aliviar el dolor y mejorar la fertilidad. La laparoscopia se considera la técnica más apropiada, puesto que está asociada con una recuperación más rápida, periodos de hospitalización más cortos, menor uso de analgésicos, menos costes y menos daño en la reserva ovárica. (21)

Las técnicas quirúrgicas llevadas a cabo para eliminar los endometriomas ováricos son la quistectomía, la vaporización por láser o la electrocoagulación. Por su parte, las lesiones características de la endometriosis peritoneal se pueden eliminar mediante laparoscopia por escisión, ablación, coagulación o vaporización por láser. Finalmente, el tratamiento quirúrgico en la endometriosis profunda se ha de llevar a cabo por un equipo multidisciplinar y mediante cirugía laparoscópica avanzada. (3)

En el estudio de Fabbri y colaboradores, el tratamiento quirúrgico dio resultados muy favorables con respecto al dolor. En dicho análisis, se evaluó la intensidad del dolor durante seis meses tras la escisión de las lesiones por laparoscopia en un grupo de mujeres diagnosticadas de endometriosis en estadios III y IV, y se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la cirugía, aunque el 18% de las intervenidas no obtuvo mejoría de los síntomas. (27)

1.3.Tratamiento combinado

Con respecto a la combinación de la terapia médica y quirúrgica, se encontró un estudio realizado por Mettler y colaboradores en el que, comparando tres estrategias de tratamiento (terapia hormonal, tratamiento quirúrgico y tratamiento combinado), la terapia combinada fue la más exitosa para la endometriosis en términos de recurrencia de los síntomas (dismenorrea, dispareunia y dolor abdominal), aunque se obtuvieron diferencias escasas entre los resultados del tratamiento combinado y del tratamiento exclusivamente quirúrgico. (28)

2. Otras alternativas terapéuticas

Además del tratamiento farmacológico y quirúrgico, se han descrito otras alternativas que resultan ser eficaces para aliviar los principales síntomas dolorosos de la endometriosis. Estas opciones se resumen en técnicas intervencionistas, cambios en el estilo de vida (alimentación, ejercicio) y terapias psicológicas.

Cuando el tratamiento farmacológico es incapaz de controlar los síntomas, se puede recurrir a las técnicas de infiltración, como el bloqueo nervioso (de plexos hipogástricos) o el bloqueo neuroaxial (epidural lumbar). En el estudio de Martínez y colaboradores, la eficacia de los bloqueos periféricos (hipogástricos) fue más duradera que la de los bloqueos neuroaxiales. (26)

Otro enfoque terapéutico es la neuroestimulación. El TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation* por sus siglas en inglés), ha sido mencionado en varios estudios como método para aliviar el dolor (26)(29-31). En concreto, en el estudio realizado por Mira y colaboradores, el TENS resultó efectivo en el alivio del dolor pélvico crónico, de la dispareunia y de la disquicia, con diferencias estadísticamente significativas sobre todo en el primero. También proporcionó mejoría significativa en el bienestar emocional y en las relaciones sexuales. Otras áreas que obtuvieron una mejoría menor fueron el apoyo social y la autoimagen. (29)

Algunos autores consideran que las técnicas de infiltración y neuroestimulación son opciones adecuadas para pacientes que padecen dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis que no cede con el tratamiento médico y quirúrgico, y que pueden contribuir a evitar la morbilidad asociada con la cirugía. (26)

En contraste con las técnicas intervencionistas, los cambios en los hábitos alimentarios son otras de las alternativas propuestas en los estudios encontrados (9)(20)(32-34). Según los hallazgos de las revisiones de Leunda y Halpern y colaboradores, se recomiendan alimentos que contengan ácidos grasos omega-3 de cadena larga y omega-6 (nueces, cereales, huevos, soja, aguacate y pescado azul), puesto que estos nutrientes pueden enlentecer el crecimiento de los implantes endometriales reduciendo el dolor y la inflamación (32,33). Igualmente, se recomiendan los vegetales de hoja verde y la fruta por su contenido en vitamina C y ácido fólico, ya que estos micronutrientes disminuyen la proliferación celular endometrial, demostrándose su asociación inversa con el riesgo de desarrollar endometriosis. Las vitaminas A, E y D también poseen efectos antiinflamatorios (32,33). Así mismo, se hace referencia a una dieta rica en fibra para disminuir los niveles de estrógeno y por tanto el crecimiento endometrial (20). Por su parte, las grasas saturadas como el ácido palmítico y las grasas insaturadas trans, presentes en la carne roja, bollería industrial, comida rápida, margarina o fritos, favorecen la reacción inflamatoria y provocan un

aumento de los estrógenos circulantes (32). Así, se demostró que un grupo de mujeres que consumían alimentos con grasas vegetales hidrogenadas (margarina, galletas, snacks, productos procesados) fueron un 48% más propensas a desarrollar la enfermedad que aquellas que consumían menos frecuentemente este tipo de comidas. (33)

Así mismo, se consideran relevantes el ejercicio físico y las terapias psicológicas para el abordaje de la endometriosis (9)(20)(31). Algunas actividades encontradas con respecto a estas alternativas son los ejercicios de estiramiento y las técnicas de relajación (31)(34). En particular, Petrelluzzi y colaboradores realizaron un estudio para evaluar la efectividad de una terapia física y psicológica sobre un grupo de mujeres diagnosticadas de endometriosis que sufrían dolor pélvico crónico. Las principales actividades descritas incluían ejercicios de estiramiento, ejercicios para mantener o incrementar la amplitud de los movimientos articulares, técnicas de relajación, ejercicios de respiración y terapia cognitivo-conductual. Aunque en sus resultados no se observaron cambios significativos de la intensidad del dolor antes y después de la terapia, obtuvieron mejoría en los dominios de vitalidad y funcionamiento físico del SF-36 después de la misma, se registraron niveles más bajos de estrés percibido y se normalizaron los niveles matutinos de cortisol, los cuales se encuentran más bajos en las mujeres que padecen endometriosis (31). Estos datos muestran que el ejercicio físico y terapias psicológicas contribuyen a aumentar el bienestar físico y emocional.

3. Impacto sobre la calidad de vida que provoca el dolor en la endometriosis

Con respecto a este objetivo del presente trabajo, se han encontrado sobre todo estudios cualitativos en los que se describen factores estresantes relacionados con el padecimiento de la endometriosis, así como el impacto físico, laboral, social, sexual y psicopatológico que supone esta enfermedad.

Por un lado, se hace referencia a la incertidumbre como componente estresante relacionado con el retraso diagnóstico, con el curso de la enfermedad y con el futuro. Otros factores considerados estresantes por las afectadas son la falta de información sobre la endometriosis y la normalización de sus síntomas por parte de familiares, amigos y profesionales sanitarios, con el consecuente sentimiento de fracaso al no ser

capaz de hacer frente al dolor menstrual de la misma manera que el resto de mujeres. (20)(30)

Por su parte, el impacto físico se ha asociado con los síntomas de la endometriosis, con los efectos adversos del tratamiento y con los cambios en el aspecto físico, entre ellos la ganancia de peso, las cicatrices de la cirugía o la palidez causada por la anemia que supone el sangrado abundante. (35)

En cuanto al aspecto laboral, un estudio realizado por Fourquet y colaboradores reflejó un impacto importante en la productividad laboral y una pérdida de aproximadamente un día de trabajo a la semana, pudiendo perjudicar a las funciones en el mismo, a las relaciones con los compañeros y al desarrollo profesional (36). Así mismo, algunas no han llegado a confesar su diagnóstico y síntomas a sus compañeros, entre otras razones, por la asociación de la sintomatología con la naturaleza de ser mujer y el miedo a perder su puesto de trabajo por falta de credibilidad (18). Por otro lado, se han descrito situaciones en las que las afectadas se han visto obligadas a solicitar jornada reducida en sus trabajos. Este hecho junto con el tratamiento para el dolor, el tratamiento para la fertilidad y las terapias complementarias, provoca un gran impacto económico según las entrevistadas. (18)(35)

Las actividades de ocio, las tareas domésticas y los eventos sociales también se ven afectados por la endometriosis, pues en muchos casos se produce el abandono de los mismos a causa del dolor crónico, la dismenorrea, los problemas intestinales, la metrorragia y la fatiga (35)(37). Consecuentemente, estas pacientes perciben tensión o deterioro en sus relaciones sociales y familiares, llegando a experimentar sentimientos de aislamiento social. (35)

Otra de las consecuencias que supone el dolor en la endometriosis es el impacto en la vida sexual y de pareja (20)(36). En el análisis de Moradi y colaboradores, se hizo referencia al sentimiento de frustración y tensión con la pareja debido a la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales, ya que se evitaban por parte de las mujeres afectadas a causa del dolor y la hemorragia que conllevaban (35). Así mismo, aproximadamente la mitad de las mujeres entrevistadas por Oehmke y colaboradores que presentaban dispareunia no hablaban con su pareja sobre su dolor. (37)

Por otra parte, con respecto al impacto emocional que puede darse entre las mujeres que sufren dolor por endometriosis, éstas se han descrito a sí mismas depresivas, malhumoradas, irritables, desanimadas, débiles, impotentes, frustradas y agotadas a causa de su enfermedad (18)(35). También han manifestado mostrar cambios de humor y sentimientos de incompreensión. (36)

En estos términos, Laganà y colaboradores compararon los síntomas psicopatológicos, las emociones negativas y la calidad de vida entre mujeres con endometriosis y mujeres con otras enfermedades ginecológicas benignas, dando lugar a unos niveles más altos de somatización, depresión, sensibilidad y ansiedad entre las primeras. En concreto, la frecuencia de ansiedad y depresión fue casi el doble en el grupo de mujeres con endometriosis. También se hallaron diferencias significativas en la disminución de la salud general, resultando más perjudicadas las mujeres afectadas de endometriosis. (38)

Por su parte, Facchin y colaboradores examinaron el impacto de la endometriosis en la calidad de vida, ansiedad y depresión comparándolos en tres grupos diferentes: pacientes con endometriosis asintomática, pacientes con dolor pélvico asociado a endometriosis y pacientes sanas. También analizaron dichas variables en función del tipo de dolor, siendo los establecidos la dismenorrea, la dispareunia, el dolor pélvico no cíclico y la disquecia. En los resultados se encontró menor calidad de vida y mayores puntuaciones en la evaluación de la ansiedad y la depresión en el grupo con dolor pélvico comparado con el grupo asintomático y el grupo control, sin diferencias significativas entre estos dos últimos colectivos. En cuanto a las repercusiones de los diferentes tipos de dolor, el dolor pélvico no cíclico fue el más influyente ya que se asoció con una peor calidad de vida y salud mental. Estos datos mostraron que el hecho de padecer endometriosis no tiene por qué implicar repercusiones psicológicas, sino que es el dolor asociado el que supone esta condición. (39)

4. Función de los profesionales de enfermería en el manejo del dolor asociado con la endometriosis

Con respecto al papel que desempeñan los profesionales de enfermería, se han encontrado estudios que ponen de manifiesto intervenciones de enfermería en función de la percepción de las pacientes y de los profesionales, considerándose imprescindibles para una atención de calidad hacia las mujeres que sufren dolor por endometriosis.

La Guía de Atención a las Mujeres con Endometriosis del SNS recoge una serie de recomendaciones para la promoción de la salud en este colectivo, partiendo del objetivo principal de ayudarle a adaptarse a su enfermedad y a instruirle en su autocuidado, estableciendo objetivos realistas y personalizados (3). Estas recomendaciones se ven apoyadas por los hallazgos de diversos estudios, y son:

- Promover la sensibilización social y profesional mediante jornadas, cursos, campañas, etc., para un mejor conocimiento sobre la endometriosis. São Bento y Moreira proponen hacer conciencia del problema en la población para reconocer precozmente los signos de la enfermedad, difundiendo el mensaje de que la menstruación dolorosa debe ser evaluada por un profesional (9). Así mismo, un grupo de matronas entrevistadas sobre su experiencia tratando a mujeres con síntomas indicativos de endometriosis consideraron limitado su conocimiento sobre la misma y valoraron al personal de ginecología como el único que debían informar y tratar a estas pacientes. Ante estas declaraciones, los autores del estudio consideraron que, con un aumento del conocimiento sobre la endometriosis y la habilidad para realizar una anamnesis más detallada sobre la menstruación, las matronas podrían identificar y guiar a las afectadas hacia el tratamiento adecuado. (40)
- Considerar la importancia de informar y empoderar a las mujeres afectadas en la toma de decisiones. Pacientes entrevistadas por diversos autores consideraron que no se les había explicado adecuadamente su enfermedad, siendo la información recibida por parte del personal de enfermería problemática debido al déficit de la misma y a la falta de tiempo en la dedicación a su caso. Ante esto, repararon en que la proporción de información podría ayudarlas en la toma de decisiones. (18)(34)
- Establecer y mantener una relación de confianza con las mujeres diagnosticadas. El grupo de matronas mencionadas anteriormente indicaron que el hecho de tener en consideración tanto la dimensión física como la mental en la experiencia del dolor fue un factor importante para establecer una buena relación con estas mujeres. También sostuvieron que, si las pacientes se sentían reconocidas, solían abandonar la consulta satisfechas aunque el dolor permaneciera (40). En la revisión realizada por Kaatz y colaboradores se detalla la necesidad de crear una relación de confianza a priori, y una vez establecida,

ya podría desarrollarse un plan de atención que incluya tanto a la paciente como a la familia (20). Por su parte, Mao y Anastasi hacen referencia a la relación de apoyo y colaboración con la paciente para mejorar la calidad de la atención. (5)

- Informar y educar inicialmente a las mujeres, así como colaborar en su toma de decisiones, ya que éstos son elementos básicos para el manejo de esta enfermedad. Mao y Anastasi consideran la educación y la promoción de la salud las principales funciones de los profesionales de enfermería en la atención a estas pacientes para optimizar el tratamiento de la enfermedad y la calidad de vida. (5)
- Informarles sobre qué es la enfermedad y cómo se diagnostica y sobre las alternativas terapéuticas, así como darles consejos para afrontarla de manera eficaz y minimizar sus consecuencias. En concreto, algunos autores consideran imprescindible el aporte de información sobre los riesgos y beneficios del tratamiento médico, sobre la recurrencia de los síntomas después de la interrupción del tratamiento, y sobre los hábitos alimentarios y el estilo de vida recomendados. (5)(18)
- Entregarles material impreso para ayudarlas en su autocuidado y en el logro de sus objetivos. Algunas mujeres han solicitado información escrita por parte de los profesionales de enfermería con datos relativos a su enfermedad. (18)

Por su parte, las pautas para el correcto seguimiento de las mujeres afectadas de endometriosis que se recomienda a los profesionales sanitarios son (3):

- Planificar las visitas de seguimiento y actuación ante las agudizaciones, junto con la mujer.
- Evaluar regularmente los efectos secundarios del tratamiento, sobre todo al inicio del mismo.
- Tener en cuenta la morbilidad asociada y la presencia de alteraciones del estado de ánimo (principalmente depresión y ansiedad).
- Realizar planes de cuidados de enfermería para abordar los cuidados de cada mujer adaptados a sus necesidades y mejorar la continuidad de los mismos. Kaatz y colaboradores subrayan el hecho de que cada mujer debe ser evaluada específica e individualmente con respecto a sus experiencias con la naturaleza progresiva y crónica de esta enfermedad, considerando todas las dimensiones de

la persona (20). Otros autores hacen referencia también a la continuidad de la atención al tratarse de una enfermedad crónica y progresiva. (5)

La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), desarrolló un Plan de Cuidados Estandarizado para la atención a las mujeres con endometriosis, con objeto de ayudarlas en la adaptación a su enfermedad e instruir las en su autocuidado (3). Este Plan se encuentra desarrollado en la tabla 9.

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

Tabla 9. Plan de Cuidados Estandarizado elaborado por la AEC. (3)

Una de las intervenciones mencionada en varios estudios y valorada por las propias afectadas que no se encuentra en el Plan de Cuidados Estandarizado elaborado por la AEC, es la derivación o proporción de información sobre grupos de apoyo compuestos por mujeres que padecen endometriosis. Esta intervención se considera indispensable por algunos autores para ayudarlas en el afrontamiento de su enfermedad, ya que comparten sus vivencias y métodos de afrontamiento con otras mujeres que sufren ese dolor, pudiendo beneficiarse de ellos. (9)(18)(20)(34)

Por otra parte, varios autores enfatizan la contribución de la enfermería en el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis a través de la recolección de datos. Así, además, se contribuye al aumento del conocimiento sobre la enfermedad entre este colectivo, mejorando el abordaje de la misma. También se considera que para hacer visible la función de los profesionales de enfermería, éstos deben establecer qué datos y qué terminología son necesarios registrar e implementar, respectivamente. (9)(41)

En estas líneas, para un correcto seguimiento y tratamiento del dolor se considera necesario evaluar (3)(23-26)(29)(31)(36)(39):

- Localización del dolor: puede ser útil disponer de un mapa donde las pacientes señalen diversas áreas de dolor.
- Intensidad: la evaluación de la intensidad nos permite cuantificar el dolor para valorar la eficacia del tratamiento y sus efectos secundarios. La herramienta más habitual para valorar la intensidad del dolor y la más usada en el total de los estudios revisados ha sido la escala EVA.
- Duración: la periodicidad del dolor puede variar en función de la localización de los focos endometriósicos y de las patologías concomitantes.
- Historia previa de cirugía: es frecuente que estas pacientes hayan sido sometidas a cirugía previamente, entre otras razones para confirmar el diagnóstico. Esto puede contribuir a la manifestación de dolor, ya sea por la aparición de adherencias o por el hecho de haber sido intervenidas.
- Afectación de la calidad de vida: un instrumento utilizado en los estudios revisados para conocer la evolución de la calidad de vida en mujeres con endometriosis, es el cuestionario EHP-30 (Anexo I) o su versión reducida EHP-5. Esta herramienta mide las consecuencias que produce el dolor en diferentes dimensiones: movilidad, autocuidados, actividad habitual, dolor-disconfort,

ansiedad-depresión. Sin embargo, no está validada en nuestro país ni se han encontrado versiones traducidas al español.

Otras áreas que se tienen en consideración a la hora de evaluar el dolor son los factores desencadenantes y protectores del mismo, las posiciones con las que cesa, el tipo de dolor, los hábitos dietéticos, el patrón de eliminación, la historia de enfermedad, las características psicológicas y la respuesta emocional. (27)(41)

El cuestionario MPQ (*McGill Pain Questionnaire*), utilizado en el estudio de Fabbri y colaboradores, constituye un enfoque multidimensional que puede ayudar a la paciente a explicarlo mediante términos descriptivos, disponiendo además de un mapa de dolor. No obstante, teniendo en cuenta el componente subjetivo del dolor, se considera todo un reto interpretar la mejoría del mismo con respecto a la evaluación multidimensional. (27)

Finalmente, cabe destacar que en ningún caso se debe obviar el aspecto psicosocial que envuelve la endometriosis en la valoración del dolor. Se trata de pacientes que frecuentemente han visitado a varios especialistas y se han sometido a varias pruebas sin obtener resultados satisfactorios antes de ser diagnosticadas. Por ello, este cuadro resulta muy complejo, requiriendo una valoración desde un enfoque biopsicosocial puesto que todas las esferas de la vida de las mujeres sintomáticas pueden verse afectadas. (3)(9)

LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La principal limitación acontecida durante la realización de este trabajo, ha sido la poca investigación publicada sobre la función de los profesionales de enfermería en el manejo de la endometriosis. Han sido escasos los artículos encontrados que hicieran referencia exclusivamente a nuestro colectivo, tratando más bien la función de los profesionales sanitarios en general y del personal médico en concreto.

Por ello y para visualizar la función de nuestro colectivo, se considera necesario abordar y profundizar la investigación en enfermería sobre el manejo del dolor en mujeres con endometriosis, ya que podríamos garantizar una atención holística y de calidad teniendo en cuenta la esfera biopsicosocial de las afectadas.

También se han revisado estudios con un seguimiento considerado relativamente corto, pues al tratarse de una enfermedad crónica con tasas de recidiva altas, deberían disponer de un seguimiento más a largo plazo para obtener resultados más realistas.

Finalmente, se ha observado la falta de investigación en España sobre los aspectos de la endometriosis desarrollados en el presente trabajo. Además, uno de los cuestionarios útiles y específicos para el seguimiento de las mujeres con endometriosis no está validado en nuestro país, por lo que debería considerarse su traducción al español, pudiendo ser un gran soporte para la valoración integral de nuestras pacientes.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se han llegado tras la realización de esta revisión han sido:

- Las publicaciones recogidas sobre el tratamiento de la endometriosis hacen concluir que no existe un tratamiento superior a otro en efectividad para esta enfermedad, y se debe ajustar de manera individualizada teniendo en cuenta las circunstancias y preferencias de cada mujer. Hay estudios que concluyen que la combinación de diferentes grupos de fármacos o de tratamiento farmacológico y quirúrgico es más efectiva que la monoterapia. Sin embargo, la recurrencia de los síntomas es frecuente y los efectos adversos pueden ser comprometidos. Por su parte, las técnicas intervencionistas y los hábitos saludables constituyen una alternativa para minimizar los síntomas de la endometriosis.
- El dolor relacionado con la endometriosis constituye una pérdida de la calidad de vida, además de ser subestimado por su atribución a los dolores menstruales ordinarios, incluso por parte de los profesionales sanitarios. Así mismo, puede presentar consecuencias psicopatológicas como la depresión y la ansiedad.
- Las funciones de los profesionales de enfermería mencionadas en los documentos revisados son la valoración integral y exhaustiva de la paciente y de su dolor, la educación y promoción de la salud junto con la proporción de información sobre la enfermedad y su tratamiento, y el uso o la derivación a grupos de apoyo. Se considera oportuno profundizar más en la competencia de la figura enfermera ya que se contempla como un colectivo clave en la atención y el seguimiento de estas pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Signorile PG, Baldi A. Endometriosis: New concepts in the pathogenesis. *Int J Biochem Cell Biol.* 2010; 42(6):778-780.
2. Asociación de Afectadas de Endometriosis Estatal [sede web]. [actualizada en 2016; consultado 3 diciembre 2016]. Disponible en <http://www.adaec.org/>
3. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Centro de publicaciones; c2013 [consultado 3 diciembre 2016]. Disponible en <https://goo.gl/8jkS0H>
4. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril.* 2012; 98(3): 511-519.
5. Mao AJ, Anastasi JK. Diagnosis and management of endometriosis: the role of the advanced practice nurse in primary care. *J Am Assoc Nurse Pract* [revista en Internet]. 2010 [consultado 4 diciembre 2016]; 22(2):109-116. Disponible en <https://goo.gl/glBx84>
6. Parazzini F, Esposito G, Tozzi L, Noli S, Bianchi S. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016.
7. Schragger S, Falleroni J, Edgoose J. Evaluation and treatment of endometriosis. *Am Fam Physician* [revista en Internet]. 2013 [consultado 17 diciembre 2016]; 87(2):107-113. Disponible en <https://goo.gl/1beBv4>
8. Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. *Ginecología en la infancia y la adolescencia.* 6a ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
9. São Bento PA, Moreira MC. Even silence has an end: informative study on endometriosis and its signs/symptoms. *J Nurs UFPE On Line.* 2014; 8(2): 457-463.
10. Kim HS, Kim TH, Chung HH, Song YS. Risk and prognosis of ovarian cancer in women with endometriosis: a meta-analysis. *Br J Cancer* [revista en Internet]. 2014 [consultado 14 diciembre 2016]; 110(7): 1878-1890. Disponible en <https://goo.gl/X1jWvt>
11. Maroun P, Cooper MJ, Reid GD, Keirse MJ. Relevance of gastrointestinal symptoms in endometriosis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2009; 49(4):411-414.
12. De Graaff AA, Dirksen CD, Simoens S, De Bie B, Hummelshoj L, D'Hooghe TM, et al. Quality of life outcomes in women with endometriosis are highly influenced

- by recruitment strategies. Hum Reprod [revista en Internet]. 2015 [consultado 20 diciembre 2016]; 30(6):1331-1341. Disponible en <https://goo.gl/iYC0r4>
13. Itza F, Teba F, Zarza D, Salinas J, Gomes M. Perfil clínico de los pacientes con dolor pélvico crónico: un análisis descriptivo. Arch Esp Urol [revista en Internet]. 2014 [consultado 15 diciembre 2016]; 67(8):692-698. Disponible en <https://goo.gl/VDQni4>
 14. Nunes FR, Ferreira JM, Bahamondes L. Pain threshold and sleep quality in women with endometriosis. Eur J Pain. 2015; 19(1): 15-20.
 15. Seth N. Endometriosis: A Culprit for Chronic Pelvic Pain. Ala Nurse. 2015; 42(2): 10.
 16. Negrón J. Manejo del dolor pélvico crónico en pacientes con endometriosis. Rev Peru Ginecol Obstet [revista en Internet]. 2016 [consultado 16 diciembre 2016]; 62(1): 69-76. Disponible en <https://goo.gl/AWHfu8>
 17. Brown J, Farquhar C. An Overview of Treatments for Endometriosis. JAMA. 2015; 313(3): 296-297.
 18. Gilmour JA, Huntington A, Wilson HV. The impact of endometriosis on work and social participation. Int J Nurs Pract. 2008; 14(6): 443-448.
 19. Seracchioli R, Montanari G, Mabrouk M, Nassif J. Endometriosis: novel models, diagnosis, and treatment. BioMed Res Int [revista en Internet]. 2014 [consultado 16 diciembre 2016]; 2014: 1-2. Disponible en <https://goo.gl/rKMM4>
 20. Kaatz J, Solari-Twadell PA, Cameron J, Schultz R. Coping with endometriosis. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2010; 39(2): 220-226.
 21. Gupta S, Harlev A, Agarwal A, Rakhit M, Ellis-Kahana J, Parikh S. Management of Endometriosis. In: Gupta S, Harlev A, Agarwal A, editors. Endometriosis. A comprehensive update. New York: Springer; 2015. p. 95-112.
 22. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod [revista en Internet]. 2014 [consultado 7 marzo 2017]; 29(3): 400-412. Disponible en <https://goo.gl/oQF6tB>
 23. Strowitzki T, Faustmann T, Gerlinger C, Seitz C. Dienogest in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain: a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010; 151(2): 193-198.

24. Petraglia F, Hornung D, Seitz C, Faustmann T, Gerlinger C, Luisi S et al. Reduced pelvic pain in women with endometriosis: efficacy of long-term dienogest treatment. Arch Gynecol Obstet [revista en Internet]. 2012 [consultado 19 febrero 2017]; 285(1): 167-173. Disponible en <https://goo.gl/JQOprq>
25. Kitawaki J, Kusuki I, Yamanaka K, Suganuma I. Maintenance therapy with dienogest following gonadotropin-releasing hormone agonist treatment for endometriosis-associated pelvic pain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011; 157(2): 212-216.
26. Martínez B, Canser E, Gredilla E, Alonso E, Gilsanz F. Management of patients with chronic pelvic pain associated with endometriosis refractory to conventional treatment. Pain Pract. 2013; 13(1): 53-58
27. Fabbri E, Villa G, Mabrouk M, Guerrini M, Montanari G, Paradisi R et al. McGill Pain Questionnaire: a multi-dimensional verbal scale assessing postoperative changes in pain symptoms associated with severe endometriosis. J Obstet Gynaecol. 2009; 35(4): 753-760.
28. Mettler L, Ruprai R, Alkatout I. Impact of medical and surgical treatment of endometriosis on the cure of endometriosis and pain. Biomed Res Int [revista en Internet]. 2014 [consultado 19 febrero 2017]; 2014: 1-9. Disponible en <https://goo.gl/RLyMiG>
29. Mira TA, Giraldo PC, Yela DA, Benetti-Pinto CL. Effectiveness of complementary pain treatment for women with deep endometriosis through Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS): randomized controlled trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015; 194: 1-6.
30. Denny E. "I never know from one day to another how I will feel": pain and uncertainty in women with endometriosis. Qual Health Res. 2009; 19(7): 985-995.
31. Petrelluzzi KF, Garcia MC, Petta CA, Ribeiro DA, De Oliveira NR, Céspedes IC et al. Physical therapy and psychological intervention normalize cortisol levels and improve vitality in women with endometriosis. J Psychosom Obstet Gynaecol [revista en Internet]. 2012 [consultado 31 enero 2017]; 33(4): 191-198. Disponible en <https://goo.gl/ITV6LZ>
32. Leunda M. Endometriosis. ¿Alguna alternativa al tratamiento habitual? Med Natur. 2013; 7(2): 66-74.

33. Halpern G, Schor E, Kopelman A. Nutritional aspects related to endometriosis. Rev Assoc Med Bras [revista en Internet]. 2015 [consultado 13 marzo 2017]; 61(6): 519-523. Disponible en <https://goo.gl/MVkJFqv>
34. Roomaney R, Kagee A. Coping strategies employed by women with endometriosis in a public health-care setting. J Health Psychol. 2016; 21(10): 2259-2268.
35. Moradi M, Parker M, Sneddon A, Lopez V, Ellwood D. Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study. BMC Womens Health [revista en Internet]. 2014 [consultado 13 enero 2017]; 14:123. Disponible en <https://goo.gl/RtrFO3>
36. Fourquet J, Báez L, Figueroa M, Iriarte RI, Flores I. Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. Fertil Steril [revista en Internet]. 2011 [consultado 12 enero 2017]; 96(1): 107-112. Disponible en <https://goo.gl/SpGtXv>
37. Oehmke F, Weyand J, Hackethal A, Konrad L, Omwandho C, Tinneberg HR. Impact of endometriosis on quality of life: a pilot study. Gynecol Endocrinol [revista en Internet]. 2009 [consultado 12 enero 2017]; 25(11):722-5. Disponible en <https://goo.gl/MzUM0E>
38. Laganà AS, Condemi I, Retto G, Muscatello MR, Bruno A, Zoccali RA et al. Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015; 194: 30-33.
39. Facchin F, Barbara G, Saita E, Mosconi P, Roberto A, Fedele L et al. Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. J Psychosom Obstet Gynaecol [revista en Internet]. 2015 [consultado 12 enero 2017]; 36(4):135-141. Disponible en <https://goo.gl/uLxI4y>
40. Grundström H, Kjølhede P, Berterö C, Alehagen S. "A challenge" – healthcare professionals' experiences when meeting women with symptoms that might indicate endometriosis. Sex Reprod Healthc [revista en Internet]. 2016 [consultado 11 enero 2017]; 7: 65-69. Disponible en <https://goo.gl/IAAIPq>
41. Novakowski D, Cabral CM. Essential data set's archetypes for nursing care of endometriosis patients. Rev Gaúcha Enferm [revista en Internet]. 2012 [consultado 15 enero 2017]; 33(4): 22-32. Disponible en <https://goo.gl/6hPDG2>
42. Navarro MC. Bases para el consejo terapéutico en una mujer con endometriosis [Internet] 2014 [consultado 20 febrero 2017]. Disponible en <https://goo.gl/UuOIrU>

ANEXO I. CUESTIONARIO EHP-30 (42)

During The Last 4 Weeks

How Often, Because Of Your Endometriosis, Have You...

| | Never | Rarely | Sometimes | Often | Always |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Been unable to go to social events because of the pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Been unable to do jobs around the home because of the pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Found it difficult to stand because of the pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Found it difficult to sit because of the pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Found it difficult to walk because of the pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Found it difficult to exercise or do the leisure activities you would like to do because of the pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Lost your appetite and/or been unable to eat because of the pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Please check that you have *ticked one box for each question* before moving onto the next page.

| | Never | Rarely | Sometimes | Often | Always |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Been unable to sleep properly because of the pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Had to go to bed/lie down because of the pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Been unable to do the things you want to do because of the pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Felt unable to cope with the pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Generally felt unwell? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Felt frustrated because your symptoms are not getting better? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Felt frustrated because you are not able to control your symptoms? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Please check that you have *ticked one box for each question* before moving onto the next page.

| | Never | Rarely | Sometimes | Often | Always |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. Felt unable to forget your symptoms? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Felt as though your symptoms are ruling your life? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Felt your symptoms are taking away your life? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Felt depressed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Felt weepy/tearful? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Felt miserable? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Had mood swings? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Felt bad tempered or short tempered? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Please check that you have *ticked one box for each question* before moving onto the next page.

| | Never | Rarely | Sometimes | Often | Always |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23. Felt violent or aggressive? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Felt unable to tell people how you feel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Felt others do not understand what you are going through? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Felt as though others think you are moaning? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Felt alone? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Felt frustrated as you cannot always wear the clothes you would choose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Felt your appearance has been affected? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Lacked confidence? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ANEXO II. RESULTADOS

| Autores/Año/País | Tipo de estudio/Muestra | Objetivo del estudio | Principales hallazgos |
|---|---|--|---|
| Mao A, Anastasi J.; 2010; EEUU. (5) | Revisión bibliográfica. | Discutir la etiología, la clínica, el diagnóstico y el manejo de la endometriosis para la enfermera de práctica avanzada en atención primaria. | La enfermería tiene como función esencial la promoción de la salud. Las recomendaciones para la práctica incluyen el abordaje del dolor y apoyo y educación a la paciente. |
| São Bento PA, Moreira MC.; 2014; Brasil. (9) | Revisión bibliográfica. | Informar sobre los síntomas de la endometriosis y su relación con el retraso diagnóstico. | La subestimación de los síntomas por parte de los profesionales sanitarios conlleva al retraso diagnóstico, por lo que se propone hacer conciencia en la población. |
| Gilmour JA et al.; 2008; Nueva Zelanda. (18) | Estudio cualitativo. n=18 | Explorar el impacto de la endometriosis en la vida social y laboral, y las estrategias usadas para abordar la enfermedad. | Las entrevistadas presentaban problemas a la hora de revelar sus síntomas en el entorno laboral, solicitaban jornada reducida y limitaban sus actividades sociales. Las estrategias utilizadas fueron ejercicio físico, dieta saludable, meditación, grupos de apoyo e información. |
| Kaatz J et al.; 2010; EEUU. (20) | Revisión bibliográfica. | Discutir opciones de tratamiento y el rol de la enfermera parroquial para brindar atención integral a las mujeres con endometriosis. | La enfermera debe realizar una valoración individualizada, establecer una relación de confianza y abordar un plan de acción integral, considerando la mejora del afrontamiento y la derivación a grupos de apoyo. |
| Dunselman GA et al.; 2014; Inglaterra. (22) | Revisión bibliográfica. | Determinar el abordaje óptimo de las pacientes con endometriosis. | Se desarrollaron 83 recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis, aunque casi la mitad no tenían alto nivel de evidencia científica. |
| Strowitzki T et al.; 2010; Alemania, Italia y Ucrania. (23) | Ensayo clínico aleatorizado (doble ciego). n=188: 2 grupos de 90 y 98 personas. | Investigar la eficacia y seguridad del Dienogest comparado con placebo sobre el dolor pélvico asociado a la endometriosis. | En el grupo intervención (GI) se redujo de manera más significativa el dolor. Los análisis de la calidad de vida indicaron mejorías mayores en el GI, aunque se observó mayor número de efectos adversos. |

| Autores/Año/País | Tipo de estudio/Muestra | Objetivo del estudio | Principales hallazgos |
|--|--|---|--|
| Petraglia F et al.; 2012; Alemania, Italia y Ucrania. (24) | Estudio analítico, experimental y longitudinal. n=168 | Investigar la eficacia y la seguridad del Dienogest a largo plazo después de interrumpir el tratamiento. | El tratamiento anual se asoció con la reducción del dolor pélvico, y sólo el 16% de la muestra desarrolló efectos adversos. El sangrado uterino irregular propio del tratamiento con progestágenos se redujo en intensidad y frecuencia. |
| Kitawaki J et al.; 2011; Japón. (25) | Estudio analítico, experimental, prospectivo y longitudinal. n=71: 2 grupos de 38 y 33 personas. | Examinar si la administración de Dienogest a largo plazo tras la terapia con GnRH-a prolonga el alivio del dolor pélvico mientras reduce la cantidad de sangrado uterino irregular. | La combinación de estos fármacos mantuvo el alivio del dolor durante 12 meses logrado con los GnRH-a, y se redujo la cantidad de sangrado uterino irregular que se manifiesta con el Dienogest. |
| Martínez B et al.; 2013; España. (26) | Estudio descriptivo longitudinal. n=44: 2 grupos de 26 y 18 personas. | Describir el manejo del DPC asociado a endometriosis en una unidad del dolor durante 3 años. | En esta unidad se llevaron a cabo técnicas de infiltración, TENS y tratamiento farmacológico (antidepresivos, anticonvulsivantes y opioides). Hubo una mejoría general en >50% mujeres tres años después de su primera visita. |
| Fabbri E et al.; 2009; Italia. (27) | Estudio longitudinal. n=55 | Evaluar la utilidad del MPQ para proporcionar información sobre el DPC asociado a endometriosis, antes y después de la cirugía laparoscópica. | Se mostró una diferencia estadísticamente significativa en la intensidad del dolor antes y después de la cirugía. El MPQ resulta útil en la descripción y evaluación de la evolución del dolor, aunque no clarifica la relación entre la intensidad del mismo y la gravedad de la endometriosis. |
| Mettler L et al.; 2014; Alemania. (28) | Ensayo clínico aleatorizado. n=410: 3 grupos de 125, 137 y 148 personas. | Evaluar tres estrategias de tratamiento diferentes: terapia hormonal, quirúrgica y combinada. | El grupo sometido a terapia hormonal (G1) fue el que más tasas de recurrencia de síntomas obtuvo. El mayor beneficio observado fue en el grupo sometido al tratamiento combinado (G3), aunque mostró una diferencia escasa con el tratamiento exclusivamente quirúrgico (G2). |
| Mira TA et al.; 2015; Brasil. (29) | Ensayo clínico aleatorizado. n=22: 2 grupos de 11 pacientes cada uno. | Evaluar la efectividad del TENS como tratamiento complementario del DPC y dispareunia en mujeres con endometriosis profunda. | Las dos modalidades de TENS aplicadas proporcionaron alivio del DPC, de la dispareunia y de la disquécia, así como mejoría en el bienestar emocional y relaciones sexuales. |

| Autores/Año/País | Tipo de estudio/Muestra | Objetivo del estudio | Principales hallazgos |
|---|--|--|---|
| Denny E.; 2009; Reino Unido. (30) | Estudio cualitativo, prospectivo. n=27 | Explorar entre un grupo de mujeres su experiencia con la endometriosis. | Se hace referencia a la incertidumbre sobre el diagnóstico, sobre el curso de la enfermedad y sobre el futuro. Muchos temas comunes fueron retraso en el diagnóstico, dolor, tratamientos, trabajo, relaciones y autoestima. |
| Petrelluzzi KF et al.; 2012; Brasil. (31) | Estudio analítico experimental. n=26 | Evaluar la efectividad de una terapia física-psicológica sobre el estrés y el dolor, la calidad de vida y la actividad del eje hipotálamo-hipófisis, en mujeres con endometriosis y DPC. | Tras 10 semanas, se observó mejoría en los niveles de estrés, en la vitalidad y el funcionamiento físico, y se normalizaron los niveles de cortisol. La ausencia de cambios significativos en la intensidad del dolor podría estar relacionada con la corta duración de la terapia. |
| Leunda M.; 2013; España. (32) | Revisión bibliográfica. | Encontrar terapias más inofensivas que el tratamiento médico y quirúrgico para la endometriosis. | Se encontraron varias terapias consideradas complementarias, entre ellas la alimentación saludable. También se mencionaron las infusiones medicinales, la acupuntura y la homeopatía. |
| Halpern G et al.; 2015; Brasil. (33) | Revisión bibliográfica. | Evaluar la evidencia disponible sobre nutrición y hábitos alimentarios en relación con la endometriosis. | Alimentos vegetales y nutrientes como el ácido omega-3 y las vitaminas minimizan los síntomas de la endometriosis. Las carnes rojas, los productos procesados y las grasas saturadas favorecen la progresión de la misma. |
| Roomaney R, Kagee A.; 2016; Sudáfrica. (34) | Estudio cualitativo. n=16 | Explorar cómo las pacientes en un entorno con recursos limitados afrontan la endometriosis. | Las estrategias utilizadas fueron: aumentar el conocimiento sobre su enfermedad, programar actividades en función del ciclo menstrual, buscar apoyo social, adoptar una actitud positiva, escucharse a sí mismas y estimular su espiritualidad. |
| Moradi M et al.; 2014; Australia. (35) | Estudio cualitativo. n=35: dividida en 3 grupos. | Explorar el impacto de la endometriosis y las diferencias entre tres grupos de edad. | Los impactos más destacados en los tres grupos se dieron sobre las relaciones sexuales/de pareja, sobre la vida social y sobre los aspectos físicos y psicológicos, pero con diferencias en el orden de prioridad. |
| Fourquet J et al.; 2011; Puerto Rico. (36) | Estudio descriptivo transversal. n=193 | Cuantificar el impacto de los síntomas de la endometriosis sobre el estado de salud físico y mental, la calidad de vida y los aspectos laborales. | Se halló un impacto estadísticamente significativo en las relaciones sexuales. Más de la mitad de las mujeres presentaban cambios de humor y sentimientos de no ser comprendidas, así como limitaciones en su trabajo a causa de su incapacidad física. |

| Autores/Año/País | Tipo de estudio/Muestra | Objetivo del estudio | Principales hallazgos |
|--|---|--|--|
| Oehmke F et al.; 2009; Alemania. (37) | Estudio descriptivo transversal. n=65 | Analizar el impacto de la endometriosis en la calidad de vida. | Los síntomas más comunes fueron la dismenorrea y la dispareunia, los cuales afectaban negativamente al bienestar físico, emocional, psicosocial, profesional y familiar. |
| Laganà AS et al.; 2015; Italia. (38) | Estudio de cohorte. n=214: 2 grupos de 166 y 48 pacientes. | Investigar la calidad de vida, las emociones negativas y la posible comorbilidad psicopatológica en pacientes afectadas por endometriosis. | Se observaron niveles más altos de somatización, depresión, sensibilidad y ansiedad y deterioro de la calidad de vida en mujeres con endometriosis en comparación con afectadas por otras enfermedades ginecológicas. |
| Facchin F et al.; 2015; Italia. (39) | Estudio analítico observacional. n=171: 3 grupos de 32, 78 y 61 personas. | Examinar el impacto de la endometriosis sobre la calidad de vida, ansiedad y depresión comparando la endometriosis asintomática, la endometriosis con dolor pélvico y un grupo control sano. | Se encontraron peor calidad de vida y salud mental en el grupo con dolor pélvico (PPEG), el cual influía en todas las variables. La dismenorrea afectaba sólo a la esfera física. La dispareunia y la disquecia no tuvieron efectos significativos. |
| Grundström H et al.; 2016; Suecia. (40) | Estudio cualitativo. n=25: 3 grupos de 10, 6 y 9 personas. | Identificar y describir las experiencias de los profesionales sanitarios al tratar a mujeres con síntomas indicadores de endometriosis. | Se considera un reto atender a las mujeres con sospecha de endometriosis. Las matronas consideran limitado su conocimiento sobre la misma. Se reconoce necesaria la inversión de tiempo suficiente en escuchar a las afectadas y reconocerlas su dolor. |
| Novakowski D, Cabral CM.; 2012; Brasil. (41) | Estudio longitudinal. | Desarrollar un Conjunto de Datos Esenciales para la Atención de Enfermería de Pacientes con Endometriosis (CDEEPE). | Se desarrollaron 51 ítems, a través del criterio de médicos y enfermeros/as, que incluían las características del dolor, las necesidades psicoespirituales, psicosociales y psicobiológicas, así como los diagnósticos, las intervenciones y los resultados de enfermería. |