

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

“ENDOMETRIOSIS Y LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍA”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:
SARAI SOLEDAD ALARCÓN BÁRCENAS

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



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.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

“ENDOMETRIOSIS Y LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍA”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:
SARAI SOLEDAD ALARCÓN BÁRCENAS

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis principalmente a mi Familia, porque éste es el resultado de cuatro años de esfuerzo en conjunto, porque con ello demuestro mi agradecimiento a tantas atenciones durante mis estudios.

Con esta tesis no termino, sino que apenas comienzo hacia un nuevo horizonte en el cual tendré que comenzar de nuevo para forjar un futuro pleno y lleno de esperanza.

Esto es sólo uno de los tantos logros que tengo en mente.

El tema es muy amplio y se pueden obtener grandes resultados en beneficio de las personas que lo soliciten, así como para todas aquellas personas que colaboraron conmigo para la realización de esta investigación.

Espero que sea de ayuda para todo aquel que requiera información sobre el tema aquí tratado.

AGRADECIMIENTO

Agradezco nuevamente a todos los que colaboraron para la realización de este proyecto en especial a maestros, compañeras, médicos, enfermeras, etc, así como a la EEHNSS y al HNSS, por permitirme entrar en el campo laboral tan fascinante de la Enfermería.

Papá:

Te agradezco infinitamente por haberme brindado la oportunidad de estudiar lo que en verdad aprecio, por tanto sacrificio físico de tu parte para mantenerme aunque lejos de ti, pero en formación para ser alguien en esta vida, gracias por enseñarme a no abandonar mis sueños y por ayudarme a construir un futuro que sé, no existiría sin tu apoyo.

Mamá:

Gracias por ser una mujer luchadora, por estar conmigo en momentos difíciles, y por compartir mis alegrías, quiero agradecer que formes parte de mi vida, que seas mi MAMÁ y mi AMIGA, gracias también por tu apoyo en todos los aspectos, gracias por estar en mi vida y llenarla siempre con tanta felicidad, gracias por permitirme ser ese primer retoño de tu vientre, recuerda que eso es algo que le agradeceré a DIOS eternamente.

Judith:

Hermana no tengo palabras para describir lo agradecida que estoy contigo y lo orgullosa que me haces sentir al mostrar esa actitud y fortaleza ante los retos de la vida. Debes seguir adelante, tu camino apenas comienza. Sigue así y nunca te rindas porque está de más decirte que tú puedes.

Monse:

Gracias por darme una esperanza ante las dificultades que se presentan en mi camino, por dejarme ser un ejemplo para ti, ojalá aproveches todo lo bueno que pueda brindarte, gracias por no dejarme sola y aunque seas tan pequeña enseñarme tantas lecciones cuando más lo necesito.

Sugey:

Nunca dejaré de repetir que eres lo mejor que tengo en la vida, nada mejor que un pedacito de judy que llegó inesperadamente, pero fue recibido con mucho amor, cambiaste por completo a la familia, gracias por darme un nuevo motivo para salir adelante y no caer, gracias pequeña por existir.

Gracias Dios porque sin ti no estaría aquí.

Mis más sinceras GRACIAS A TODOS.

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN	I
CAPÍTULO I CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.	
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	III
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	III
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	IV
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	IV
OBJETIVOS	IV
OBJETIVO GENERAL	IV
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	IV
JUSTIFICACIÓN	V
HIPÓTESIS	VI
VARIABLES	VI
VARIABLE DEPENDIENTE	VI
VARIABLE INDEPENDIENTE	VI
CAPÍTULO IIMARCO TEÓRICO.	
2. ANATOMÍA.....	2
2.1ÚTERO.....	2
2.1.1 ENDOMETRIO	3
2.2 ENDOMETRIOSIS	4
2.2.1 ETIOLOGÍA	5
2.2.2 SÍNTOMAS.....	6
2.2.3 DIAGNÓSTICO	7
2.2.4 TRATAMIENTO.....	8
2.2.4.1TRATAMIENTO MÉDICO	8
2.2.4.2 TRATAMIENTO HORMONAL	9
2.2.4.2.1MECANISMO DE ACCIÓN DEL TRATAMIENTO HORMONAL	12
2.2.4.2.2 VENTAJAS DEL TRATAMIENTO HORMONAL.....	12
2.2.4.2.3 DESVENTAJAS DEL TRATAMIENTO HORMONAL	12

2.2.4.2.4 TRATAMIENTO MÉDICO PRE OPERATORIO Y POST OPERATORIO	13
2.2.4.2.5 TRATAMIENTO HORMONAL PRE OPERATORIO	13
2.2.4.2.5.1 RESTITUCIÓN HORMONAL POST OPERATORIA	14
2.2.4.3 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	14
2.2.5 TIPOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.....	14
2.2.5.1 LAPAROSCOPIA	15
2.2.5.2 LAPAROTOMÍA	15
2.2.5.3 TÉCNICAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA	15
2.3 HISTERECTOMÍA.....	16
2.3.1 CLASIFICACIÓN.....	17
2.3.2 TÉCNICAS PARA LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍA	17
2.3.3 INDICACIONES PARA REALIZAR UNA HISTERECTOMÍA	18
2.3.4 TIEMPO DE RECUPERACIÓN.....	20
2.3.5 BENEFICIOS.....	20
2.3.6 COMPLICACIONES	21
2.3.7 PRONÓSTICO	22
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO.	
METODOLOGÍA	25
TIPO DE ESTUDIO	25
SUJETOS A ESTUDIAR	25
UNIVERSO.....	25
MUESTRA.....	26
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.....	27
TÉCNICAS UTILIZADAS	28
CAPÍTULO IV DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	
4.1 RESULTADOS DE ENCUESTAS	30
4.1.1 INSTRUMENTO PRINCIPAL	30
4.1.2 INSTRUMENTO SECUNDARIO	30
4.2 GRÁFICAS.....	31

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	
5.1 CONCLUSIONES	87
5.2 SUGERENCIAS	88
BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS ELECTRÓNICAS.....	89
ANEXOS	91

INTRODUCCIÓN

A través de este texto se pretende abordar los temas relacionados con la endometriosis, que en la actualidad se considera una de las enfermedades ginecológicas que se presentan con más frecuencia en mujeres jóvenes.

Esta patología se considera incurable, solo es tratable.

Para esto, existen varios tratamientos que logran contrarrestar los efectos de la endometriosis, pero hasta la fecha el más común es el quirúrgico que termina en la realización de histerectomía

Considerando la incidencia de esta enfermedad, recurrimos a esta investigación debido a que no se cuenta suficiente información sobre el tema, es por ello que se decide abordarlo para un nuevo enfoque que nos permita visualizar una alternativa de tratamiento a las complicaciones que se presentan en las pacientes que la padecen.

Mediante este método se plantea incrementar el uso del tratamiento hormonal en mujeres con esta enfermedad para reducir así el índice de realización de histerectomía.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La endometriosis es una de las enfermedades ginecológicas más comunes en la actualidad. Consiste en la aparición de tejido endometrial fuera del útero, sobretodo en la cavidad pélvica como en los ovarios, detrás del útero, en los ligamentos uterinos, en la vejiga o en el intestino. Afecta a mujeres de todas las edades, desde la menarca hasta la menopausia e incluso después de ésta.

Se ha comprobado que existen factores genéticos y hereditarios por los cuales se presenta la endometriosis en mujeres a temprana edad. Esta patología se considera incurable, solo es tratable.

Para esto, existen varios tratamientos que logran contrarrestar los efectos de la endometriosis, pero hasta la fecha el más común es el quirúrgico que termina en la realización de histerectomía y/o la extirpación de ovarios e incluso de trompas de Falopio.

A medida que la incidencia avanza en mujeres a temprana edad es más frecuente una histerectomía en ellas por lo que trae como consecuencia la esterilidad y afectación psicológica en adolescentes o primigestas y en algunos casos hasta mujeres núbiles de entre 15 y 30 años de edad.

Siendo este el motivo que nos hace pensar en la búsqueda de nuevos tratamientos como prevención o retardo de dicho procedimiento quirúrgico en estas mujeres.

Por lo anterior mencionado formulamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Es el tratamiento hormonal un factor determinante para disminuir la realización de histerectomía en mujeres con diagnóstico de endometriosis de 15 a 35 años?

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Considerando la incidencia de la patología en la actualidad, recurrimos a esta investigación debido a que no se encontró suficiente información sobre el tema, es por ello que se decide abordarlo para un nuevo enfoque que nos permita visualizar una alternativa de tratamiento a las complicaciones que se presentan en las pacientes con esta enfermedad.

Para poder conocer lo que a Endometriosis se refiere trataremos primeramente conceptos básicos de anatomía que nos permitirán comprender la patología desde su inicio.

2. ANATOMÍA

Dentro de la anatomía del aparato reproductor de la mujer encontramos una división en órganos externos e internos, enfocándonos en éste caso a los internos, en los cuales se encuentran la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios, siendo así el útero el principal tema a tratar a continuación.

2.1 Útero

Según el Dr. Alfonso Zamudio P. (2010), el útero ó *matriz* corresponde al órgano interno más importante del aparato reproductor femenino, dentro de sus funciones encontramos que recibe al embrión, lo mantiene, nutre y expulsa al finalizar el embarazo.

El útero está situado por detrás de la vejiga y por delante del recto sigmoides, forma un ángulo casi recto con la vagina dentro de la pelvis femenina, por lo que recibe el nombre de anteversoflexión.

El útero tiene forma de pera invertida, es un órgano hueco y su capacidad es de 10 mililitros, se divide en tres partes: fondo uterino, cuerpo uterino y cérvix. Mide aproximadamente 7.5 centímetros de largo por 5 centímetros de ancho y 3.5 centímetros de espesor.

El útero está formado por tres capas: endometrio o mucosa uterina, miometrio y exometrio o peritoneo visceral.

El útero lleva a cabo un ciclo en el endometrio que consta de tres capas que son: basal, compacta y esponjosa.

La menstruación es un flujo transvaginal sanguíneo, espontáneo y periódico que se origina en el endometrio.

2.1.1 El endometrio

Referido por el Dr. Alfonso Zamudio P. (2010), el endometrio está formado de epitelio columnar glandular: es aquí donde se origina la menstruación y en donde se implanta el embrión cuando hay embarazo. Es por esto que se considera como la capa funcional del útero.

El miometrio es la capa más gruesa del útero y está formado por músculo liso.

El exometrio es la capa más externa. Es la capa delgada y está formada por peritoneo visceral.

Durante la menstruación las capas compacta y esponjosa se descaman quedando únicamente la capa basal a partir de la cual se regeneran las siguientes dos capas en el próximo mes.

El endometrio es un tejido peculiar; a lo largo de la vida reproductiva de la mujer, se elimina y regenera alrededor de unas 400 veces, una vez cada mes. Se considera que la masa del endometrio que se descama cada mes es de 5 gramos aproximadamente.

El tejido endometrial está constituido por estroma (tejido conjuntivo), pero también tiene vasos sanguíneos, arterias, arteriolas, venas, vénulas, nervios, glándulas endometriales.

Una vez analizada la anatomía del útero, pasamos a una de sus patologías más frecuente, la endometriosis.

2.2 Endometriosis

Según el Dr. Tango (2011) la Endometriosis deriva etimológicamente de *endo: dentro* y *metrio: madre*, comúnmente se le conoce como el lugar donde la mujer embarazada lleva a su bebé. Se refiere a la aparición y crecimiento de tejido endometrial fuera del útero, principalmente dentro de la cavidad pélvica, en ovarios, detrás del útero, en los ligamentos uterinos, en el intestino e incluso en vejiga.

La endometriosis se ha convertido en una enfermedad relativamente frecuente en la actualidad, afectando así día a día a mujeres en edad fértil desde la menarca hasta la menopausia y en algunos casos aún después de ésta. Se presenta sin distinciones, no importa si la mujer ha tenido hijos o no, ni su raza ni su grupo étnico, ni su situación económica.

Al tejido endometriósico que crece fuera de su lugar se le conoce como bultos, implantes, tumores o nódulos. Pueden producir cicatrices en los órganos cercanos e ir formando una sola masa que parecerá un solo órgano más grande. La mayoría de estas lesiones son benignas pero se relacionan con cáncer de endometrio. Estos tumores pueden ser superficiales o invasores. Los tumores están influenciados por el

ciclo menstrual en la mujer, de modo que en cada menstruación estos tumores también sangran, y provocan una inflamación y tejidos cicatriciales o fibrosis, debido a que no hay salida de este sangrado fuera del cuerpo. Con frecuencia estos implantes o tumores comprometen ciertas partes de órganos vecinos como los ovarios, también se forman adherencias fibrosas como respuesta a la irritación crónica de la superficie peritoneal causada por los implantes.

Con frecuencia la endometriosis puede pasar desapercibida por el médico puesto que hay lesiones microscópicas en un peritoneo de aspecto normal.

Aún en estas masas microscópicas se encuentran cuatro componentes principales que son: glándulas endometriales, estroma endometrial, fibrosis y hemorragia. Para que pueda clasificarse como endometriosis deben existir por lo menos dos componentes, porque ningún componente por sí solo indica patología.

La endometriosis afecta psicológicamente a todas las mujeres que la padecen en torno a sus relaciones de pareja, familiares, laborales, y de reproducción.

Entre el 30 y 40 % de las mujeres que padecen endometriosis no son fértiles y lo descubren hasta que presentan problemas para lograr un embarazo; por lo que existe una relación significativa entre la presencia de endometriosis y la infertilidad.

A continuación se abordarán las causas más frecuentes de esta patología.

2.2.1 Etiología

Hasta la fecha no se conocen con certeza las causas de la endometriosis, pero existen varias teorías:

- ❖ Durante el periodo de la menstruación se presenta un flujo retrógrado del tejido endometrial a través de las trompas de Falopio que regresa al

abdomen, se coloniza dentro de la cavidad pélvica, crece y se descama en cada menstruación.

- ❖ Existen células del peritoneo que se convierten en endometriales escapando del útero, se rodea de epitelio y va formando los llamados implantes o nódulos que se denominan endometriomas.
- ❖ También existe la posibilidad de que la endometriosis sea una enfermedad hereditaria y que es causada por lo tanto por predisposición genética en ciertas mujeres.
- ❖ La endometriosis puede ser también una enfermedad de respuesta autoinmune, es decir, el cuerpo ataca a sus propios tejidos. Las sustancias químicas que se producen en las áreas afectadas por la endometriosis impulsan y favorecen el crecimiento de los tumores en más áreas.
- ❖ El sistema endócrino también se relaciona con esta patología puesto que los estrógenos favorecen el crecimiento de la enfermedad.
- ❖ Los factores ambientales como la exposición a sustancias químicas juegan también un papel importante dentro de las causas de esta patología.
- ❖ En el cuerpo se encuentran sustancias creadas por la enfermedad o en respuesta a esta, que podemos encontrar en sangre y orina. Si se buscan estas sustancias como marcadores de endometriosis, entonces se puede diagnosticar sin necesidad de cirugía.

Posterior a las causas, encontramos la diversa sintomatología que se presenta en la endometriosis.

2.2.2 Síntomas

Citado por N.Danforth, (1987) Dentro de los síntomas de la endometriosis podemos encontrar con mayor frecuencia el dolor en abdomen, pelvis, y dolor lumbar que van de leve a severo y en algunos casos es insoportable para quien lo padece, y la infertilidad, entre otros como dispareunia, dismenorrea, hipermenorrea, metrorragia,

trastornos intestinales como diarrea o estreñimiento, y comúnmente fatiga. Cabe mencionar que en algunos casos la endometriosis se presenta asintomáticamente.

Algunos factores de riesgo para que se presente esta patología son:

- Inicio de la menstruación a temprana edad.
- No haber tenido hijos.
- Ciclos menstruales con mayor frecuencia a los normales.
- Períodos de menstruación que se presentan por 7 días o más.
- Problemas como un hímenimperforado, que obstruye el flujo menstrual durante el período.

Una vez analizados los síntomas, mencionaremos los principales métodos de diagnóstico para la detección de esta enfermedad.

2.2.3 Diagnóstico

El diagnóstico de la endometriosis según N.Danforth, (1987) se puede realizar a cualquier edad principalmente si se presenta algunos de los síntomas ya mencionados. Es necesario realizar pruebas para valorar la dimensión de la patología.

- ❖ Primeramente se necesita una exploración física, en este caso, ginecológica, donde se puedan palpar los implantes.
- ❖ Ecografía ginecológica: que se realiza mediante ultrasonidos que permiten conocer una imagen a detalle del útero ya sea de manera abdominopélvica o vaginal.
- ❖ Resonancia Magnética Nuclear: que se realiza sólo en casos seleccionados.
- ❖ Laparoscopia: hasta el momento es la que determina el diagnóstico con más certeza mediante una microcirugía que permite al ginecólogo observar y revisar a detalle los órganos internos descubriendo así cualquier anomalía

como tumor o tejido endometrial fuera de su lugar. Determinando adecuadamente el tratamiento a seguir como una biopsia involucrando una pequeña parte del tejido para su estudio.

Como se mencionó anteriormente, la endometriosis se considera una enfermedad incurable, sólo es tratable. En la actualidad existen varios tratamientos, cada uno con factores a favor y factores en contra.

En este apartado encontraremos que el tratamiento dependerá de diversos factores como:

- Edad de la mujer.
- Gravedad de la sintomatología.
- Gravedad de la enfermedad y lesiones vecinas.
- Si se desea o no conservar la fertilidad para tener hijos en el futuro.

2.2.4 Tratamiento

El tratamiento de la endometriosis, uniformemente señalado por Ahued, (2003), Larry J. Copeland, (2002) y Dr. Elías S. Canales Pérez, (1997) se enfoca principalmente al dolor y en dado caso a la infertilidad, así como también medicamentos para impedir el empeoramiento de la enfermedad.

Dentro del tratamiento de la endometriosis no podemos encontrar la prevención puesto que cada mujer reacciona diferente y no se puede generalizar debido que no es posible realizar un pronóstico para saber en qué pacientes progresará. Aunque cabe destacar que la práctica del ejercicio aeróbico desde temprana edad podría disminuir la incidencia.

Desafortunadamente solo se puede brindar un alivio temporal.

A continuación se hace referencia de los diferentes tipos de tratamiento.

2.2.4.1 Tratamiento Médico

En algunas mujeres que presentan síntomas leves, el Tratamiento Médico es a base de analgésicos. El tratamiento para el dolor va desde remedios leves que no necesitan receta médica hasta las drogas de fuerte prescripción.

En estas pacientes se pueden manejar los síntomas utilizando:

- Antiinflamatorios no esteroides (AINES), como ibuprofeno (Advil), naproxeno (Aleve), paracetamol (Tylenol) o analgésicos para aliviar los cólicos y el dolor.
- También se puede mejorar la sintomatología a base de ejercicio y técnicas de relajación como se mencionó con anterioridad.

En el caso de la infertilidad se prescribe un periodo de 6 meses a prueba, es decir, tener relaciones sin protección, y si no se presenta un embarazo se tomará la decisión correcta en caso de necesitar un mayor tratamiento.

2.2.4.2 Tratamiento Hormonal

La endometriosis es estimulada por estrógenos, por lo que se ha planteado el tratamiento hormonal que ayude a deshacer la síntesis de estrógenos, y por consiguiente, a la atrofia de los implantes endometriales ectópicos, debido a la interrupción del ciclo de estimulación y hemorragia.

Estos implantes pueden reaccionar de manera parecida pero no del todo idéntica a las hormonas esteroides gonadales propias.

Dentro de este nuevo Tratamiento Hormonal también se encuentra una generación de inhibidores de aromatasa, que son reguladores de los receptores de estrógenos y

antagonistas de la progesterona que son los que pueden ofrecer nuevas opciones terapéuticas en un futuro.

Posterior a la administración de anticonceptivos en mujeres con endometriosis existe una disminución en la pérdida sanguínea durante la menstruación que beneficia con mayor frecuencia a quienes presentan hemorragia menstrual prolongada.

Otro tipo de tratamiento consiste en la utilización de progesterona que puede ser en pastillas o inyecciones.

Para varios autores como Ahued, (2003) y Larry J. Copeland, (2002) el tratamiento más recomendado es a base de una combinación de estrógeno, progesterona y agonistas de la hormona liberadora de la gonadotropina. Esta combinación se encarga de controlar el crecimiento del tejido que reviste al útero y así disminuir la cantidad de flujo menstrual.

En algunas mujeres se puede indicar medicamento para impedir que los ovarios produzcan estrógenos, es decir, agonistas de la gonadotropina como el acetato de nafarelina (Synarel) y el DepoLupron.

Entre los medicamentos más utilizados encontramos:

Estrógenos: su uso constante suprime la ovulación y produce un reblandecimiento de las lesiones de endometriosis.

Estrógenos y progestágeno: en combinación pueden simular una gestación (pseudoembarazo), con la aplicación de Norgestrel más Etinilestradiol o bien con Noretinodrel más mestranol.

Progestágenos: ejercen un efecto antiendometriótico produciendo una decidualización del tejido endometrial, seguida de una atrofia.

El acetato de medroxiprogesterona (MPA) 150mg por vía intramuscular cada 3 meses es efectivo en el tratamiento del dolor.

Levonorgestrel: es auxiliar en el tratamiento de la disminución de la dismenorrea, dolor pélvico y dispareunia.

Andrógenos: la metiltesterona y la testosterona, pero se está abandonando su empleo por los desagradables efectos colaterales.

Danazol: tiene un efecto inhibitor de las gonadotropinas endógenas, ayuda a la desaparición de la sintomatología produciendo cambios de necrosis y absorción de los focos endometriósicos. Tiene propiedades como supresión de la secreción de GnRH y atenuación inmunitaria sobre los efectos de la reproducción. Es un anabólico, androgénico y antiestrogénico.

La hormona liberadora de gonadotropina (GnRH): actúa bloqueando la producción de ciertas hormonas para prevenir la menstruación, reduciendo así el crecimiento de la endometriosis poniendo al organismo femenino en un estado "menopáusico". Se recomienda su uso por 3 a 6 meses.

Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina: suprime la producción de esteroides ováricos. Entre ellos están leuprolida, buserelina, nafarelina, histrelina, goserelina, deslorelina y triptorelina.

Antagonistas de progesterona: pueden suprimir la endometriosis gracias a sus efectos antiproliferativos sobre el endometrio actuando sin riesgo de hipoestrogenismo. Entre estos podemos mencionar algunos medicamentos como la mifepristona; que tiene efecto inhibitor directo en las células endometriales, onapristona; inhiben el crecimiento de las lesiones.

Gestriona: tiene acción a nivel central y periférico, produce inactivación celular y a su vez degenera los implantes endometrióticos, pero no los desaparece del todo.

Inhibidores de aromatasas: produce disminución en el volumen de las masas endometriales.

2.2.4.2.1 Mecanismo de acción del Tratamiento Hormonal

El Mecanismo de acción de los medicamentos mencionados del Tratamiento hormonal para la endometriosis consiste generalmente en la manipulación del ambiente endógeno.

Como se hace referencia anteriormente, en un principio se originaba un “pseudoebarazo”, es decir, suspender la menstruación con anticonceptivos monofásicos que provocaban amenorrea y la decidualización del tejido del endometrio, disminuyendo así la dismenorrea y el dolor pélvico. Esto origina una cadena en la cual la amenorrea inducida por los anticonceptivos reduce a su vez la menstruación retrógrada, que se encuentra entre uno de los muchos factores de riesgo que causan la endometriosis, aminorando con esto la posibilidad de que la enfermedad progrese.

Cabe mencionar también que la principal finalidad del tratamiento es provocar amenorrea.

2.2.4.2.2 Ventajas del tratamiento hormonal

Entre las ventajas del tratamiento con anticonceptivos se encuentra la utilidad de estos en tratamiento a corto plazo de la endometriosis con beneficios a largo plazo en algunas mujeres, y por otra parte, son menos costosos que muchas otras alternativas terapéuticas.

2.2.4.2.3 Desventajas del tratamiento hormonal

Como Desventajas podemos encontrar que este es un tratamiento de varios meses e incluso de años, para lograr el objetivo que se busca, aunque, como todos los medicamentos tienen efectos colaterales, en este caso el tratamiento hormonal puede provocar:

- Manchado con sangre, sensibilidad mamaria, náuseas y otros efectos hormonales secundarios, calambres musculares, acné, seborrea.
- Este tipo de terapia alivia la mayoría de los síntomas de endometriosis, pero no neutraliza ningún cambio físico que ya haya ocurrido.
- Los efectos secundarios pueden ser molestos y abarcan depresión y aumento de peso, bochornos, hirsutismo, reducción del tamaño de las mamas, disminución de la libido.
- Síntomas de menopausia como sofocos, resequedad vaginal, cambios en el estado de ánimo y pérdida precoz de calcio de los huesos.
- Debido a la alteración en la consistencia ósea, generalmente este tratamiento no se indica por más de seis meses, aunque en algunos casos, puede extenderse hasta por un año, administrado lentamente en pequeñas dosis de para ayudar a reducir los efectos secundarios causados por el debilitamiento de los huesos.
- Calores, cansancio, insomnio, cefalea.
- Retención de líquidos, hemorragia por hipoestrogenemia, hemorragia intermenstrual.

2.2.4.2.4 Tratamiento Médico Preoperatorio y Post-operatorio

También podemos encontrar Tratamiento Médico Preoperatorio y Post-operatorio que es de gran utilidad para evitar o disminuir la proliferación de la enfermedad.

Existen también efectos adversos a este tratamiento como la escasa posibilidad de un embarazo.

2.2.4.2.5.Tratamiento Hormonal Pre-operatorio

En cuanto al Tratamiento Hormonal Pre-operatorio, se recomienda sea de un ciclo de por lo menos tres meses que favorezca para disminuir la vascularización y el tamaño de los nódulos.

2.2.4.2.5.1 En la Restitución Hormonal Post-operatoria

En la Restitución Hormonal Post-operatoria habitualmente se utilizan estrógenos hasta tres meses después de la intervención quirúrgica, y en combinación con progestágeno se da mayor protección al endometrio.

Finalmente abordaremos lo referente al tratamiento quirúrgico para la Endometriosis.

2.2.4.3 Tratamiento Quirúrgico

En el último caso del Tratamiento para la endometriosis se encuentra el de Tipo Quirúrgico, que se ha tornado como la mejor opción en las mujeres con endometriosis extensa o que presentan dolor severo y que no ha cedido con tratamiento médico.

En cuanto al tratamiento quirúrgico se debe empezar por lo menos costoso y menos invasivo para toda paciente.

El principal propósito de la intervención quirúrgica es extirpar todas o la mayoría de las lesiones e incluso anexos afectados, para así restituir el tejido dañado.

Según Ahued, (2003), John D Thompson, (1998) y Dr. Elías S. Canales Pérez, (1997), el Tratamiento quirúrgico se realiza en base a la gravedad y extensión de las lesiones a través de cirugía conservadora, parcial o total de los órganos afectados.

2.2.5 Tipos de tratamiento Quirúrgico

La laparotomía o laparoscopia pélvica se realiza principalmente para diagnosticar la endometriosis y así poder localizar y extirpar tanto el tejido endometriótico como las adherencias, de no ser de este modo puede haber recurrencia en los síntomas y se terminará por realizar una cirugía total.

Por lo general se emplea una cirugía de ooforectomía y/o histerectomía, que se realizan solo en casos extremos y se llevan a cabo por laparoscopia o por laparotomía.

2.2.5.1 Laparoscopia

La laparoscopia es una variable del procedimiento quirúrgico mediante el cual se pueden extraer los tumores o se realiza su destrucción mediante la aplicación de calor, cerrando vasos sanguíneos sin necesidad de aplicar suturas.

Este acto quirúrgico se realiza con la finalidad de tratar la endometriosis sin dañar los tejidos sanos que se encuentran a su alrededor.

2.2.5.2 Laparotomía

Otra opción quirúrgica es la laparotomía, que es un procedimiento más complicado, por lo que es el último recurso para el tratamiento, puesto que es una cirugía mayor que consiste en la extirpación de los órganos dañados como lo son el útero; *histerectomía*, los ovarios y las trompas de Falopio; *salpingo-ooforectomía bilateral*.

2.2.5.3 Técnicas para la realización de la cirugía

Podemos encontrar una gran variedad de técnicas para la realización de la cirugía que puede ser radical o conservadora.

El láser es excelente para la vaporización de los implantes, pero requiere un amplio conocimiento y equipo costoso sofisticado.

La cirugía consta de la destrucción de los implantes, resección de adherencias, extirpación de quistes, y una vez terminado el acto quirúrgico, continuar o iniciar tratamiento médico.

Una vez que se han identificado los implantes del peritoneo, se les toma una biopsia y se procede a su evaporación o electrocoagulación con energía bipolar.

Las adherencias deben ser resecaadas, y no liberadas, puesto que pueden permanecer en la cavidad peritoneal y contener focos endometriósicos.

La endometriosis superficial ovárica puede ser tratada por la vaporización y la coagulación, para disminuir el daño al tejido ovárico.

Después de haber analizado los tipos de tratamiento, se abordará con mayor enfoque el de tipo quirúrgico definitivo llamado histerectomía.

2.3 Histerectomía

La palabra histerectomía se deriva de vocablos del griego *hystera* útero y *ektomia* corte, que se refiere a la extracción del útero o matriz, y puede ser por causas naturales o a causa de una intervención quirúrgica. Citado en Berek, (2007) y Larry J. Copeland, (2002) esta cirugía ginecológica se realiza para extirpar el útero

de una mujer y se puede hacer a través de una incisión ya sea en el abdomen o la vagina.

Esta es la intervención quirúrgica ginecológica más frecuentemente realizada en el mundo y desafortunadamente la más practicada sin indicación formal y en algunos casos, de manera innecesaria.

La práctica de una histerectomía depende de varios factores entre los cuales se encuentran la edad, la raza, domicilio, incluso el sexo del médico, puesto que la llevan a cabo más ginecólogos del sexo masculino que del sexo femenino.

2.3.1 Clasificación

La histerectomía se clasifica de acuerdo a las características que se encuentren:

- ❖ Según la vía de abordaje: Abdominal o Vaginal.
- ❖ Según la extensión de la resección uterina: Total o Parcial. Durante una histerectomía, puede extirparse todo el útero o sólo una parte. La histerectomía parcial (o supracervical) es la extirpación de sólo la parte superior del útero. El cuello uterino se deja en su lugar. La histerectomía total es en la que se realiza la extirpación total del útero y del cuello uterino.
- ❖ Según la conservación de los ovarios: la histerectomía con conservación de anexos se refiere a que se retira el útero dejando intactos los ovarios y las trompas de Falopio. Al mencionar el término *ooforosalingectomía bilateralsignifica* que se extirpan los ovarios y las trompas de Falopio de ambos lados.
- ❖ Según el tipo de enfermedad: Radical; una histerectomía extensa y ampliada que incluye la total extirpación del útero y los ovarios, parte superior de la

vagina y eliminación del tejido linfático local; esta intervención es exclusiva para el manejo de ciertos cánceres uterinos.

2.3.2 Técnicas para la Realización de Histerectomía

El médico decide qué tipo de histerectomía es la más adecuada, citado por Larry J. Copeland, (2002) dependiendo de la razón por la cual se realiza la cirugía.

Existen varias formas o técnicas para la realización de histerectomía entre las cuales se encuentran las más comunes:

- Histerectomía abdominal: ésta se realiza a través de una incisión en el abdomen, por donde se retira el útero. Se hace un corte de entre 5 a 7 pulgadas en la parte inferior del abdomen. El corte puede ser de arriba hacia abajo o a través del abdomen, por encima del vello púbico.
- Histerectomía vaginal: se realiza a través de la vagina, por donde se retira el útero. Se cerrará con puntos de sutura.
- Histerectomía laparoscópica: utilizando un laparoscopio (es un tubo con una cámara en el extremo). El cirujano hace de 3 a 4 incisiones pequeñas en el abdomen e introduce el laparoscopio y otros instrumentos quirúrgicos a través de las otras incisiones. Luego, secciona el útero en pedazos pequeños y luego se extraen a través de esas incisiones.
- La cirugía robótica: es como la cirugía laparoscópica, utiliza una máquina especial. Se usa con mayor frecuencia cuando la paciente tiene cáncer, sobrepeso o la cirugía vaginal no es segura.

2.3.3. Indicaciones para Realizar una Histerectomía

Entre las indicaciones para realizar una histerectomía podemos encontrar según Berek, (2007) que se recomienda para tratar:

- miomas uterinos
- cáncer endometrial
- displasia cervical recurrente de alto grado, solo si no desean conservar la fecundidad; incluso después hay peligro de recurrencia.
- Cáncer ovárico, puesto que se encuentran en peligro de experimentar cánceres pélvicos o metástasis ocultas.
- Endometriosis, cuando el dolor es severo y otros tratamientos no han ayudado o que no reaccionan al tratamiento conservador.
- Hemorragia disfuncional: Sangrado vaginal severo y prolongado que no se ha controlado con tratamiento médico. Solo si produce anemia o es sangrado excesivo.
- Prolapso uterino. útero desprendido que desciende hacia la vagina. A menos que exista un trastorno acompañante que requiera incisión abdominal, la histerectomía vaginal es el acceso preferido para el prolapso uterino.
- Adenomiosis.
- Dolor crónico de la pelvis acompañado de dismenorrea resistente al tratamiento, solo si la paciente no desea conservar la fecundidad.
- Complicaciones durante el parto, generalmente hemorragia.
- Urgencias obstétricas que son a consecuencia de la hemorragia posparto debida a una atonía uterina.
- Enfermedad inflamatoria pélvica, solo si no se ha reaccionado al tratamiento antibiótico intravenoso, o si encuentran datos relacionados con otras patologías como peritonitis o signos de sepsis.
- Con la histerectomía se pueden tratar también:

- Fibromatosis uterina: esta es la causa de la mayor parte de las histerectomías por causa benigna, desafortunadamente se convirtió en la mejor excusa para extraer un útero de manera innecesaria.
- Hemorragia uterina: los sangrados incontrolables provenientes del útero son indicación formal para practicar una histerectomía. Sin embargo, se podrían controlar con medicamentos en la mayor parte de los casos.
- Lesiones premalignas y malignas endometriales: el tratamiento para este tipo de problemas puede ser el tratamiento hormonal, histerectomía simple o histerectomía radical, dependiendo del problema.
- Lesiones premalignas y malignas del cuello del útero: se deberá proceder a practicar una histerectomía simple o radical dependiendo del caso.
- Esterilización quirúrgica: hasta hace algún tiempo se practicaban histerectomías como método anticonceptivo; en la actualidad esta indicación ha quedado totalmente eliminada.

Para un mejor manejo pre,trans y post-operatorio se indica el drenaje vesical con sonda.

La dieta puede ser a base de la ingesta de líquidos durante las primeras 24 horas después de la cirugía.

2.3.4 Tiempo de recuperación

El Tiempo de recuperación puede variar en cada paciente:

La histerectomía es la intervención quirúrgica más frecuentemente realizada en cirugía ginecológica, anteriormente la paciente permanecía hospitalizada alrededor de 8 días después de la intervención pero en la actualidad la hospitalización dura entre 1 y 3 días.

Después de ésta cirugía se indica reposo por 3 semanas, sin embargo la paciente debe limitar ciertos esfuerzos físicos hasta cumplir 6 a 12 semanas de operada. La recuperación en casos de cirugía vaginal es excepcionalmente rápida.

2.3.5. Beneficios

Los Beneficios que se pueden obtener después de una histerectomía van encaminados a devolver a la paciente una vida “normal”, sobre todo en los aspectos en los que entra su organismo femenino.

Después de la cirugía se muestra un gran porcentaje de disminución del dolor, así como una limitación en el progreso de la enfermedad.

En los casos de cáncer o lesiones pre cancerosas se elimina el tumor o el lugar donde podría aparecer o recurrir.

2.3.6 Complicaciones

Entre las complicaciones de una histerectomía podemos encontrar que como toda cirugía, es una intervención que expone a toda paciente al riesgo de muerte por la anestesia y debido a las complicaciones intraoperatorias o postoperatorias que se pudieran presentar; aunque ambas son muy raras, pero cabe resaltar que es inmoral llevar a quirófano a una paciente con pleno conocimiento que no tiene una verdadera indicación quirúrgica tan solo por el hecho de obtener un beneficio económico, que es también un factor que puede afectar a mujeres sin que exista necesidad de ella.

También se presentar daños a órganos vecinos como lesión intestinal.

La complicación más común es la infección de la herida pero se puede evitar con una buena técnica de asepsia y curación que incluye protección con gasa y antibióticos profilácticos.

Pueden existir diversos efectos adversos posteriores a la cirugía como:

- Resequedad vaginal por la falta de lubricación del cuello uterino, incluso atrofia vaginal y vesical por la falta de hormonas debido a la extirpación de los ovarios.
- Vagina más corta.
- Hemorragia intraoperatoria o postoperatoria, lesión a vías urinarias, y por lo general, provoca infección. Las hemorragias provienen de una mala técnica de hemostasia.

La pérdida de útero provoca la imposibilidad de recibir y anidar el huevo fecundado, por lo que se impide el desarrollo del embrión y por consecuencia posteriormente el feto, causando en la mayoría de los casos esterilidad.

Dentro de los daños psicológicos adversos que trae consigo una cirugía de este tipo se encuentran que las mujeres de 30 años o menos después de una histerectomía por dolor relacionada con endometriosis presentan en mayor parte que las de edades más avanzadas una sintomatología relacionada con sensación de pérdida y alteración en los diferentes aspectos de sus vidas.

Si se plantea la histerectomía como la única solución, es probable que se aconseje incluso cuando se disponga de opciones terapéuticas más apropiadas, menos costosas, quizá más eficaces y menos riesgosas. No obstante continúa siendo una alternativa importante cuando el tratamiento conservador fracasa.

2.3.7 Pronóstico

Para finalizar, el Pronóstico en esta enfermedad puede variar según el organismo de cada paciente, la hormonoterapia y la cirugía conservadora no pueden curar la endometriosis; sin embargo, si pueden aliviar parcial o totalmente los síntomas en muchas pacientes durante muchos años, que es lo que se pretende hasta el grado de retardar lo más posible una cirugía mayor como lo es la histerectomía.

Posterior a esto, el hecho de que se extirpe el útero (histerectomía), ambos ovarios y las trompas de Falopio brinda la mejor probabilidad de cura para la endometriosis. Pero aun así se puede necesitar hormonoterapia después de que le extirpen los ovarios. En muy pocas ocasiones, la endometriosis puede reaparecer, incluso después de una histerectomía.

Por ser el útero un órgano único no se le puede practicar más de una histerectomía a una misma mujer, este tratamiento es definitivo. La medida más importante para prevenir esta intervención por casos de enfermedad maligna es la citología y el control ginecológico anual.

Las pacientes deben considerar la posibilidad de tratamientos adicionales para la infertilidad si aun se desea lograr un embarazo.

La probabilidad de éxito del tratamiento dependerá de la gravedad de la endometriosis.

OBJETIVOS

Objetivo General

- ❖ Comprobar si existe relación entre el uso de tratamiento hormonal y la disminución de realización de histerectomía en mujeres de 15 a 35 años con diagnóstico de endometriosis.

Objetivos Específicos

- ❖ Valorar el uso de tratamiento hormonal en mujeres de 15 a 35 años con diagnóstico de endometriosis para disminuir la realización de histerectomía.
- ❖ Comparar la frecuencia de histerectomía en mujeres de 15 a 35 años con diagnóstico de endometriosis que llevaron tratamiento hormonal previamente.
- ❖ Comparar la frecuencia de histerectomía en mujeres de 15 a 35 años con diagnóstico de endometriosis que no llevaron tratamiento hormonal previamente.

JUSTIFICACIÓN

Debido a que en la actualidad persiste la frecuencia de endometriosis en mujeres jóvenes que termina en histerectomía se cree conveniente realizar este trabajo en búsqueda de tratamientos alternativos para prevenir de forma secundaria la histerectomía y en dado caso posponer lo más posible dicho procedimiento quirúrgico.

Al contar con un diagnóstico temprano de esta patología se puede contar con varios tratamientos para contrarrestar sus efectos, pero hasta la fecha el más común es la realización de histerectomía que trae como consecuencia la esterilidad, lo cual provoca grandes daños psicológicos en las mujeres que la padecen afectando sus

relaciones de pareja, familiares, laborales y de reproducción. Puede presentar emociones como tristeza, temor, enojo, confusión y soledad.

La endometriosis es una de las enfermedades ginecológicas más comunes que se presentan actualmente puesto que día a día afecta a mujeres de todas las edades, desde la menarca hasta la menopausia. Existen factores genéticos que condicionan su aparición a temprana edad.

La endometriosis consiste en la aparición y crecimiento de tejido endometrial fuera del útero, sobretodo en la cavidad pélvica, como en los ovarios, detrás del útero, en los ligamentos uterinos, en la vejiga o en el intestino. Cuando el tejido endometriósico crece, aparecen bultos llamados tumores o implantes que la mayoría de las veces son benignos pero pueden relacionarse con cáncer de endometrio.

Basando éste trabajo en que el tratamiento hormonal se ha convertido en la elección más común incluyendo combinación de estrógenos y progesterona puesto que controlan el crecimiento del tejido endometrial que reviste al útero, reduciendo así la endometriosis, por lo que se planea incrementar su uso en mujeres con dicha patología para así aportar un resultado favorable a quienes lo adopten, mediante una comparación de incidencia menor de histerectomía en mujeres que aceptan y aplican este tratamiento creando así una cultura de prevención en las mujeres que acuden a consulta y revisión constante para un mejor control y diagnóstico oportuno de endometriosis evitando una histerectomía a temprana edad.

HIPÓTESIS

En algunas mujeres con diagnóstico de endometriosis de 15 a 35 años el tratamiento hormonal es un factor determinante que disminuye la realización de histerectomía.

METODOLOGÍA

A continuación se hace referencia de los métodos de estudio aplicados para la realización del presente contenido, así como el enfoque específico y el tipo de investigación.

TIPO DE ESTUDIO

Dentro del tipo de estudio utilizado podemos encontrar el de tipo cualitativo, que se centra en los fenómenos ocurridos y en la posible comprensión de los mismos. Este tipo de estudio puede o no presentarse en el conjunto de individuos que constituyen el conjunto a estudiar.

Como tipo de investigación se encuentra la mixta que corresponde a investigación tanto de campo como investigación documental, y del mismo modo correlacional, se realiza con un enfoque descriptivo, y un tanto propositivo según los resultados.

SUJETOS A ESTUDIAR

Para llevar a cabo este proyecto se tomó como referencia a pacientes de entre 15 y 35 años con diagnóstico de endometriosis, que nos lleven al cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Universo

Nuestro universo se enfoca en pacientes de entre 15 y 35 años con diagnóstico de endometriosis, que acuden a consulta externa en distintos hospitales de la ciudad, y que como consecuencia de esta patología se ha presentado la histerectomía como

tratamiento radical y definitivo, algunas de ellas con tratamiento farmacológico con anterioridad y algunas sin éste.

Muestra

La muestra de la población fueron treinta personas por redondeo, ya que fue el dato arrojado con la aplicación de la fórmula para población finita y datos cualitativos.

Se aplicaron treinta encuestas piloto y se obtuvieron los siguientes datos:

FÓRMULA

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 N + Z^2 p q}$$

Significado de valores

n = Tamaño de la muestra.

Z^2 = Consecuencias del tamaño de muestra.

e = Márgen de error aceptado.

p = Probabilidad de éxito.

q = Probabilidad de fracaso.

N = Tamaño de la población.

Sustitución

$$n = \text{¿?}$$

$$Z^2 = 1.96$$

$$e = 0.05$$

$$p = 17/20 = 0.85$$

$$q = 3/20 = 0.15$$

$$N = 35$$

Desarrollo de la Fórmula

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.85) (0.15) (35)}{(0.05)^2 (35) + (1.96)^2 (0.85) (0.15)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.85) (0.15) (35)}{(0.0025)(35) + (3.8416)(0.85) (0.15)}$$

$$n = \frac{(17.14314)}{(0.577304)} = 29.69$$

$$n = \mathbf{30}$$

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

La confiabilidad produce constantemente los mismos resultados al aplicarla a sujetos similares e implica consistencia.

Se realiza técnica aleatoria simple.

La validez corresponde al estimular información exacta y relevante proporcionada por el pilotaje previo.

TÉCNICAS UTILIZADAS

Las técnicas utilizadas se basan en la de aplicación de encuestas como instrumento principal que están dirigidos a médicos y a las mujeres que presentan endometriosis para la obtención de datos precisos que fundamentan nuestro trabajo de investigación.

Se tomaron en cuenta las gráficas de los resultados de ambas encuestas para la medición de variables.

4.1 RESULTADO DE ENCUESTAS

4.1.1 Instrumento Principal.

Encuesta a mujeres con diagnóstico de endometriosis de 15 a 35 años.

4.1.2 Instrumento Secundario

Encuesta a médicos sobre endometriosis y su tratamiento más frecuente.

Para la obtención de los resultados de la investigación nos basamos en los datos que arrojan ambas encuestas y que a continuación se reflejan en las gráficas.

4.2 GRÁFICAS

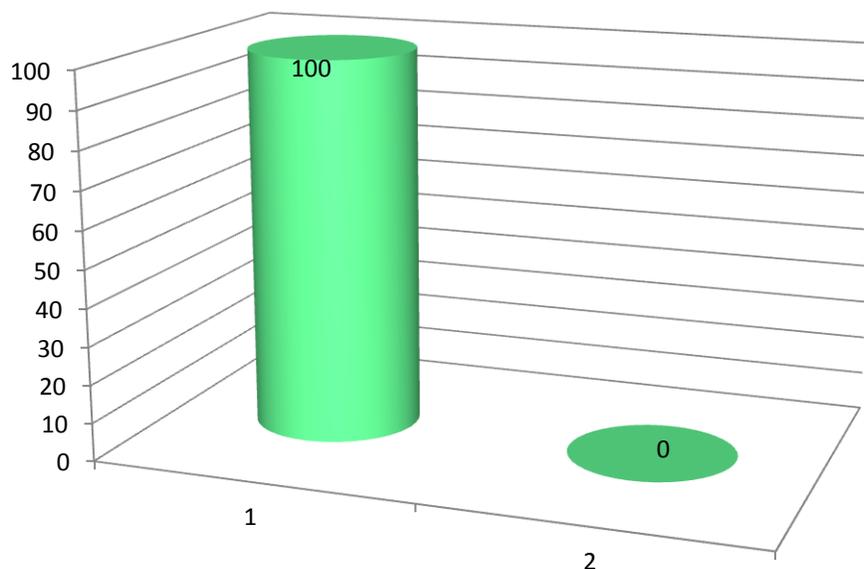
Las gráficas demuestran los resultados de las encuestas realizadas en el desarrollo de nuestra investigación.

4.2.1 Gráficas de encuesta a médicos.

4.2.2 Gráfica de encuesta a mujeres con endometriosis.

4.2.1 GRÁFICAS DE ENCUESTAS A MÉDICOS.

GRÁFICA 1. ¿Sabe en qué consiste la endometriosis?



RESPUESTAS:

- 1- SI 100%
- 2- NO 0%

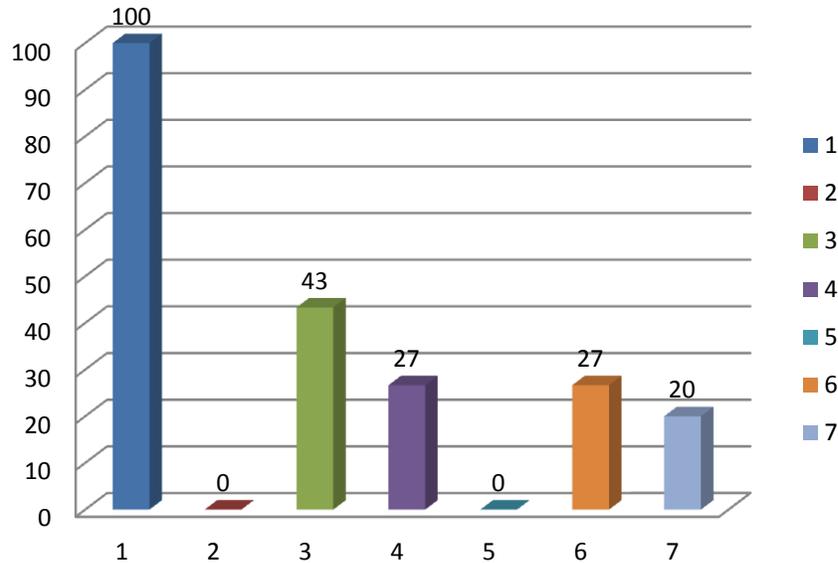
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se observa que de 30 médicos que encuestados, todos coincidieron al responder que sí saben en qué consiste la endometriosis.

INTERPRETACIÓN:

Al realizar esta pregunta en los hospitales de la ciudad podemos corroborar que el 100% de los médicos encuestados conocen esta patología.

GRÁFICA 2. De las siguientes, ¿cuáles son las principales causas que pueden desencadenar esta enfermedad?



RESPUESTAS:

- 1-Flujo menstrual retrógrado.
- 2-Que sea mujer multigesta.
- 3-Herencia.
- 4-Transformación de las células del peritoneo en endometriales.
- 5-Que sea mujer primigesta.
- 6-Exposición a sustancias químicas.
- 7-Enfermedades autoinmunes.

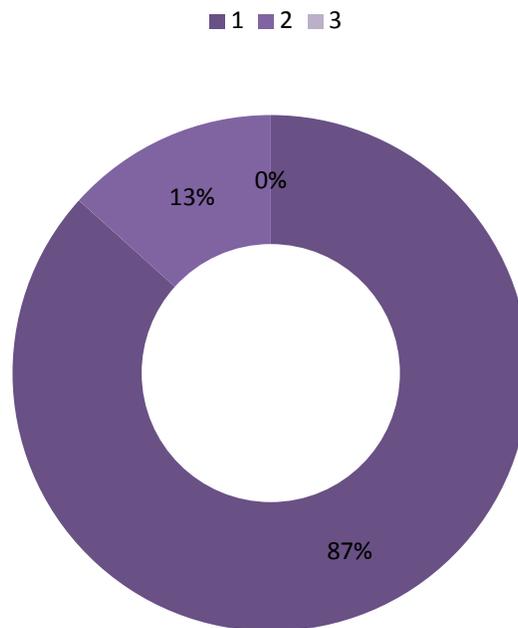
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se observa que de los 30 médicos encuestados, 30 contestaron que la causa principal de endometriosis es Flujo menstrual retrógrado, 13 que es Herencia, 8 que es Transformación de las células del peritoneo en endometriales y 8 que es Exposición a sustancias químicas.

INTERPRETACIÓN:

En esta gráfica se aprecia que entre las principales causas de endometriosis están: Flujo menstrual retrógrado, Herencia, Transformación de las células del peritoneo en endometriales y Exposición a sustancias químicas.

GRÁFICA 3. ¿Con qué frecuencia se presenta dicha enfermedad?



RESPUESTAS:

- 1-Entre un 2 y 10 % de mujeres en edad reproductiva.
- 2-Entre un 30 y 50 % de mujeres en edad reproductiva.
- 3-Entre 75 y 90 % de mujeres en edad reproductiva.

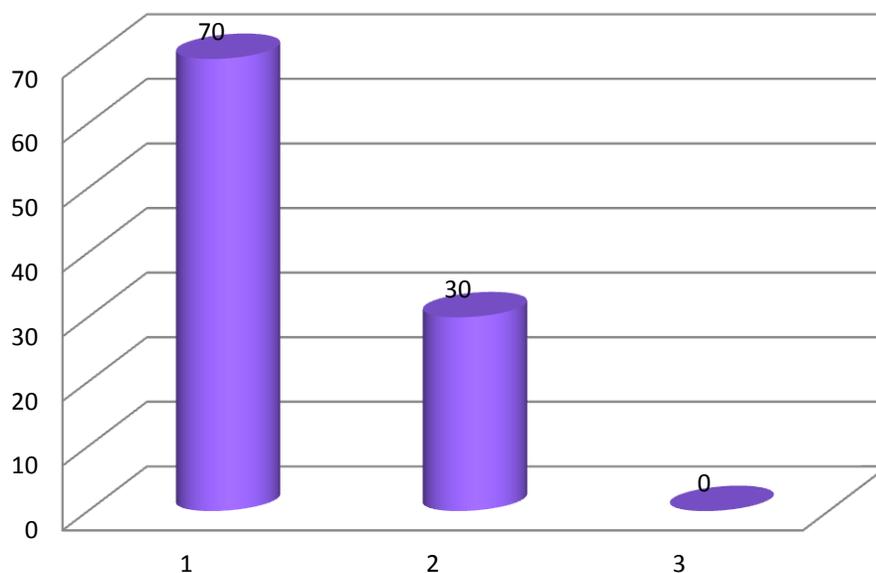
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se observa que de los 30 médicos encuestados, 26 respondieron que la frecuencia de la enfermedad está Entre un 2 y 10 % de mujeres en edad reproductiva y 4 respondieron que Entre un 30 y 50 % de mujeres en edad reproductiva.

INTERPRETACIÓN:

Con la gráfica podemos interpretar que la frecuencia de la enfermedad está Entre un 2 y 10 % de mujeres en edad reproductiva.

GRÁFICA 4. ¿En qué edades se presenta con mayor frecuencia?



RESPUESTAS:

- 1-15 a 25 años.
- 2-25 a 30 años.
- 3-30 a 40 años

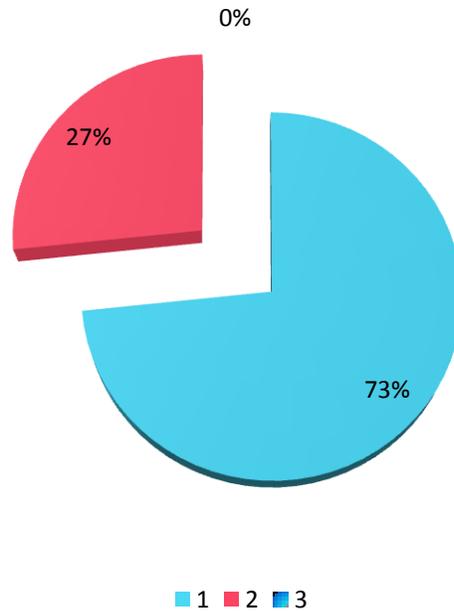
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica podemos observar que de los 30 médicos encuestados, 21 respondieron que la enfermedad se presenta con mayor frecuencia entre los 15 y 25 años y 9 respondieron que entre 25 y 30 años.

INTERPRETACIÓN:

Con la gráfica podemos interpretar que la endometriosis se presenta con mayor frecuencia en mujeres de 15 a 25 años.

GRÁFICA 5. ¿En la actualidad con qué frecuencia llegan pacientes de este diagnóstico a su consulta diaria?



RESPUESTAS:

- 1-1 de 10 pacientes. 73%
- 2-3 de 10 pacientes. 27%
- 3-Más de 5 de 10 pacientes.

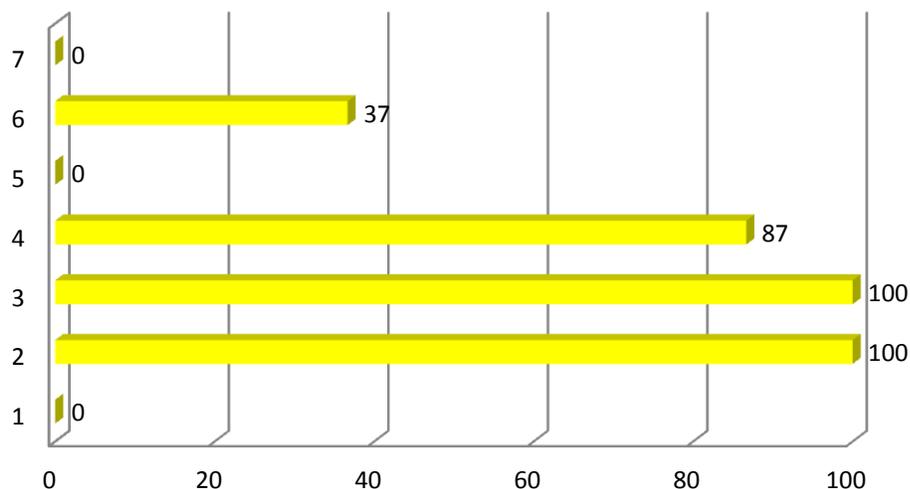
DESCRIPCIÓN:

La gráfica nos muestra que de los 30 médicos encuestados, 22 respondieron que a su consulta diaria 1 de 10 pacientes presenta endometriosis y sólo 8 respondieron que 3 de 10 pacientes.

INTERPRETACIÓN:

En esta gráfica se puede interpretar que en la consulta diaria del 73% de los médicos 1 de 10 pacientes presenta endometriosis.

GRÁFICA 6. De los siguientes, ¿cuáles son los signos que se desarrollan en la endometriosis?



RESPUESTAS:

- 1-Amenorrea.
- 2-Infertilidad.
- 3-Hipermenorrea.
- 4-Metrorragia.
- 5-Diarrea.
- 6-Dispareunia.
- 7-Estreñimiento.

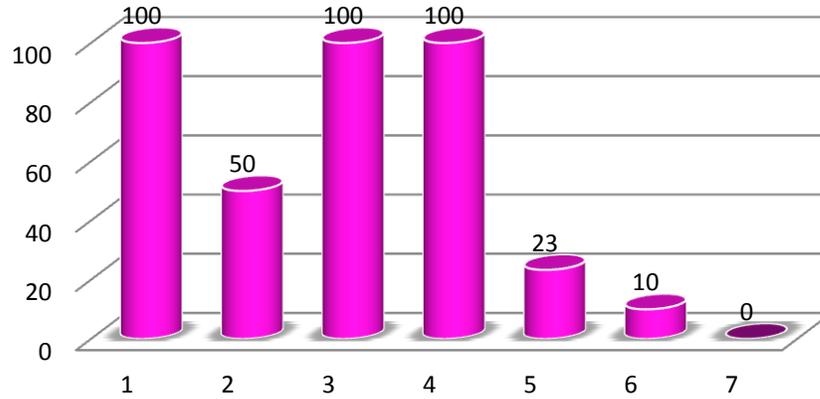
DESCRIPCIÓN:

La gráfica muestra que de los 30 médicos encuestados, 30 respondieron que los signos de la endometriosis son Infertilidad, e Hipermenorrea, 26 respondieron que Metrorragia y sólo 11 respondieron que Dispareunia.

INTERPRETACIÓN:

En esta gráfica se puede interpretar que los 3 principales signos de la endometriosis son: Infertilidad, Hipermenorrea y Metrorragia.

GRÁFICA 7. De los siguientes, ¿cuáles son los síntomas que se desarrollan en la endometriosis?



RESPUESTAS:

- 1-Dismenorrea.
- 2-Dispareunia.
- 3-Dolor pélvico.
- 4-Dolor lumbar.
- 5-Fatiga.
- 6-Cefalea.
- 7-Disnea.

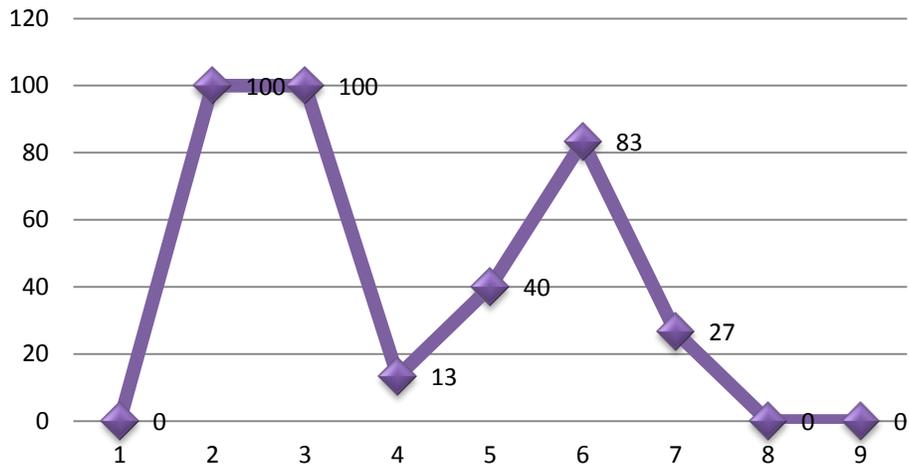
DESCRIPCIÓN:

La gráfica muestra que de los 30 médicos encuestados, 30 respondieron que los síntomas de la endometriosis son Dismenorrea, Dolor pélvico y Dolor lumbar, 15 respondieron que Dispareunia, 7 respondieron que Fatiga y sólo 3 respondieron que Cefalea.

INTERPRETACIÓN:

En esta gráfica se puede interpretar que los 3 principales síntomas de la endometriosis son: Dismenorrea, Dolor pélvico y Dolor lumbar.

GRÁFICA 8. Indique ¿cuáles son los métodos para diagnosticar esta enfermedad.



RESPUESTAS:

- 1-Exploración física.
- 2-Exploración ginecológica.
- 3-Ultrasonido.
- 4-Placa simple de abdomen.
- 5-Resonancia magnética.
- 6-Laparoscopia.
- 7-Laparotomía.
- 8-BH.
- 9-EGO.

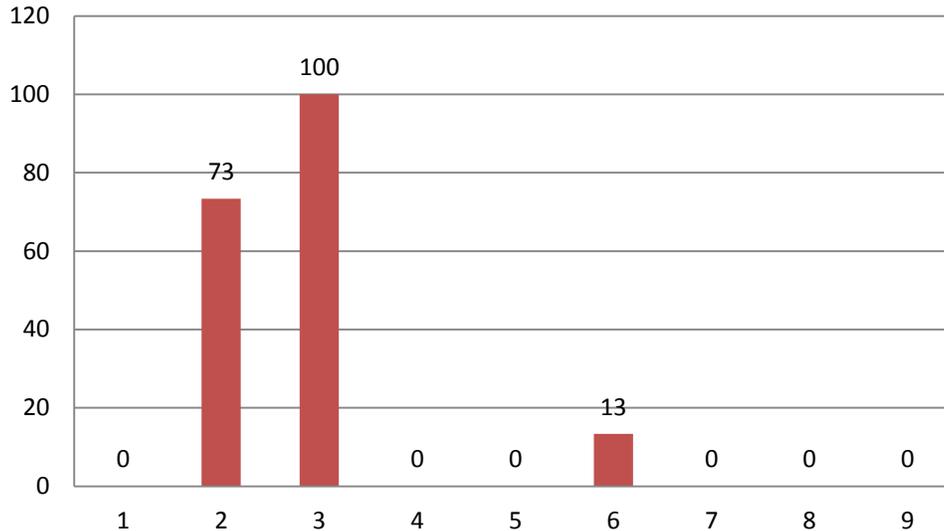
DESCRIPCIÓN:

La gráfica muestra que de los 30 médicos encuestados, el 100% respondió que los métodos para diagnosticar la endometriosis son Exploración ginecológica y Ultrasonido, el 13% respondió que Placa simple de abdomen, el 40% que Resonancia magnética, el 83% que Laparoscopia y el 27% respondió que Laparotomía.

INTERPRETACIÓN:

Con esta gráfica se puede interpretar que los 3 principales métodos para diagnosticar la endometriosis son: Exploración ginecológica, Ultrasonido y Laparoscopia.

GRÁFICA 9. ¿Cuál de los anteriores utiliza usted?



RESPUESTAS:

- 1-Exploración física.
- 2-Exploración ginecológica.
- 3-Ultrasonido.
- 4-Placa simple de abdomen.
- 5-Resonancia magnética.
- 6-Laparoscopia.
- 7-Laparotomía.
- 8-BH.
- 9-EGO.

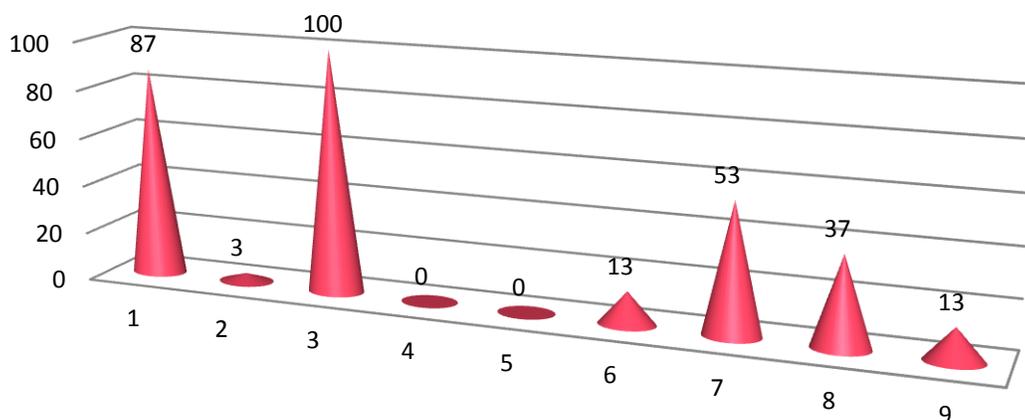
DESCRIPCIÓN:

En esta gráfica se muestra que de los 30 médicos encuestados, el 73% respondió que utiliza la Exploración ginecológica como método para diagnosticar la endometriosis, el 100% respondió que Ultrasonido, y sólo el 13% que Laparoscopia.

INTERPRETACIÓN:

Con la gráfica se puede interpretar que el método de diagnóstico más utilizado para la endometriosis es el Ultrasonido.

GRÁFICA 10. Seleccione cuál es el tratamiento de la endometriosis.



RESPUESTAS:

- 1-Analgésicos.
- 2-Antiespasmódicos.
- 3-Tratamiento hormonal.
- 4-Ooforectomía.
- 5-Salpinguectomía.
- 6-Histerectomía.
- 7-Laparoscopia.
- 8-Cauterización de las lesiones.
- 9-Ejercicio.

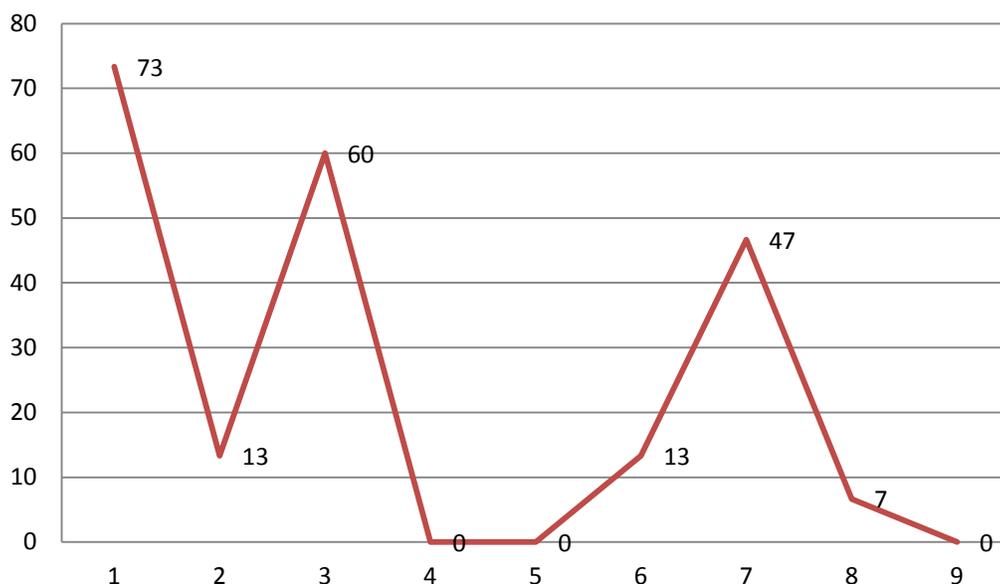
DESCRIPCIÓN:

En esta gráfica se muestra que de los 30 médicos encuestados, el 87% respondió que el tratamiento para la endometriosis se basa en los analgésicos el 3% Antiespasmódicos, el 100% el de tipo hormonal, el 13% Histerectomía y el ejercicio, el 53% Laparoscopia, el 37% Cauterización de las lesiones.

INTERPRETACIÓN:

Con la gráfica se puede interpretar que el tratamiento más utilizado para la endometriosis es el de Tipo hormonal y antiespasmódico.

GRÁFICA 11. ¿Cuál de los anteriores es el tratamiento de elección que usted utiliza?



RESPUESTAS:

- 1-Analgésicos.
- 2-Antiespasmódicos.
- 3-Tratamiento hormonal.
- 4-Ooforectomía.
- 5-Salpinguectomía.
- 6-Histerectomía.
- 7-Laparoscopia.
- 8-Cauterización de las lesiones.
- 9-Ejercicio.

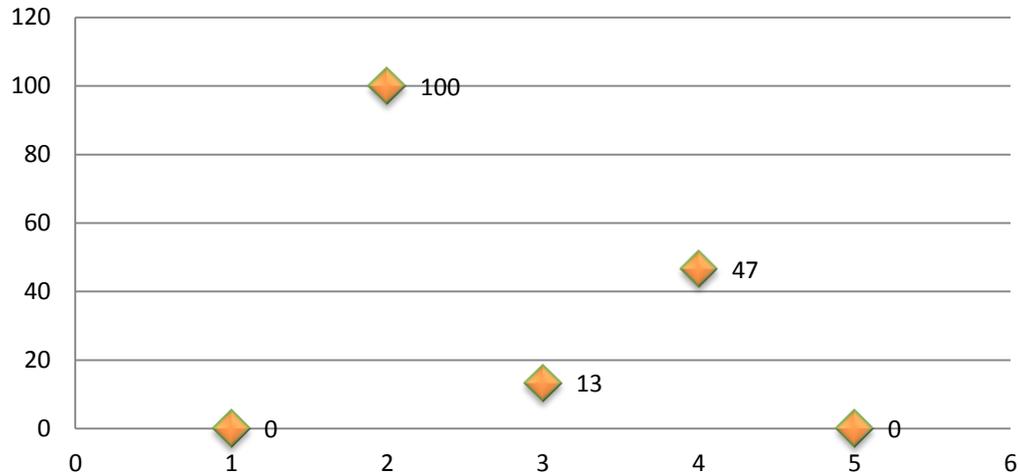
DESCRIPCIÓN:

En esta gráfica se muestra que de los 30 médicos encuestados, el 73% respondió que utiliza como tratamiento para la endometriosis los analgésicos el 13% Histerectomía y Antiespasmódicos, el 60% el de tipo hormonal, el 47% Laparoscopia y el 7% Cauterización de las lesiones.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica nos interpreta que el tratamiento más utilizado para la endometriosis son los analgésicos, el de tipo hormonal y laparoscopia.

GRÁFICA 12. De las siguientes, ¿cuáles son las consecuencias de endometriosis que se ha encontrado usted?



RESPUESTAS:

- 1-Cáncer endometrial.
- 2-Esterilidad.
- 3-Histerectomía.
- 4-Trastornos psicológicos.
- 5-Osteoporosis.

DESCRIPCIÓN:

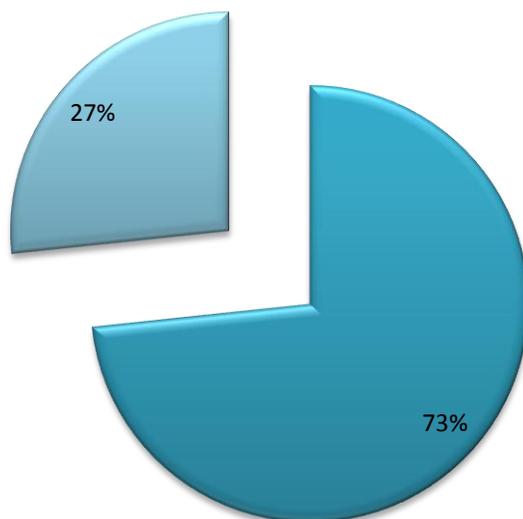
En la gráfica se muestra que de los 30 médicos encuestados, el 100% respondió que ha encontrado como consecuencia de la endometriosis Esterilidad, el 13% Histerectomía y el 47% Trastornos psicológicos

INTERPRETACIÓN:

Con la gráfica se puede interpretar que la esterilidad es la principal consecuencia de la endometriosis.

GRÁFICA 13. ¿Existen secuelas posteriores al tratamiento?

■ 1 ■ 2



RESPUESTAS:

1-SI 73%

2-NO 27%

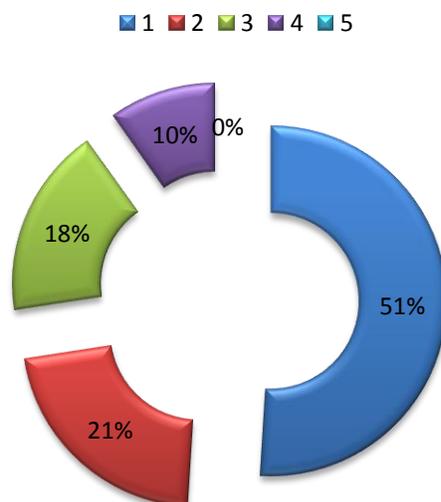
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se muestra que de los 30 médicos encuestados, el 73% respondió que sí existen secuelas posteriores al tratamiento de la endometriosis, y el 27% respondió que no las hay.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica que en la mayoría de los casos se presentan secuelas a{un después del tratamiento.

GRÁFICA 14. Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta anterior, indique cuál de las siguientes sería una secuela posterior al tratamiento.



RESPUESTAS:

- 1-Recurrencia.
- 2-Depresión.
- 3-Esterilidad.
- 4-Sequedad vaginal.
- 5-Osteoporosis.

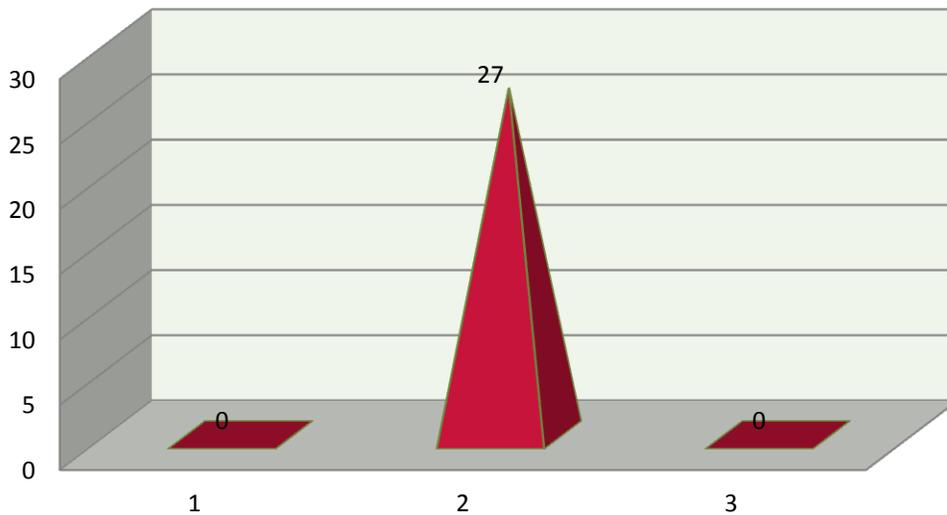
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se expone que de los médicos que respondieron que en efecto, existen secuelas posteriores al tratamiento encontramos algunas como: Recurrencia en un 51%, Depresión en el 21%, Esterilidad en un 18% y Sequedad vaginal en el 10%.

INTERPRETACIÓN:

La principal secuela posterior al tratamiento de endometriosis es la recurrencia.

GRÁFICA 15. Si su respuesta fue negativa indique el motivo.



RESPUESTAS:

- 1-El padecimiento se hizo crónico.
- 2-La paciente se recuperó.
- 3-La paciente falleció.

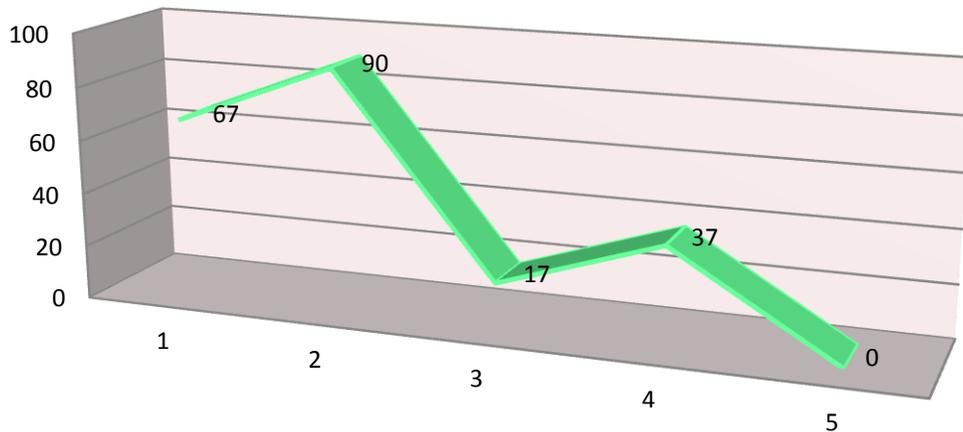
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se expone que de los 8 médicos que respondieron que no existen secuelas posteriores al tratamiento encontramos que el principal motivo es porque La paciente se recuperó.

INTERPRETACIÓN:

En los casos de mujeres con endometriosis donde no existen secuelas posteriores al tratamiento es porque La paciente se recuperó.

GRÁFICA 16. Indique cuál de las siguientes es la función del tratamiento hormonal.



RESPUESTAS:

- 1-Reducir el dolor.
- 2-Manipular el ambiente endógeno.
- 3-Reducir el sangrado menstrual.
- 4-Origina un pseudoembarazo.
- 5-Todas las anteriores.

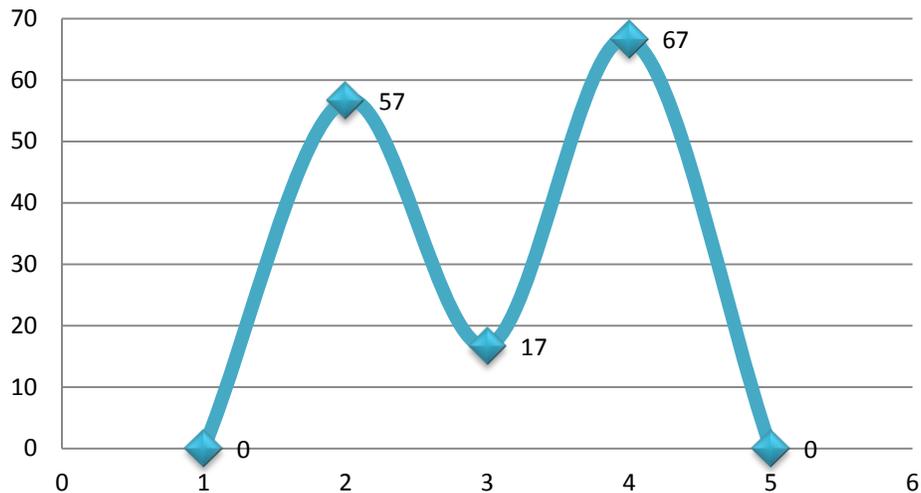
DESCRIPCIÓN:

En esta gráfica se muestra que de los 30 médicos encuestados, el 67% respondió que la función del tratamiento es Reducir el dolor, el 90% que Manipular el ambiente endógeno, el 17% que Reducir el sangrado menstrual y el 37% que Origina un pseudoembarazo.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica señala que la principal respuesta sobre la función del tratamiento hormonal es Manipular el ambiente endógeno.

GRÁFICA 17. ¿Qué beneficios brinda el tratamiento hormonal?



RESPUESTAS:

- 1-Es menos costoso.
- 2-Disminuye los síntomas ya mencionados.
- 3-Tiene utilidad de corto plazo y beneficios a largo plazo.
- 4-Evita el crecimiento del tejido endometrial fuera del útero.
- 5-Adelanta la menopausia.

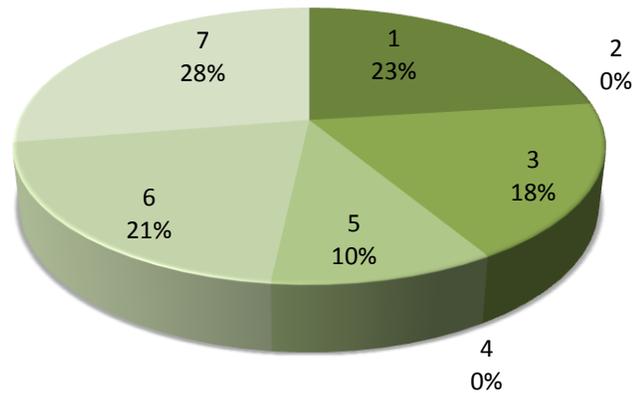
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se observa que de los 30 médicos encuestados, el 57% respondió que entre los beneficios del tratamiento está que: Disminuye los síntomas ya mencionados, el 17% que Tiene utilidad de corto plazo y beneficios a largo plazo, el 67% que Evita el crecimiento del tejido endometrial fuera del útero.

INTERPRETACIÓN:

El principal beneficio que brinda el tratamiento hormonal es que Evita el crecimiento del tejido endometrial fuera del útero.

GRÁFICA 18. ¿Qué complicaciones tiene el tratamiento hormonal?



RESPUESTAS:

- 1-Puede requerir tratamiento a largo plazo.
- 2-Provoca sensibilidad mamaria.
- 3-Provoca aparición de acné.
- 4-Provoca calambres musculares.
- 5-Náuseas.
- 6-Aumento de peso.
- 7-Disminuye la libido.

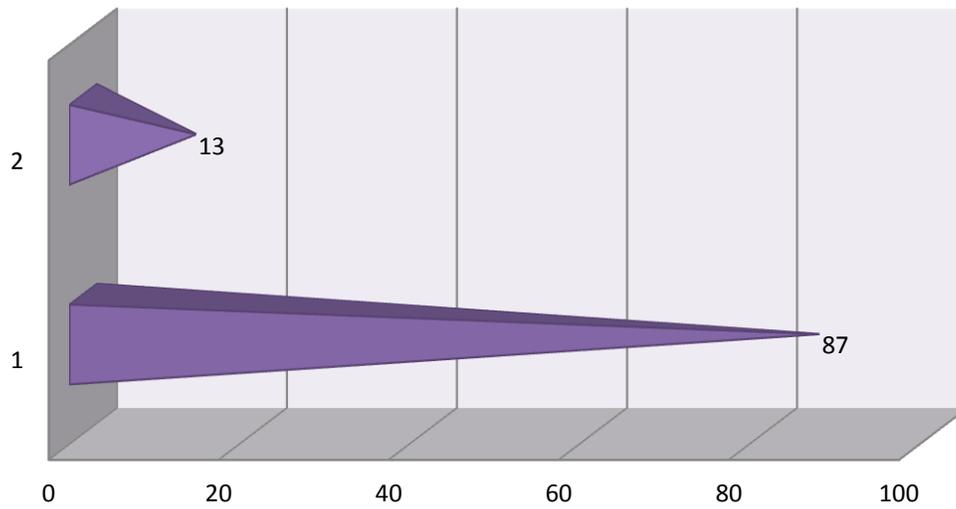
DESCRIPCIÓN:

Según las respuestas de los médicos encuestados, las principales complicaciones del tratamiento hormonal son en un 28% que Disminuye la libido, 23% Puede requerir tratamiento a largo plazo, 21% Aumento de peso, 18% Provoca aparición de acné, y 10% Náuseas.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica muestra que la principal complicación del tratamiento hormonal es que disminuye la libido.

GRÁFICA 19. ¿Usted recomienda el tratamiento hormonal?



RESPUESTAS:

1-SÍ
2-NO

DESCRIPCIÓN:

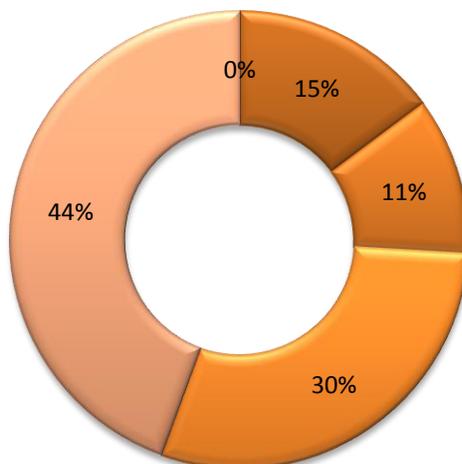
En la gráfica se observa que de los 30 médicos encuestados, el 87% respondió que sí recomienda el tratamiento hormonal y el 13% respondió que no.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los médicos que respondieron a nuestra encuesta sí recomienda el tratamiento hormonal.

GRÁFICA 20. Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta anterior, indique con qué frecuencia el tratamiento hormonal ha mejorado/disminuido la sintomatología en sus pacientes.

■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5



RESPUESTAS:

- 1-En menos del 25%.
- 2-En el 25%.
- 3-En el 50%.
- 4-En el 75%.
- 5-En más del 75%.

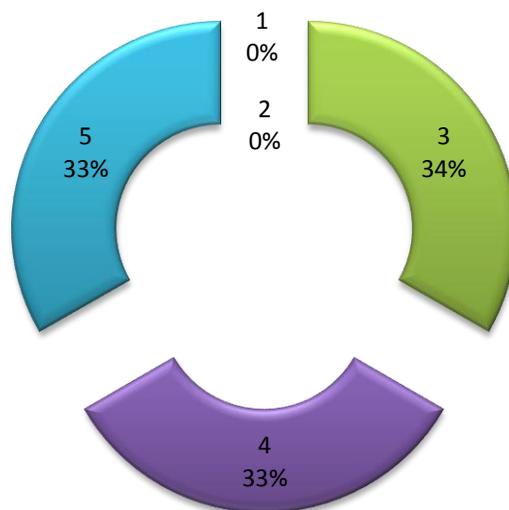
DESCRIPCIÓN:

De los médicos encuestados que recomiendan el tratamiento hormonal, 4 refieren que disminuye la sintomatología En menos del 25%, 3 que En el 25%, 8 que En el 50% y 12 que En el 75%.

INTERPRETACIÓN:

El tratamiento hormonal es recomendado porque disminuye la sintomatología de la endometriosis hasta en el 75% de las pacientes.

GRÁFICA 21. Si su respuesta fue negativa indique el motivo.



RESPUESTAS:

- 1-No mejora la sintomatología de las pacientes.
- 2-Es más costoso.
- 3-Causa muchos efectos colaterales.
- 4-Las pacientes no lo aceptan.
- 5-Prefiere utilizar otras opciones de tratamiento.

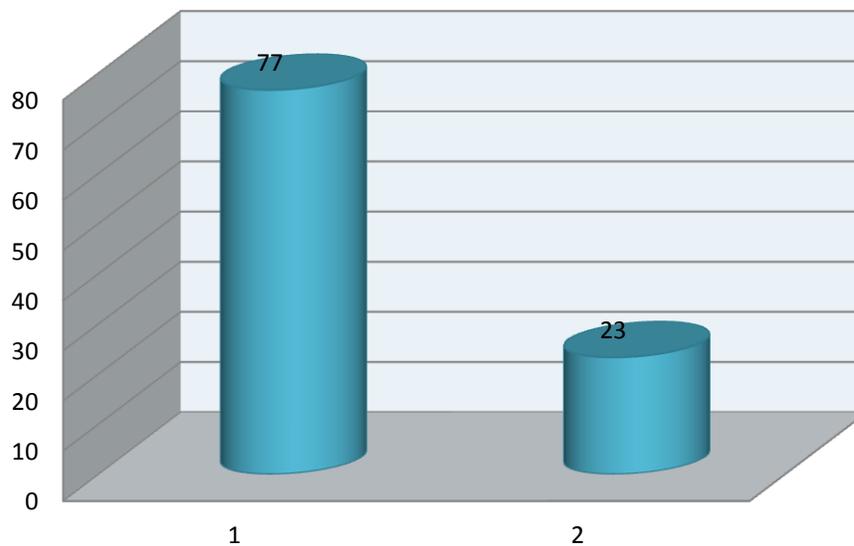
DESCRIPCIÓN:

De los médicos encuestados que no recomiendan el tratamiento hormonal, 4 refieren que Causa muchos efectos colaterales, 4 que Las pacientes no lo aceptan, y 4 que Prefiere utilizar otras opciones de tratamiento.

INTERPRETACIÓN:

Las principales causas por las que no se recomienda el tratamiento hormonal son: Causa muchos efectos colaterales, Las pacientes no lo aceptan, y se Prefiere utilizar otras opciones de tratamiento.

GRÁFICA 22. ¿El tratamiento hormonal puede reducir el índice de realización de histerectomía?



RESPUESTAS:

- 1-SI
- 2-NO

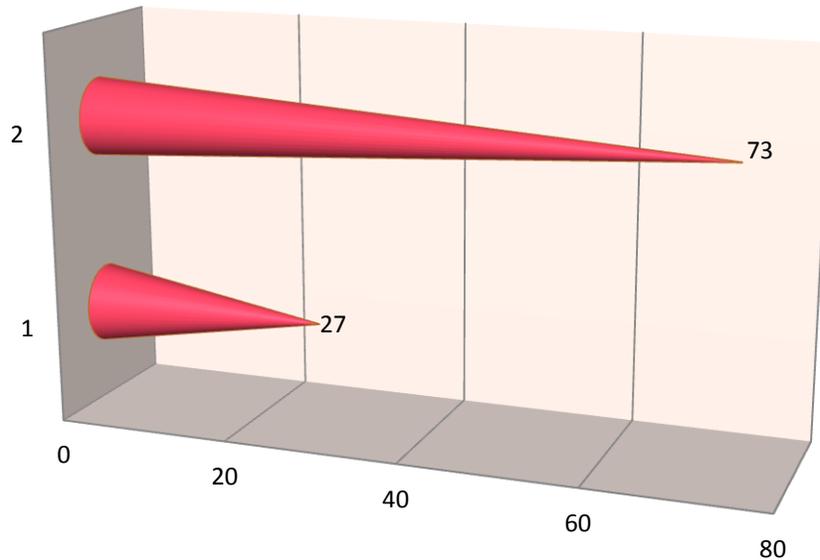
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se observa que de los 30 médicos encuestados, el 77% respondió que el tratamiento hormonal si puede disminuir el índice de realización de histerectomía, y sólo el 23% respondió que no.

INTERPRETACIÓN:

Según las respuestas de los médicos encuestados, El tratamiento hormonal sí reduce el índice de realización de histerectomía.

GRÁFICA 23. ¿Es la histerectomía un tratamiento recomendable según su criterio?



RESPUESTAS:

1-SI 27%
2-NO 73%

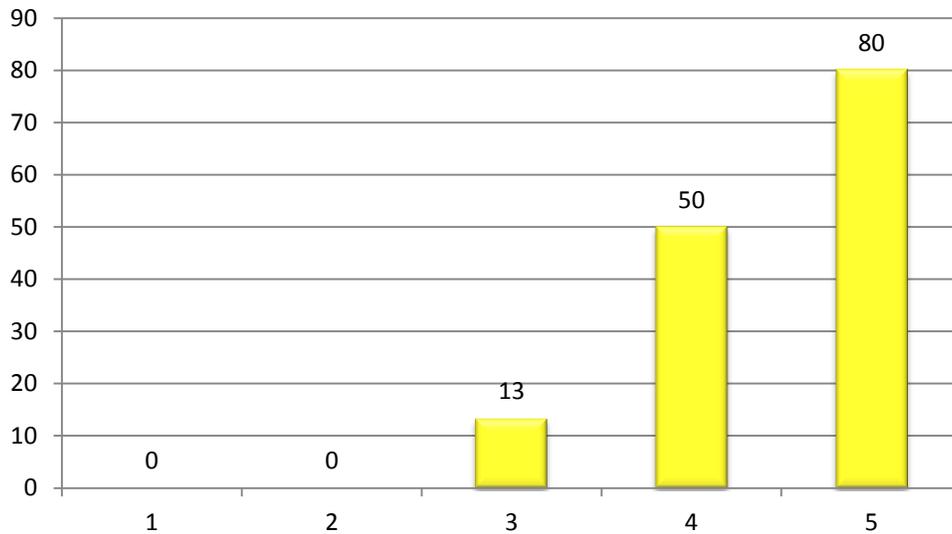
DESCRIPCIÓN:

De los 30 médicos encuestados, el 73% respondió que la histerectomía no es un tratamiento recomendable y sólo el 27% respondió que sí lo es.

INTERPRETACIÓN:

La histerectomía no es un tratamiento recomendable según el criterio de los médicos encuestados.

GRÁFICA 24. De los siguientes, indique cuáles son beneficios de la histerectomía.



RESPUESTAS:

- 1-Reduce los miomas uterinos.
- 2-Es un método de esterilización.
- 3-Reduce el riesgo de cáncer cervico-uterino.
- 4-Mejora sintomatología.
- 5-Limita el progreso de la enfermedad.

DESCRIPCIÓN:

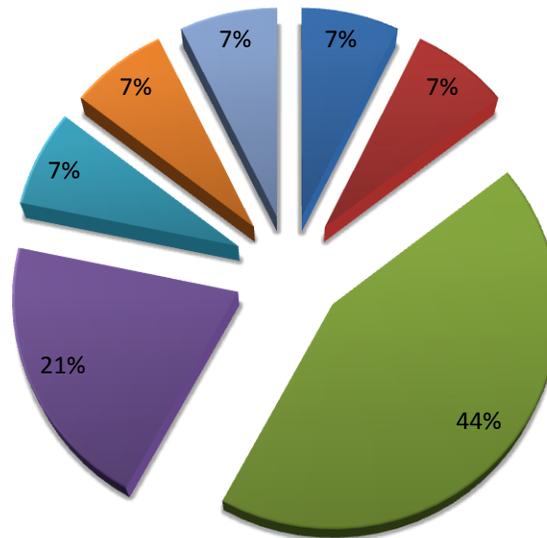
Según las respuestas de los 30 médicos encuestados, los principales beneficios de la histerectomía son en un 13% que Reduce el riesgo de cáncer cervico-uterino, 50% que Mejora sintomatología y un 80% Limita el progreso de la enfermedad.

INTERPRETACIÓN:

El principal beneficio de la histerectomía es que Limita el progreso de la enfermedad.

GRÁFICA 25. Indique cuáles de las siguientes son consecuencias de la histerectomía.

■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 ■ 7



RESPUESTAS:

- 1-Hemorragia.
- 2-Shock hipovolémico.
- 3-Daño a órganos vecinos.
- 4-Resequedad vaginal.
- 5-Infección.
- 6-Recurrencia de la patología.
- 7-Muerte.

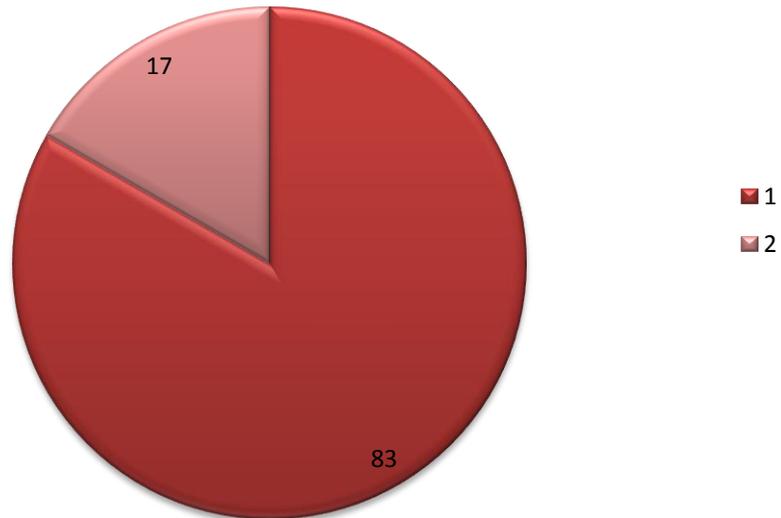
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se observa que los 30 médicos encuestados respondieron que las principales consecuencias de la histerectomía son en un 44% Daño a órganos vecinos, en un 21% Resequedad vaginal y un 7% Hemorragia, Shock hipovolémico, Infección, Recurrencia de la patología y Muerte.

INTERPRETACIÓN:

La principal consecuencia a causa de la histerectomía es el daño a órganos vecinos.

GRÁFICA 26. ¿Cree usted que posterior a una histerectomía, mejoran o disminuyen los síntomas de la endometriosis?



RESPUESTAS:

1-SI
2-NO

DESCRIPCIÓN:

De los 30 médicos encuestados, el 83% respondió que posterior a la histerectomía mejoran los síntomas de la endometriosis, y sólo el 17% respondió que no.

INTERPRETACIÓN:

Los síntomas de la endometriosis mejoran posterior a una histerectomía.

GRÁFICA 27. Indique cuáles de las siguientes, son secuelas de una histerectomía.



RESPUESTAS:

- 1-Esterilidad.
- 2-Ooforectomía.
- 3-Salpinguectomía.
- 4-Daño a otros órganos vecinos.
- 5-Depresión.

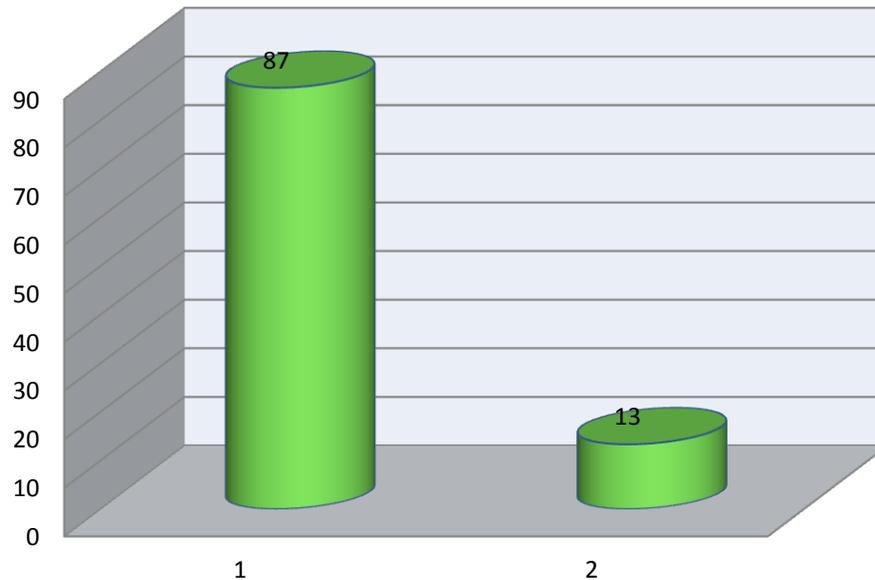
DESCRIPCIÓN:

La gráfica muestra que las secuelas de una histerectomía son: en un 73% Esterilidad, en un 43% Ooforectomía, en el 30% Salpinguectomía y Daño a otros órganos vecinos, y en un 63% Depresión.

INTERPRETACIÓN:

Las dos principales secuelas de una histerectomía son esterilidad y depresión.

**GRÁFICA 28. Una vez realizada la histerectomía,
¿es posible que se vuelvan a presentar los
síntomas?**



RESPUESTAS:

1-SI
2-NO

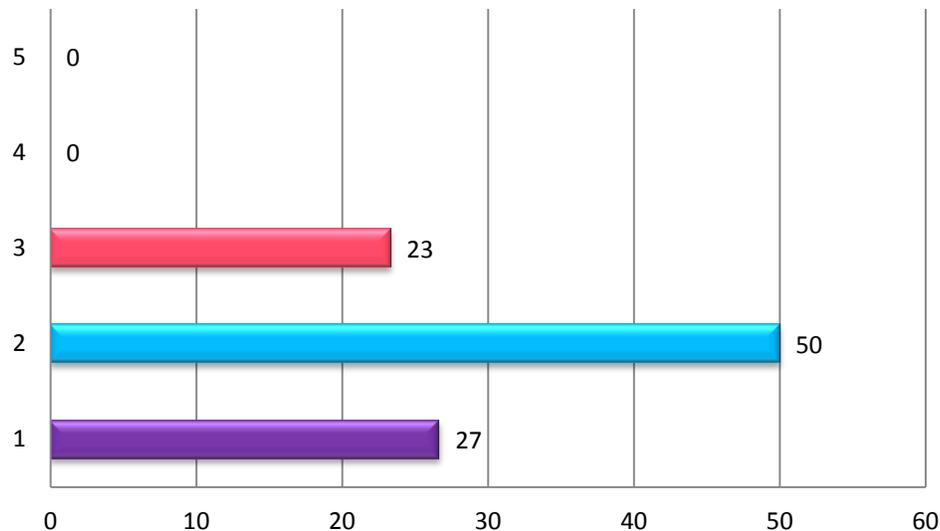
DESCRIPCIÓN:

Según se muestra en la gráfica, 87% de los médicos encuestados respondió que es posible de después de una histerectomía se vuelvan a presentar los síntomas y el 13% respondió que no.

INTERPRETACIÓN:

Posterior a una histerectomía es posible que se vuelvan a presentar los síntomas e la endometriosis.

GRÁFICA 29. En caso de recurrencia de la sintomatología, indique con qué frecuencia se presentó en las pacientes.



RESPUESTAS:

- 1-En ninguna paciente.
- 2-Menos del 25%.
- 3-En el 25%.
- 4-En el 50%.
- 5-En más del 75%

DESCRIPCIÓN:

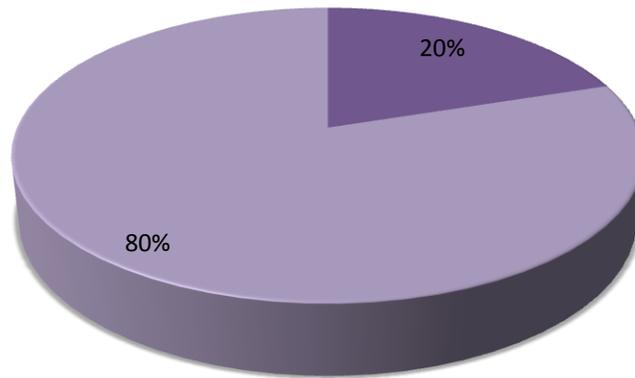
Como se observa en la gráfica, de los 30 médicos encuestados 15 respondieron que en caso de recurrencia de la patología, ésta se presenta en Menos del 25%, 7 respondieron que En el 25%, y 8 comentaron que no hay recurrencia.

INTERPRETACIÓN:

La recurrencia de la sintomatología posterior a la histerectomía se da en un el 25% de las mujeres que lo padecen.

GRÁFICA 30. ¿Cree usted que con el paso del tiempo el tratamiento para una mujer con endometriosis será definitivamente la histerectomía?

■ 1 ■ 2



RESPUESTAS:

1-SI 20%

2-NO 80%

DESCRIPCIÓN:

De los 30 médicos encuestados, el 80% respondió que la histerectomía no es el tratamiento definitivo para la endometriosis, y el 20% respondió que sí lo es.

INTERPRETACIÓN:

La histerectomía no tiene que ser el tratamiento definitivo en las mujeres con endometriosis.

4.2.2 GRÁFICAS DE ENCUESTAS A MUJERES CON ENDOMETRIOSIS.

TABLA 1 ¿A qué edad le diagnosticaron endometriosis?

TABLA DE EDADES					
35	35	26	19	35	26
20	17	20	22	22	28
26	24	33	31	28	22
32	28	33	24	19	23
35	31	32	28	24	33

TABLA 2

EDADES	FRECUENCIA
15 A 20	5
21 A 26	10
27 A 31	6
32 A 35	9
TOTAL	30

DESCRIPCIÓN:

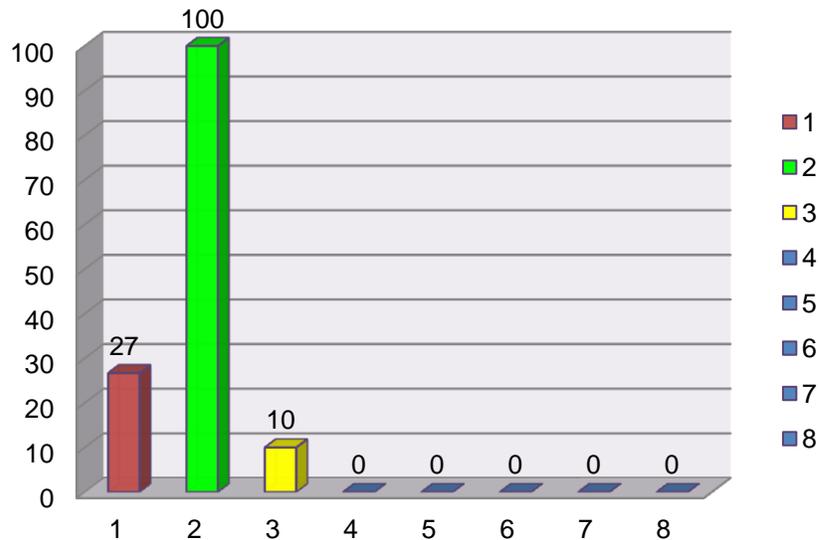
Con la gráfica se puede observar el rango de edades de las pacientes encuestadas, mostrando que la menor cuenta con sólo 17 años y la mayor con 35 años que fue el límite para la delimitación de nuestra investigación.

INTERPRETACIÓN:

Las tablas muestran las edades correspondientes a las 30 pacientes encuestadas, así como la incidencia de la enfermedad, dando como resultado que la endometriosis se presenta con mayor frecuencia en mujeres de entre 21 y 26 años.

Es en éste mismo rango de edad en el que se les diagnostica la endometriosis.

GRÁFICA 1. ¿Con cuál de los siguientes métodos le diagnosticaron la endometriosis?



RESPUESTAS:

- 1-Exploración física.
- 2-Ultrasonido.
- 3-Laparoscopia.
- 4-Radiografía de abdomen.
- 5-Resonancia magnética.
- 6-Laparotomía.
- 7-Estudios de sangre
- 8-Estudios de orina.

DESCRIPCIÓN:

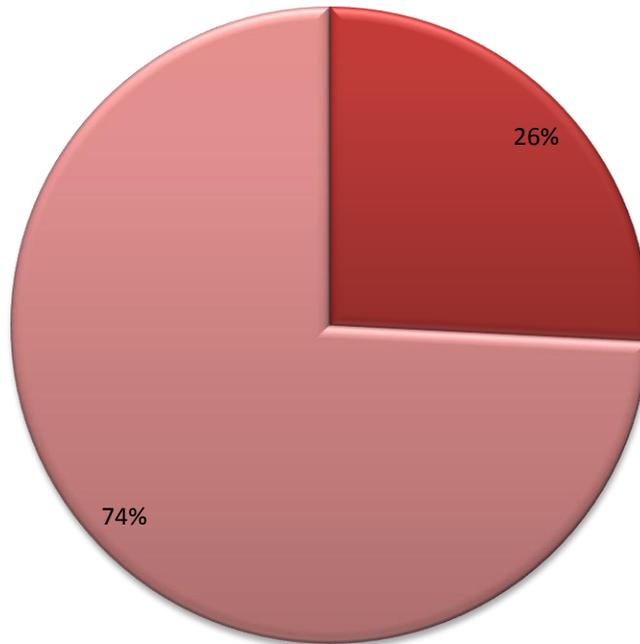
La gráfica representa los distintos métodos de diagnóstico de la endometriosis observando que en un 27% de las mujeres encuestadas se realizó mediante exploración física, en el total de ellas se realizó con ultrasonido y sólo en un 10% se realizó por medio de laparoscopia y en ninguna de ellas se realizó con las otras opciones.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica muestra que entre los principales métodos de diagnóstico en estas pacientes se encuentran: la Exploración física, el Ultrasonido y Laparoscopia.

GRÁFICA 2. ¿Usted tiene antecedentes de familiares con esta enfermedad?

■ 1 ■ 2



RESPUESTAS:

1-SI
2-NO

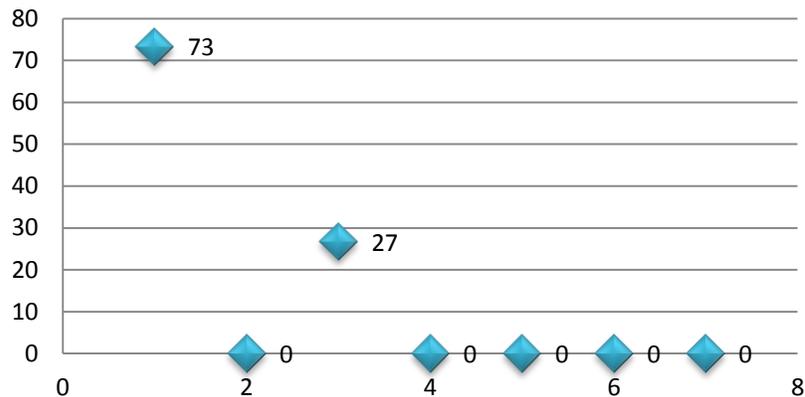
DESCRIPCIÓN:

La gráfica muestra que de las 30 mujeres encuestadas, el 74% respondió que no tiene antecedentes de familiares con esta enfermedad y el 26% respondió afirmativamente.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las pacientes encuestadas no tiene antecedentes de familiares con endometriosis.

GRÁFICA 3. ¿Sabe cuál de las siguientes fue el motivo de la endometriosis en su caso?



RESPUESTAS:

- 1-Flujo menstrual abundante.
- 2-Por haber tenido muchos embarazos.
- 3-Por Herencia.
- 4-Transformación de las células en endometriales.
- 5-Por no haber tenido embarazos.
- 6-Por exposición a sustancias químicas.
- 7-Por tener enfermedades autoinmunes.

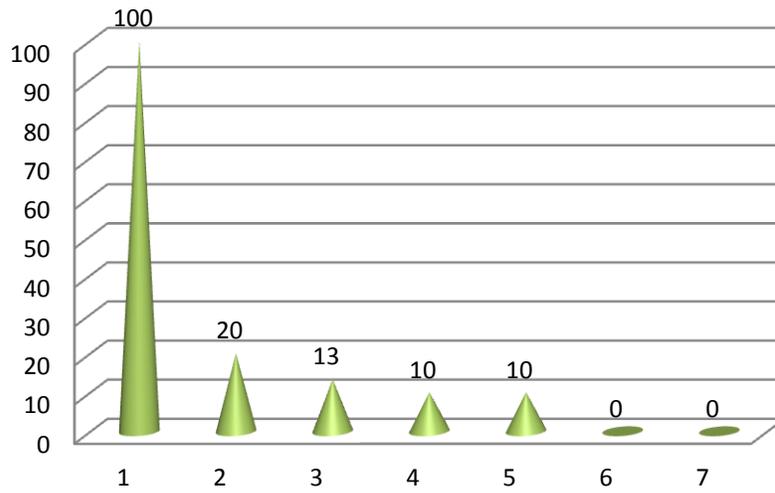
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se pueden apreciar las distintas causas de la endometriosis en las pacientes encuestadas, mostrando que el 73% fue por Flujo menstrual abundante y el 27% fue por Herencia, sin mencionarse las otras opciones.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica muestra que en las 30 mujeres encuestadas las dos principales causas que originaron la endometriosis fueron: Flujo menstrual abundante y Por Herencia.

GRÁFICA 4. ¿Cuál de los siguientes síntomas presentó usted?



RESPUESTAS:

- 1-Cólicos
- 2-Dolor al tener relaciones sexuales.
- 3-Dolor de cadera.
- 4-Fatiga.
- 5-Dolor de espalda.
- 6-Dolor de cabeza
- 7-Dificultad para respirar.

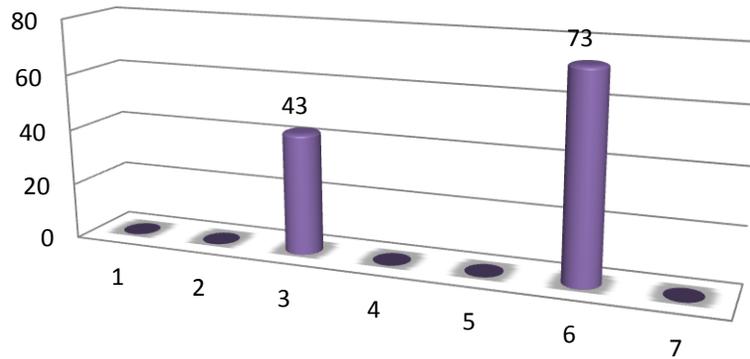
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se puede observar que los principales síntomas que se presentaron en las 30 mujeres encuestadas, fueron en un 100% Cólicos, en el 20% Dolor al tener relaciones sexuales, en un 13% Dolor de cadera, y con un porcentaje del 10% Fatiga y Dolor de espalda.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica muestra que en las 30 mujeres encuestadas, los principales síntomas que se presentaron fueron: Cólicos, Dolor al tener relaciones sexuales y Dolor de cadera.

GRÁFICA 5. ¿Cuál de los siguientes signos presentó usted?



RESPUESTAS:

- 1-Ausencia de la menstruación
- 2-Infertilidad.
- 3-Irregularidad del ciclo menstrual.
- 4-Diarrea.
- 5-Estreñimiento.
- 6-Sangrado menstrual abundante.
- 7-Dolor al tener relaciones sexuales.

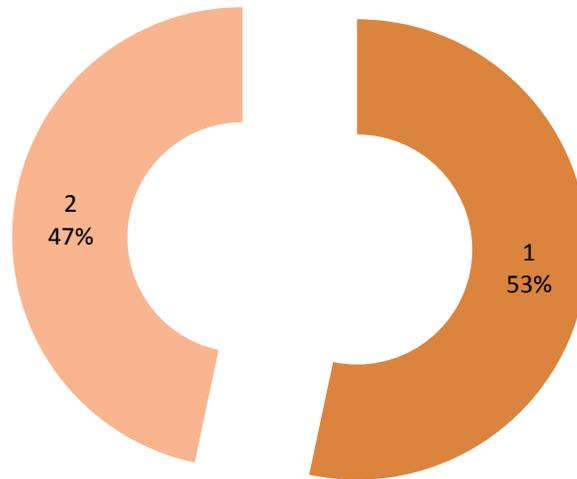
DESCRIPCIÓN:

La gráfica muestra los principales signos que se presentaron en las 30 mujeres encuestadas, dando como resultado que en un 43% fue Irregularidad del ciclo menstrual y en un 73% Sangrado menstrual abundante.

INTERPRETACIÓN:

En las 30 mujeres encuestadas, los principales signos que se presentaron fueron: Sangrado menstrual abundante e Irregularidad del ciclo menstrual.

GRÁFICA 6. Indique cuál de los siguientes tratamientos le dieron:



RESPUESTAS:

- 1- Sólo a base de medicamentos:
Analgésicos. Antiespasmódicos. Tratamiento hormonal.
- 2- Tratamiento quirúrgico:
Extirpación de ovarios. Extirpación de trompas de Falopio. Laparoscopia.
Cauterización de las lesiones. Extirpación del útero.

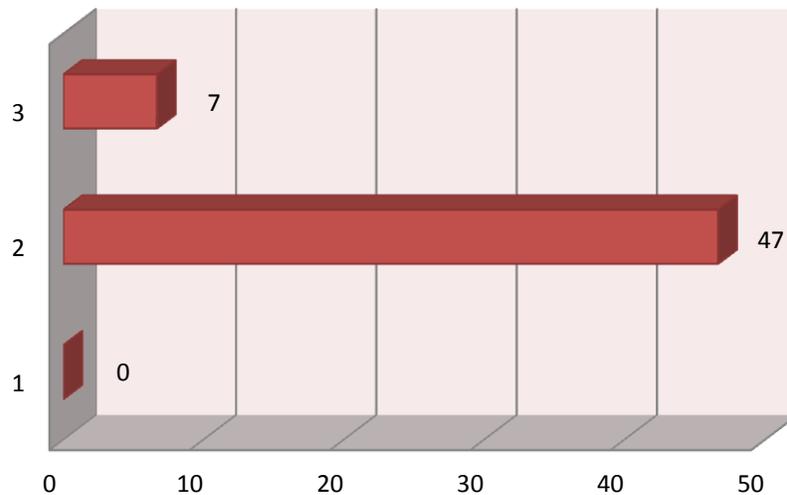
DESCRIPCIÓN:

En esta gráfica se puede observar que el 53% de las 30 mujeres encuestadas sólo recibió tratamiento a base de medicamentos y el 47% recibió tratamiento quirúrgico.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las mujeres encuestadas recibió tratamiento sólo a base de medicamentos incluyendo Analgésicos, Antiespasmódicos y Tratamiento hormonal.

GRÁFICA 7. Si su respuesta en la pregunta anterior fue sólo tratamiento a base de medicamentos, indique ¿por cuánto tiempo?



RESPUESTAS:

- 1-De 1 a 6 meses.
- 2-De 6 meses a 1 año.
- 3-Por más de 1 año.

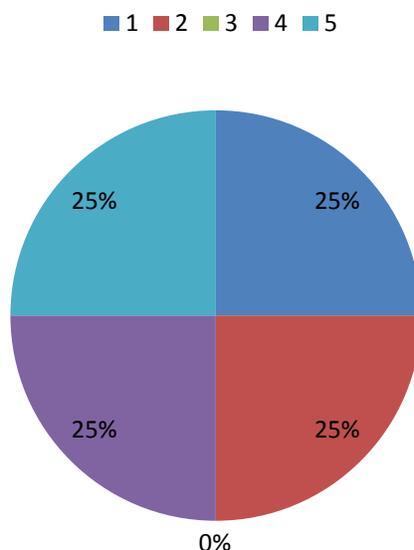
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se observa que de las mujeres encuestadas que recibieron tratamiento a base de medicamentos un 47% lo llevó por un periodo de 6 meses a 1 año y el 7% lo llevó Por más de 1 año.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las mujeres encuestadas que recibieron tratamiento a base de medicamentos, lo utilizó por un periodo de 6 meses a 1 año.

GRÁFICA 8. Si su respuesta en la pregunta 7 fue tratamiento quirúrgico, indique ¿cuál de los siguientes se le realizó?



RESPUESTAS:

- 1-Extirpación de ovarios.
- 2-Extirpación de trompas de Falopio.
- 3-Laparoscopia.
- 4-Cauterización de las lesiones.
- 5-Extirpación del útero.

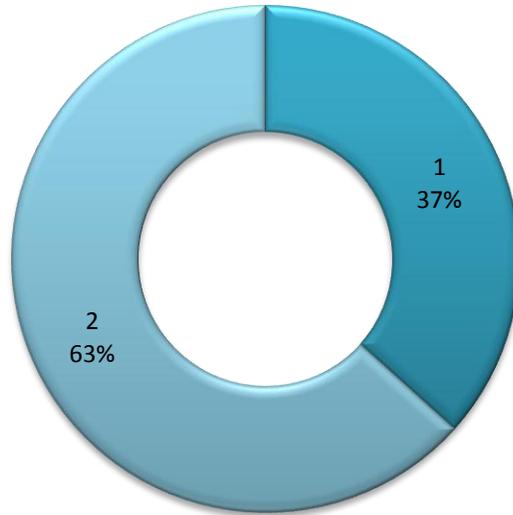
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se observa que de las mujeres encuestadas que recibieron tratamiento quirúrgico, a un 25% se le realizó Extirpación de ovarios y extirpación de trompas de Falopio, al 25% se le realizó Cauterización de las lesiones y al 25% se le realizó Extirpación del útero.

INTERPRETACIÓN:

En las 30 mujeres encuestadas se realizó en igual porcentaje 4 de las 5 opciones de tratamiento quirúrgico dentro de las cuales se encuentran Extirpación de ovarios y extirpación de trompas de Falopio, Cauterización de las lesiones y Extirpación del útero.

GRÁFICA 9. ¿Conoce las consecuencias de la Endometriosis?



RESPUESTAS:

- 1-SI
- 2-NO

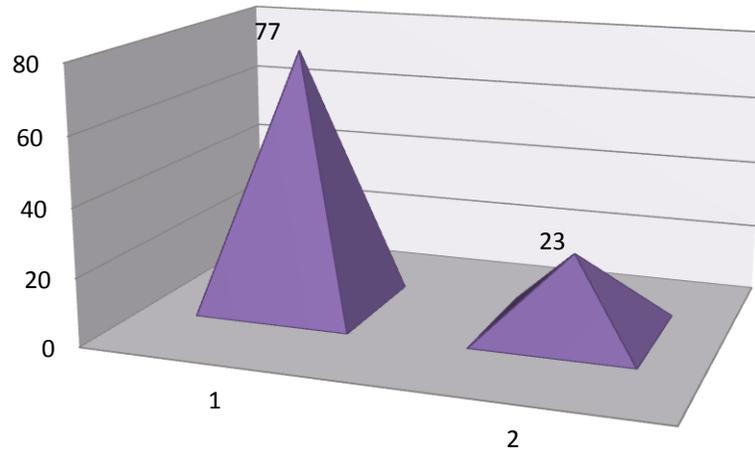
DESCRIPCIÓN:

La gráfica muestra que de las 30 mujeres encuestadas, el 37% de ellas conoce las consecuencias de la endometriosis y el 63% de ellas no las conoce.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las 30 mujeres encuestadas, no conoce las consecuencias de la endometriosis.

GRÁFICA 10. ¿Usted presentó alguna complicación aún con tratamiento?



RESPUESTAS:

- 1- SI
- 2- NO

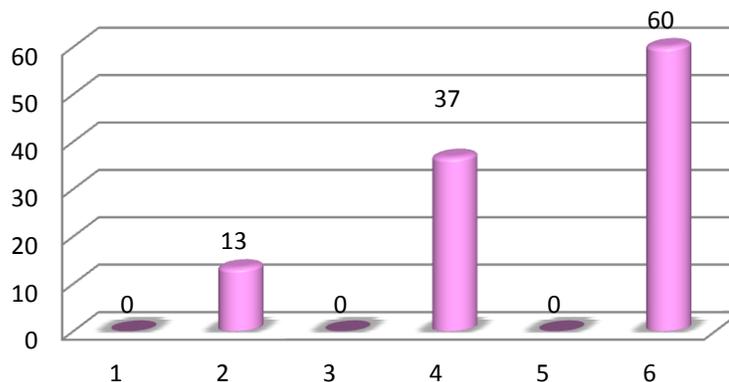
DESCRIPCIÓN:

En esta gráfica se puede apreciar que el 77% de las mujeres encuestadas presentó complicaciones aún al llevar tratamiento, y sólo el 23% no las presentó.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las mujeres encuestadas presentó complicaciones aún al llevar tratamiento.

GRÁFICA 11. Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta anterior indique cuál de las siguientes complicaciones presentó usted.



RESPUESTAS:

- 1-Cáncer endometrial.
- 2-Esterilidad.
- 3-Histerectomía.
- 4-Trastornos psicológicos.
- 5-Osteoporosis.
- 6-Irregularidad del ciclo menstrual.

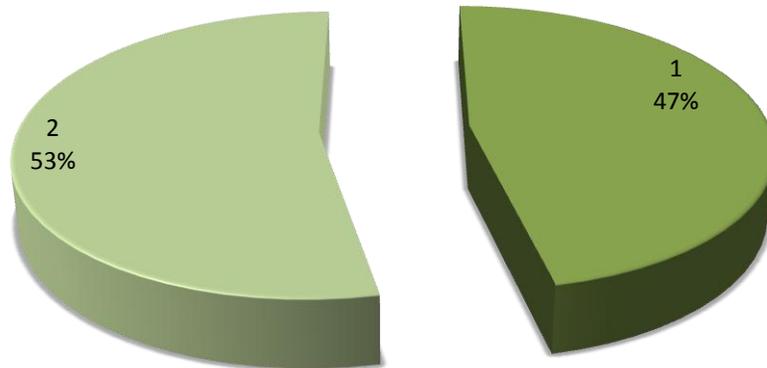
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se muestra que entre las mujeres encuestadas que presentaron complicaciones aún con tratamiento se encuentra en un 13% la Esterilidad, en un 37% Trastornos psicológicos y en un 60% Irregularidad del ciclo menstrual.

INTERPRETACIÓN:

Las principales complicaciones que presentaron aún con tratamiento en las mujeres encuestadas se encuentran la Esterilidad, Trastornos psicológicos e Irregularidad del ciclo menstrual.

GRÁFICA 12. Sabe con exactitud en qué consiste la Histerectomía?



RESPUESTAS:

- 1-SI
- 2-NO

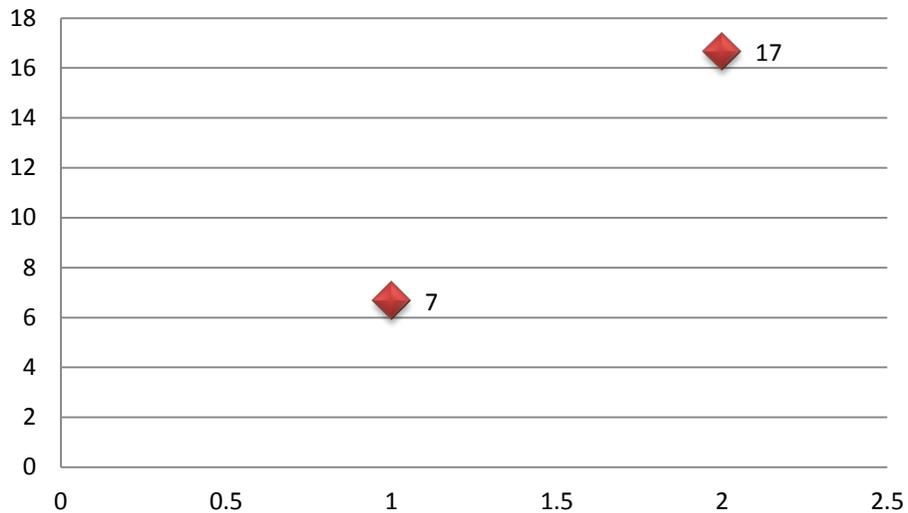
DESCRIPCIÓN:

En esta gráfica se observa que de las 30 mujeres encuestadas, el 47% sí conoce en qué consiste la histerectomía y el 53% no lo conoce.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las mujeres encuestadas no conoce en qué consiste la histerectomía.

GRÁFICA 13. Si a usted le realizaron Histerectomía indique si llevó con anterioridad tratamiento hormonal.



RESPUESTAS:

- 1-SI
- 2-NO

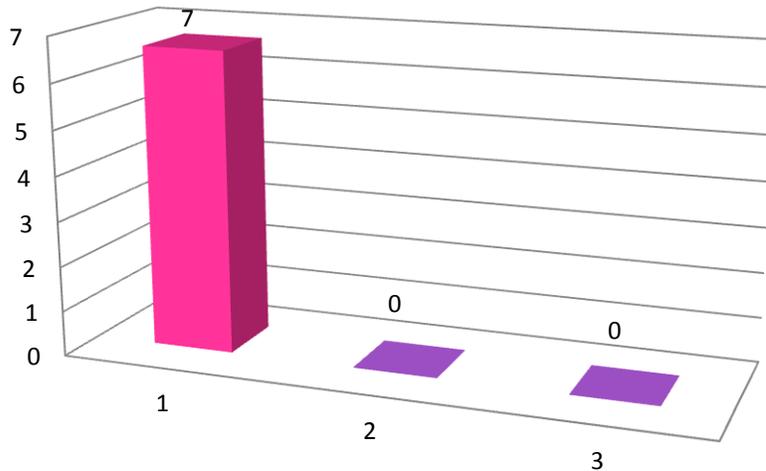
DESCRIPCIÓN:

La gráfica muestra que de las 30 mujeres encuestadas a las que se les realizó histerectomía, sólo el 7% llevó con anterioridad tratamiento hormonal y el 17% de ellas no lo llevó.

INTERPRETACIÓN:

De las mujeres encuestadas a quienes se les realizó histerectomía no llevó previamente tratamiento hormonal.

GRÁFICA 14. Si su respuesta fue afirmativa indique por cuánto tiempo lo llevó.



RESPUESTAS:

- 1-De 1 a 6 meses.
- 2-De 6 meses a 1 año.
- 3-Por más de 1 año.

DESCRIPCIÓN:

En ésta gráfica podemos apreciar que en las mujeres que llevaron tratamiento hormonal con anterioridad a la histerectomía en su totalidad fue un tiempo promedio de 1 a 6 meses y en ninguno de los casos se mencionó otra de las opciones.

INTERPRETACIÓN:

En las mujeres que llevaron tratamiento hormonal con anterioridad a la histerectomía el tiempo promedio fue De 1 a 6 meses.

TABLA 3. Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta 14 indique lo que ocurrió con los síntomas que presentó por la enfermedad al llevar tratamiento hormonal.

16																							
AUMENTARON								DISMINUYERON								PERMANECIERON IGUAL							
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
								X				X			X	X							

RESPUESTAS:

- 1-Cólicos
- 2-Dolor al tener relaciones sexuales.
- 3-Dolor de cadera.
- 4-Fatiga.
- 5-Dolor de espalda.
- 6-Dolor de cabeza
- 7-Dificultad para respirar.
- 8-Sangrado menstrual.

DESCRIPCIÓN:

La tabla muestra que en las mujeres con histerectomía que llevaron tratamiento hormonal previamente, los síntomas como Cólico, Dolor de espalda y Sangrado menstrual disminuyeron y en algunas, los síntomas como Cólicos permanecieron igual.

INTERPRETACIÓN:

En las mujeres encuestadas, el tratamiento hormonal ayuda a reducir los síntomas de la endometriosis.

TABLA 4. Si su respuesta fue negativa en la pregunta 14 indique lo que ocurrió con los síntomas que presentó por la enfermedad al no llevar tratamiento hormonal.

17																							
AUMENTARON								DISMINUYERON								PERMANECIERON IGUAL							
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
X		X																					
X							X																
X							X																
																X							
																X							X

RESPUESTAS:

- 1-Cólicos
- 2-Dolor al tener relaciones sexuales.
- 3-Dolor de cadera.
- 4-Fatiga.
- 5-Dolor de espalda.
- 6-Dolor de cabeza
- 7-Dificultad para respirar.
- 8-Sangrado menstrual.

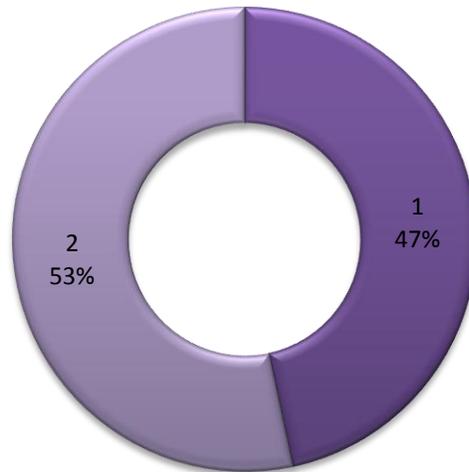
DESCRIPCIÓN:

La tabla muestra que en las mujeres con histerectomía que no llevaron tratamiento hormonal previamente, los síntomas como Cólico, Dolor de cadera y Sangrado menstrual aumentaron y en algunas, los síntomas como Cólicos y Sangrado menstrual permanecieron igual.

INTERPRETACIÓN:

En las mujeres encuestadas que no llevaron tratamiento hormonal, los síntomas de la endometriosis permanecieron igual e incluso aumentaron.

GRÁFICA 15. ¿Conoce las consecuencias que tiene la realización de histerectomía?



RESPUESTAS:

1-SI
2-NO

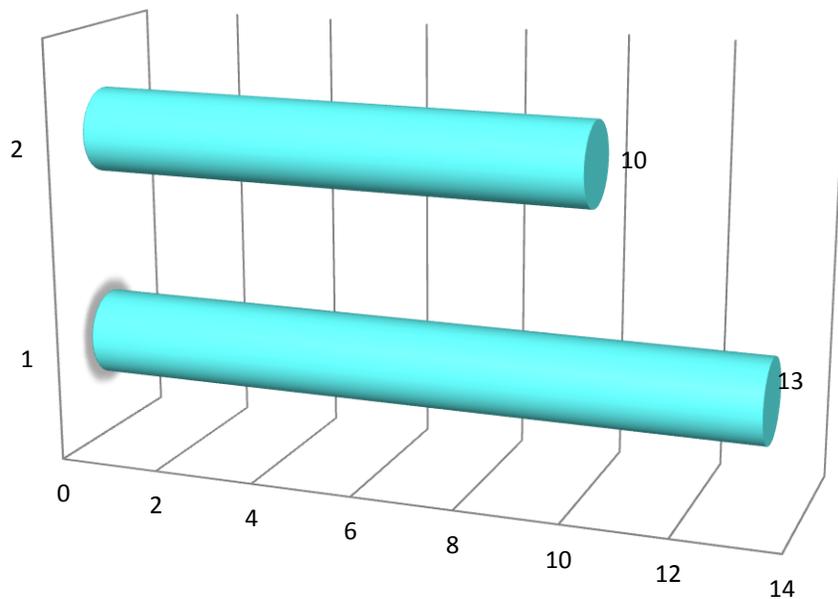
DESCRIPCIÓN:

La gráfica señala que de las 30 mujeres encuestadas, sólo el 47% respondió que sí conoce las consecuencias de la histerectomía y el 53% respondió que no las conoce.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las mujeres encuestadas no conoce las consecuencias de la realización de una histerectomía.

GRÁFICA 16. Si a usted le realizaron Histerectomía, presentó alguna complicación a causa de la cirugía?



RESPUESTAS:

- 1-SI
- 2-NO

DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se muestra que de las mujeres a quienes se les realizó histerectomía el 13% respondió que presentó complicaciones posteriores a la cirugía y el 10% de ellas respondió que no las presentó.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las mujeres a quienes se les realizó histerectomía presentaron complicaciones posteriores a la cirugía.

GRÁFICA 17. Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta anterior, indique cuál de las siguientes presentó Usted.



RESPUESTAS:

- 1-Hemorragia.
- 2-Daño a órganos vecinos.
- 3-Infección.
- 4-Resequedad vaginal.
- 5-La enfermedad se presentó nuevamente.

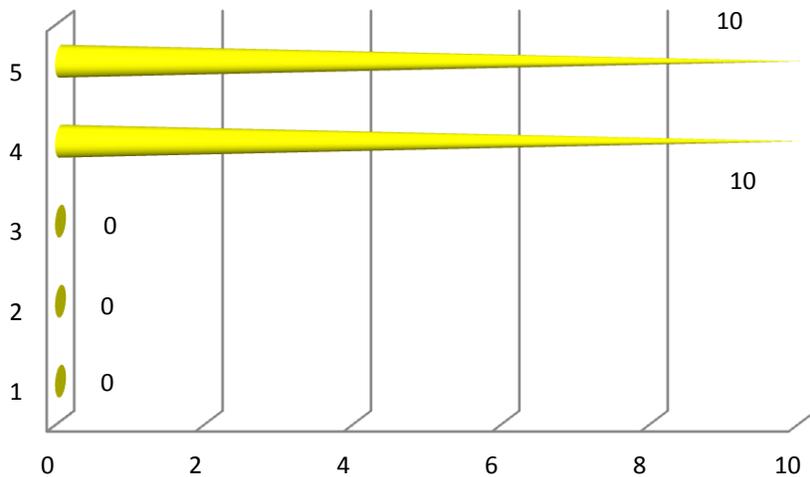
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se muestra que entre las complicaciones que presentaron las pacientes posteriores a la histerectomía se encuentran en un 13% la Hemorragia y la Resequedad vaginal, en un 3% Daño a órganos vecinos y en el 7% Infección y que La enfermedad se presentó nuevamente.

INTERPRETACIÓN:

En las mujeres encuestadas la Hemorragia y la Resequedad vaginal fueron las principales consecuencias posteriores a la cirugía.

GRÁFICA 18. Si su respuesta fue negativa indique qué beneficios obtuvo posteriores a la histerectomía.



RESPUESTAS:

- 1-Reducción de los miomas uterinos.
- 2-Es un método de esterilización.
- 3-Menor riesgo de cáncer cervico-uterino.
- 4-Mejoró la sintomatología.
- 5-Limitación del progreso de la enfermedad.

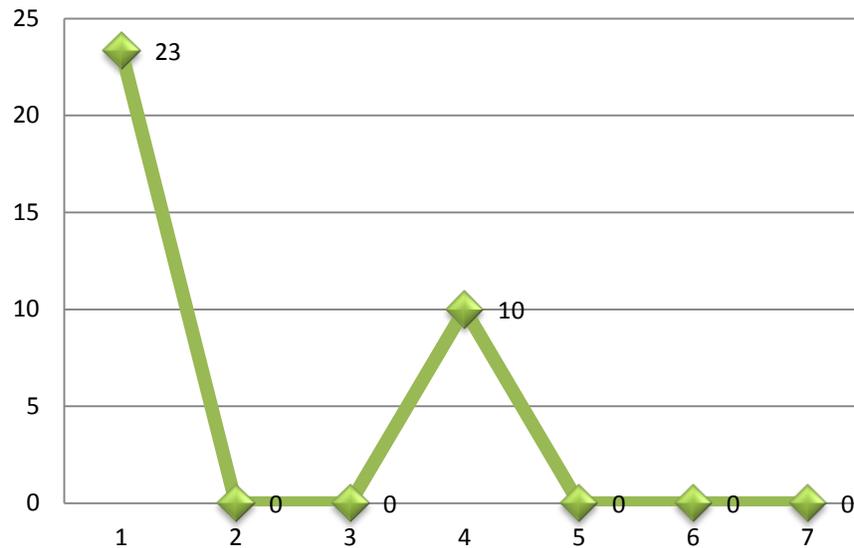
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se muestran los principales beneficios obtenidos posteriores a la histerectomía entre los cuales se encuentran en su totalidad que Mejoró la sintomatología y la Limitación del progreso de la enfermedad, sin mencionar las otras opciones de respuesta.

INTERPRETACIÓN:

Los principales beneficios obtenidos posteriores a la histerectomía son que Mejoró la sintomatología y la Limitación del progreso de la enfermedad.

GRÁFICA 19. ¿Conoce cuáles de las siguientes son secuelas de esta cirugía?



RESPUESTAS:

- 1-Esterilidad.
- 2-Extirpación de trompas de Falopio.
- 3-Extirpación de ovarios.
- 4-Depresión.
- 5-Daño a otros órganos vecinos.
- 6-Todas las anteriores.
- 7-No las conozco.

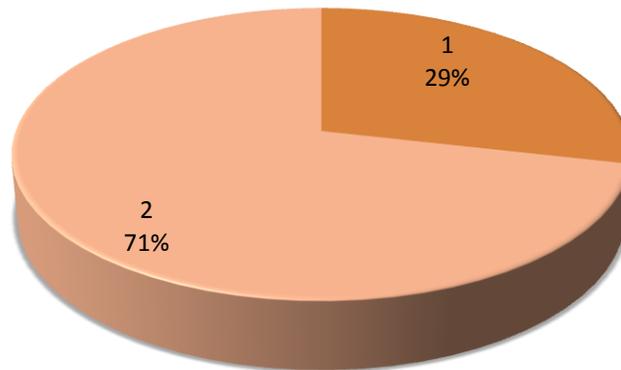
DESCRIPCIÓN:

Como podemos observar en la gráfica sobre secuelas en las mujeres encuestadas se encuentra con un 23% esterilidad, y en un 10% depresión, sin mencionar las otras opciones.

INTERPRETACIÓN:

Las principales secuelas de esta cirugía son: Esterilidad y Depresión.

GRÁFICA 20. Posterior a la Histerectomía, ¿se presentó nuevamente la sintomatología?



RESPUESTAS:

- 1-SI
- 2-NO

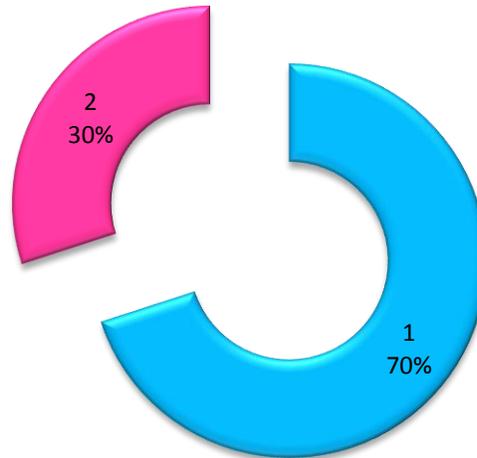
DESCRIPCIÓN:

En la gráfica se muestra que de las mujeres con histerectomía sólo el 29% presentó recurrencia de la sintomatología y en el 71% de ellas no hubo recurrencia.

INTERPRETACIÓN:

En la mayoría de las mujeres con histerectomía no hubo recurrencia de la sintomatología posterior a la cirugía.

GRÁFICA 21. ¿Usted recomienda el uso de tratamiento hormonal en mujeres con endometriosis para reducir el índice de realización de Histerectomía?



RESPUESTAS:

- 1-SI
- 2-NO

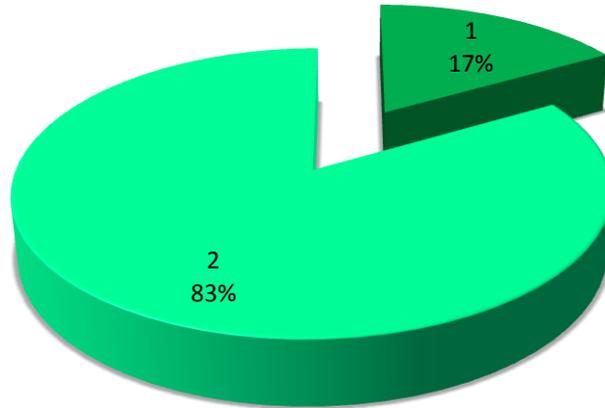
DESCRIPCIÓN:

De las 30 mujeres encuestadas, el 70% respondió que sí recomienda el uso de tratamiento hormonal para reducir el índice de realización de histerectomía y sólo el 30% respondió que no lo recomienda.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las mujeres encuestadas recomienda el uso de tratamiento hormonal para reducir el índice de realización de histerectomía.

22 ¿Usted recomienda la realización de Histerectomía en mujeres con diagnóstico de Endometriosis?



RESPUESTAS:

1-SI
2-NO

DESCRIPCIÓN:

La gráfica muestra que de las 30 mujeres encuestadas, el 83% respondió que no recomienda la realización de histerectomía en mujeres con endometriosis y el 17% sí lo recomienda.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las mujeres encuestadas no recomienda la realización de Histerectomía.

5.1 CONCLUSIONES

Para la realización de la presente investigación se tuvo que pasar por un amplio desarrollo e indagación sobre el tema, debido a que no existe la suficiente información sobre el mismo.

Se lograron los objetivos a conocer, y nos deja un nuevo camino por recorrer, en el tema, puesto que se comprobó afirmativamente la hipótesis planteada.

Para el objetivo general se realizaron las encuestas, donde se demuestra que:

Sí existe relación entre el uso de tratamiento hormonal y la disminución de realización de histerectomía en mujeres de 15 a 35 años con diagnóstico de endometriosis.

Por otra parte para los objetivos específicos, se realizó una comparación de los resultados de las encuestas, donde se puede apreciar que existe muy poco uso de tratamiento hormonal previo a una histerectomía, pero en base a los resultados esto puede cambiar.

Debido a que la histerectomía conlleva grandes afectaciones tanto físicas como psicológicas, las encuestas arrojan como resultado que no es recomendable la realización de esta cirugía en las mujeres de 15 a 35 años con diagnóstico de endometriosis.

La incidencia de esta patología en mujeres a temprana edad es más frecuente y llevan a una histerectomía, que trae como consecuencia la esterilidad y afectación psicológica en adolescentes o primigestas y en algunos casos hasta mujeres núbiles de entre 15 y 30 años de edad.

Siendo este el motivo que nos hace pensar en la búsqueda de nuevos tratamientos como prevención o retardo de dicho procedimiento quirúrgico en estas mujeres.

5.2 SUGERENCIAS

Por todo lo ya explicado con anterioridad, procedemos a continuar con nuestra hipótesis para que se lleve a cabo en la actualidad con este tipo de pacientes.

Se ha comprobado mediante este peculiar análisis que la endometriosis es estimulada por estrógenos, por lo que se ha planteado el tratamiento hormonal que ayude a deshacer la síntesis de estrógenos, y por consiguiente, a la atrofia de los implantes endometriales ectópicos, debido a la interrupción del ciclo de estimulación y hemorragia y evitar así la cirugía ya mencionada.

El uso de tratamiento hormonal ayuda a reducir el índice de realización de histerectomía en mujeres con diagnóstico de Endometriosis.

ANEXOS O APÉNDICES

ANEXO 1. Encuesta a Médicos:

La presente encuesta es anónima y su uso será exclusivamente con fin estadístico utilizado para conocer la relación entre el uso de tratamiento hormonal y la disminución de realización de histerectomía en pacientes con endometriosis.

Por favor marque con una x la respuesta que a continuación se pide.

1. ¿Sabe en qué consiste la endometriosis?
 SI NO
2. De las siguientes, ¿cuáles son las principales causas que pueden desencadenar esta enfermedad?
 Flujo menstrual retrógrado. Que sea mujer multigesta. Herencia.
 Transformación de las células del peritoneo en endometriales.
 Que sea mujer primigesta. Exposición a sustancias químicas.
 Enfermedades autoinmunes.
3. ¿Con qué frecuencia se presenta dicha enfermedad?
 Entre un 2 y 10 % de mujeres en edad reproductiva.
 Entre un 30 y 50 % de mujeres en edad reproductiva.
 Entre 75 y 90 % de mujeres en edad reproductiva.
4. ¿En qué edades se presenta con mayor frecuencia?
 15 a 25 años. 25 a 30 años. 30 a 40 años
5. ¿En la actualidad con qué frecuencia llegan pacientes de este diagnóstico a su consulta diaria?
 1 de 10 pacientes. 3 de 10 pacientes. Más de 5 de 10 pacientes.
6. De los siguientes, ¿cuáles son los signos que se desarrollan en la endometriosis?
 Amenorrea. Infertilidad. Hipermenorrea. Metrorragia.
 Diarrea. Dispareunia. Estreñimiento.
7. De los siguientes, ¿cuáles son los síntomas que se desarrollan en la endometriosis?
 Dismenorrea. Dispareunia. Dolor pélvico. Dolor lumbar.
 Fatiga. Cefalea. Disnea.
8. Indique ¿cuáles son los métodos para diagnosticar esta enfermedad.
 Exploración física. Exploración ginecológica. Ultrasonido.
 Placa simple de abdomen. Resonancia magnética. Laparoscopia.
 Laparotomía. BH. EGO.
9. ¿Cuál de los anteriores utiliza usted?
 Exploración física. Exploración ginecológica. Ultrasonido.
 Placa simple de abdomen. Resonancia magnética. Laparoscopia.
 Laparotomía. BH. EGO.
10. Seleccione cuál es el tratamiento de la endometriosis.
 Analgésicos. Antiespasmódicos. Tratamiento hormonal.
 Ooforectomía. Sanguectomía. Histerectomía.
 Laparoscopia. Cauterización de las lesiones. Ejercicio.

11. ¿Cuál de los anteriores es el tratamiento de elección que usted utiliza?
 Analgésicos. Antiespasmódicos. Tratamiento hormonal.
 Ooforectomía. Salpinguectomía. Histerectomía.
 Laparoscopia. Cauterización de las lesiones. Ejercicio.
12. De las siguientes, ¿cuáles son las consecuencias de endometriosis que se ha encontrado usted?
 Cáncer endometrial. Esterilidad. Histerectomía.
 Trastornos psicológicos. Osteoporosis.
13. ¿Existen secuelas posteriores al tratamiento?
 SI NO
14. Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta anterior, indique cuál de las siguientes sería una secuela posterior al tratamiento.
 Recurrencia. Depresión. Esterilidad.
 Sequedad vaginal. Osteoporosis.
15. Si su respuesta fue negativa indique el motivo.
 El padecimiento se hizo crónico. La paciente se recuperó.
 La paciente falleció.
16. Indique cuál de las siguientes es la función del tratamiento hormonal.
 Reducir el dolor. Manipular el ambiente endógeno.
 Reducir el sangrado menstrual. Origina un pseudoembarazo.
 Todas las anteriores.
17. ¿Qué beneficios brinda el tratamiento hormonal?
 Es menos costoso. Disminuye los síntomas ya mencionados.
 Tiene utilidad de corto plazo y beneficios a largo plazo.
 Evita el crecimiento del tejido endometrial fuera del útero.
 Adelanta la menopausia.
18. ¿Qué complicaciones tiene el tratamiento hormonal?
 Puede requerir tratamiento a largo plazo. Provoca sensibilidad mamaria.
 Provoca aparición de acné. Provoca calambres musculares. Náuseas.
 Aumento de peso. Disminuye la libido.
19. ¿Usted recomienda el tratamiento hormonal?
 SI NO
20. Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta anterior, indique con qué frecuencia el tratamiento hormonal ha mejorado/disminuido la sintomatología en sus pacientes.
 En menos del 25%. En el 25%. En el 50%.
 En el 75%. En más del 75%.

21. Si su respuesta fue negativa indique el motivo.
- No mejora la sintomatología de las pacientes. Es más costoso.
 Causa muchos efectos colaterales. Las pacientes no lo aceptan.
 Prefiere utilizar otras opciones de tratamiento.
22. ¿El tratamiento hormonal puede reducir el índice de realización de histerectomía?
 SI NO
23. ¿Es la histerectomía un tratamiento recomendable según su criterio?
 SI NO
24. De los siguientes, indique cuáles son beneficios de la histerectomía.
- Reduce los miomas uterinos. Es un método de esterilización.
 Reduce el riesgo de cáncer cervico-uterino. Mejora sintomatología.
 Limita el progreso de la enfermedad.
25. Indique cuáles de las siguientes son consecuencias de la histerectomía.
- Hemorragia. Shock hipovolémico. Daño a órganos vecinos.
 Resequedad vaginal. Infección. Recurrencia de la patología.
 Muerte.
26. ¿Cree usted que posterior a una histerectomía, mejoran o disminuyen los síntomas de la endometriosis?
 SI NO
27. Indique cuáles de las siguientes, son secuelas de una histerectomía.
- Esterilidad. Ooforectomía. Salpinguectomía.
 Daño a otros órganos vecinos. Depresión.
28. Una vez realizada la histerectomía, ¿es posible que se vuelvan a presentar los síntomas?
 SI NO
29. En caso de recurrencia de la sintomatología, indique con qué frecuencia se presentó en las pacientes.
- En ninguna paciente. Menos del 25%. En el 25%.
 En el 50%. En más del 75%
30. ¿Cree usted que con el paso del tiempo el tratamiento para una mujer con endometriosis será definitivamente la histerectomía?
 SI NO

ANEXO 2. Encuesta a mujeres con diagnóstico de Endometriosis de 15 a 35 años.

La presente encuesta es anónima y su uso será exclusivamente con fin estadístico utilizado para conocer la relación entre el uso de tratamiento hormonal y la disminución de realización de histerectomía en pacientes con endometriosis.

Por favor marque con una x la respuesta que a continuación se pide.

Edad: _____

1 ¿A qué edad le diagnosticaron endometriosis? _____

2 ¿Con cuál de los siguientes métodos le diagnosticaron la endometriosis?

- Exploración física. Ultrasonido. Laparoscopia.
 Radiografía de abdomen. Resonancia magnética.
 Laparotomía. Estudios de sangre Estudios de orina.

3 ¿Usted tiene antecedentes de familiares con esta enfermedad?

- SI NO

4 ¿Sabe cuál de las siguientes fue el motivo de la endometriosis en su caso?

- Flujo menstrual abundante. Por haber tenido muchos embarazos. Por Herencia.
 Transformación de las células en endometriales.
 Por no haber tenido embarazos. Por exposición a sustancias químicas.
 Por tener enfermedades autoinmunes.

5 ¿Cuál de los siguientes síntomas presentó usted?

- Cólicos Dolor al tener relaciones sexuales. Dolor de cadera. Fatiga.
 Dolor de espalda. Dolor de cabeza Dificultad para respirar.

6 ¿Cuál de los siguientes signos presentó usted?

- Ausencia de la menstruación Infertilidad. Irregularidad del ciclo menstrual
 Diarrea. Estreñimiento. Sangrado menstrual abundante.
 Dolor al tener relaciones sexuales.

7 Indique cuál de los siguientes tratamientos le dieron:

- a) Sólo a base de medicamentos:
Analgésicos. Antiespasmódicos. Tratamiento hormonal.
b) Tratamiento quirúrgico:
Extirpación de ovarios. Extirpación de trompas de Falopio. Laparoscopia.
Cauterización de las lesiones. Extirpación del útero.

8 Si su respuesta en la pregunta anterior fue sólo tratamiento a base de medicamentos, indique ¿Por cuánto tiempo?

- De 1 a 6 meses. De 6 meses a 1 año. Por más de 1 año.

9 Si su respuesta en la pregunta 7 fue tratamiento quirúrgico, indique ¿cuál de los siguientes se le Realizó?

- Extirpación de ovarios. Extirpación de trompas de Falopio. Laparoscopia.
 Cauterización de las lesiones. Extirpación del útero.

10 ¿Conoce las consecuencias de la Endometriosis?

SI NO

11 ¿Usted presentó alguna complicación aún con tratamiento?

SI NO

12 Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta anterior indique cuál de las siguientes

Complicaciones presentó usted.

Cáncer endometrial. Esterilidad. Histerectomía.
 Trastornos psicológicos. Osteoporosis. Irregularidad del ciclo menstrual

13 Sabe con exactitud en qué consiste la Histerectomía?

SI NO

14 Si a usted le realizaron Histerectomía indique si llevó con anterioridad tratamiento hormonal.

SI NO

15 Si su respuesta fue afirmativa indique por cuánto tiempo lo llevó.

De 1 a 6 meses. De 6 meses a 1 año. Por más de 1 año.

16 Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta 14 indique lo que ocurrió con los síntomas que Presentó por la enfermedad al llevar tratamiento hormonal.

a) Aumentaron:

Cólicos Dolor al tener relaciones sexuales. Dolor de cadera. Fatiga.
 Dolor de espalda. Dolor de cabeza Dificultad para respirar.
 Sangrado menstrual.

b) Disminuyeron:

Cólicos Dolor al tener relaciones sexuales. Dolor de cadera. Fatiga.
 Dolor de espalda. Dolor de cabeza Dificultad para respirar.
 Sangrado menstrual.

c) Permanecieron igual:

Cólicos Dolor al tener relaciones sexuales. Dolor de cadera. Fatiga.
 Dolor de espalda. Dolor de cabeza Dificultad para respirar.
 Sangrado menstrual.

17 Si su respuesta fue negativa en la pregunta 14 indique lo que ocurrió con los síntomas que Presentó por la enfermedad al no llevar tratamiento hormonal.

a) Aumentaron:

Cólicos Dolor al tener relaciones sexuales. Dolor de cadera. Fatiga.
 Dolor de espalda. Dolor de cabeza Dificultad para respirar.
 Sangrado menstrual.

b) Disminuyeron:

Cólicos Dolor al tener relaciones sexuales. Dolor de cadera. Fatiga.
 Dolor de espalda. Dolor de cabeza Dificultad para respirar.
 Sangrado menstrual.

c) Permanecieron igual:

- Cólicos Dolor al tener relaciones sexuales. Dolor de cadera. Fatiga.
 Dolor de espalda. Dolor de cabeza Dificultad para respirar.
 Sangrado menstrual.

18 ¿Conoce las consecuencias que tiene la realización de histerectomía?

- SI NO

19 Si a usted le realizaron Histerectomía, presentó alguna complicación a causa de la cirugía?

- SI NO

20 Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta anterior, indique cuál de las siguientes presentó Usted.

- Hemorragia. Daño a órganos vecinos. Infección.
 Resequedad vaginal. La enfermedad se presentó nuevamente.

21 Si su respuesta fue negativa indique qué beneficios obtuvo posteriores a la histerectomía.

- Reducción de los miomas uterinos. Es un método de esterilización.
 Menor riesgo de cáncer cervico-uterino. Mejoró la sintomatología.
 Limitación del progreso de la enfermedad.

22 ¿Conoce cuáles de las siguientes son secuelas de esta cirugía?

- Esterilidad. Extirpación de trompas de Falopio.
 Extirpación de ovarios. Depresión. Daño a otros órganos vecinos.
 Todas las anteriores. No las conozco.

23 Posterior a la Histerectomía, ¿se presentó nuevamente la sintomatología?

- SI NO

24 ¿Usted recomienda el uso de tratamiento hormonal en mujeres con endometriosis para reducir El índice de realización de Histerectomía?

- SI NO

25 ¿Usted recomienda la realización de Histerectomía en mujeres con diagnóstico de Endometriosis?

- SI NO

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Referencias Bibliográficas:

Ahued, J.R., Fernández, C. y Bailón, R. (2003). *Ginecología y Obstetricia aplicada*. 2ª ed. México: Manual Moderno.

Berek, J. S. (2007). *Ginecología de Novak*. México DF: Editorial Mc. Graw Hill interamericana Sa de CV.

Canales Pérez, Elías S. Dr. D. J. (1997). *Libro 5, Ginecología , Endometriosis*. MEXICO DF: Editorial Intersistemas SA de CV.

Danforth D.N. (1987). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. 4ª ed. México: Interamericana.

González, D. M. (1997). *Programa de Actualización Continua en Ginecología y Obstetricia*. México DF: Intersistemas SA de Cv.

Gunningham, F.G., MacDonald, P.C, Gant, N.F, Leveno, K.J y Gilstrap III, L.C. (1996). *Williams Obstetricia*. 4ª ed. Barcelona: MASSON.

John D Thompson, J. W. (1998). *Te Linde Ginecología Quirúrgica*. Argentina-México: Editorial Médica Panamericana.

Larry J. Copeland, J. F. (2002). *Ginecología*. México: Editorial Médica Panamericana.

O. käser, F.M, V. Friedberg, M., K. Thomsen, H., J. Zander, H. (1972). *Ginecología y Obstetricia*. Barcelona: Salvat.

PAC GO-2. (2005). *Programa de actualización continua en Ginecología y Obstetricia*. 1ª ed. México: Intersistemas

Referencias Electrónicas:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Histerectom%C3%ADa>.

Extraído el 02 febrero 2011 21:00 hrs.

es.wikipedia.org/wiki/Histerectom%C3%ADa - En caché - Similares

Extraído el 02 febrero 2011 21:00 hrs.

<http://www.ginecoweb.com/0histerectomia.html>

Extraído el 02 febrero 2011 21:00 hrs.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000915.htm>

Extraído el 09 febrero 2011 22:00hrs

http://www.umm.edu/esp_ency/article/002915.htm

Extraído el 09 febrero 2011 22:00hrs

www.umm.edu › Medical Reference › Encyclopedia - En caché - Similares

Salud de la mujer de hoy| Webmaster Dr. Ricardo Gómez Betancourt MD | Creada en

CSS y Javascript | W3C XHTML 1.0 | W3C CSS 2.0

Extraído el 09 febrero 2011 22:00hrs