



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título: Programa para mejorar la vida de las mujeres con endometriosis mediante intervención enfermera y seguimiento durante un año.

Alumno: Carmen López Rosales
Director: Soledad Ferreras Mencía

Madrid, mayo de 2023

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
PRESENTACIÓN	6
ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	7
1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.....	7
1.1 Endometriosis. Definición y clasificación.....	7
1.2 Teorías sobre las causas.....	10
1.3 Diagnóstico de endometriosis	11
1.3.1 Técnicas de imagen.....	12
1.3.2 Diagnóstico quirúrgico	12
1.3.3 Indicadores bioquímicos	13
1.4 Tratamiento de la endometriosis	16
1.5 Clínica de la endometriosis	20
1.5.1 Dolor	20
1.5.2 Fatiga crónica	20
1.5.3 Depresión, ansiedad y autoestima	21
1.5.4 Obesidad	22
1.5.5 Trastornos digestivos. Endometriosis intestinal	22
1.5.6 Sexualidad	24
1.5.7 Fertilidad	25
1.5.8 Alteración de la microbiota, alimentación y producción de estrógenos	26
Justificación.....	28
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	29
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	29
1.1 Objetivo principal.....	29
1.2 Objetivos específicos	29
1.3 Hipótesis general	29
1.4 Hipótesis específicas	29
METODOLOGÍA	30
1. Diseño del estudio	30
2. Sujetos de estudio.....	30
2.1 Población diana.....	30
2.2 Población accesible.....	30

2.3 Lugar de desarrollo del estudio	30
2.4 Criterios de inclusión y exclusión	30
2.5 Captación de las participantes	31
3. Variables	31
4. Intervención a evaluar	33
4.1 Plan general de cuidados para mujeres con endometriosis	34
5. Procedimiento de recogida de datos	51
5.1 Revisión de instrumentos de valoración en endometriosis	55
6. Fases del estudio y cronograma	58
6.1 Fase conceptual	58
6.2 Fase metodológica	58
6.3 Fase empírica	58
6.4 Cronograma	58
7. Análisis de datos	60
ASPECTOS ÉTICOS	61
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	69
Anexo 1: Consentimiento Informado	70
Anexo 2: Cuestionario sociodemográfico	71
Anexo 3: Escala de Calificación Numérica. Numeric Rating Scale (NRS)	72
Anexo 4: Escala Catástrofe del Dolor. Pain Catastrophizing Scale (PCS)	73
Anexo 5: Escala de Fatiga de Piper. Piper Fatigue Scale (PFS)	75
Anexo 6: Inventario de Depresión de Beck (BDI)	79
Anexo 7: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalarias. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).	84
Anexo 8: Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA)	87
Anexo 9: Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	89
Anexo 10: Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI)	96
Anexo 11: Cuestionario de Activación de Esquemas Cognitivos en el Contexto Sexual (QCSASC)	102
Anexo 12: Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS-20)	105
Anexo 13: Estudio de Resultados Médicos – Encuesta de Apoyo Social. Medical Outcomes Study – Social Support Survey (MOS-SSS)	107
Anexo 14: Índice de Fertilidad de la Endometriosis (EFI)	109
Anexo 15: Hoja de registro de los resultados obtenidos mediante los instrumentos de valoración durante las cuatro sesiones	111

RESUMEN

Introducción: la endometriosis es una de las enfermedades ginecológicas más comunes en las mujeres la cual la causa aún es desconocida, el diagnóstico puede ser dificultoso y tardío y actualmente sólo existen tratamientos para paliar los síntomas que no son curativos. Existen diferentes manifestaciones clínicas, tanto físicas como psicológicas que, serán específicas según cada caso y que pueden interferir en diferentes ámbitos de la vida y afectar notablemente a la calidad de vida de las mujeres que sufren endometriosis.

Objetivo: determinar si la intervención enfermera de valoración, actuación y seguimiento durante un año a un grupo de mujeres que sufren endometriosis va a conseguir la evolución clínica y la mejora de los aspectos alterados debido a la endometriosis.

Metodología: se ha desarrollado un estudio cuasiexperimental en un grupo de mujeres diagnosticadas de endometriosis que pertenecen al Hospital Universitario 12 de Octubre, de la Comunidad Autónoma de Madrid. En este estudio se han seleccionado las variables dolor, fatiga, estado de ánimo, sueño, apoyo social y alexitimia.

Implicaciones para la práctica de enfermería: a través de este estudio se pretende conseguir una formación a enfermeras sobre la endometriosis y proporcionarles una serie de intervenciones de enfermería e instrumentos de valoración para realizar una valoración y seguimiento de mujeres con endometriosis y una mejora de la calidad de vida de estas mujeres.

Palabras clave: endometriosis, enfermería, valoración clínica, cuidados de enfermería, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: endometriosis is one of the most common gynaecological diseases in women, the cause of which is still unknown, diagnosis can be difficult and late and currently there are only treatments to alleviate the symptoms, which are not curative. There are different clinical manifestations, both physical and psychological, which will be specific to each case and which can interfere in different areas of life and significantly affect the quality of life of women suffering from endometriosis.

Objective: to determine whether the nursing intervention of assessment, action and monitoring for one year of a group of women suffering from endometriosis will achieve clinical evolution and improvement of the altered aspects due to endometriosis.

Methodology: a quasi-experimental study was carried out on a group of women diagnosed with endometriosis who belong to the Hospital Universitario 12 de Octubre, in the Autonomous Community of Madrid. The variables selected for this study were pain, fatigue, mood, sleep, social support and alexithymia.

Implications for nursing practice: the aim of this study is to train nurses in endometriosis and provide them with a series of nursing interventions and assessment tools to assess and monitor women with endometriosis and improve their quality of life.

Keywords: endometriosis, nursing, clinical assessment, nursing care, quality of life.

PRESENTACIÓN

La selección de este tema para llevar a cabo mi Trabajo de Fin de Grado se debe a varias razones indicadas a continuación.

La principal razón es que he vivido esta enfermedad muy de cerca por mi madre, que sufre esta enfermedad y ha afectado negativamente en varias etapas de su vida como en la calidad de vida y, además, me ha contado las vivencias que yo no he podido presenciar.

Además, aparte de obtener más información sobre la endometriosis, he querido determinar la manera en cómo los profesionales de enfermería pueden intervenir en el cuidado de estas mujeres, ya que, en muchas ocasiones, el tratamiento se centra en tratar los síntomas más comunes como el dolor o en los tratamientos farmacológicos y no se profundiza en los demás aspectos que pueden afectar en la manera de vivir la enfermedad y en el día a día.

Otra razón, es que la asignatura de Ginecología y Obstetricia es una de las que más me ha llamado la atención a la hora de estudiarla en el tercer año de carrera y me parecía interesante hacerlo sobre un tema de esta especialidad.

Me gustaría reflejar mi agradecimiento a mi madre por ayudarme con su experiencia en este trabajo y a mi familia por el ánimo, el apoyo y la ayuda recibida en esta última etapa como durante estos cuatro años de carrera universitaria. También, a mis amigos por ayudarme cuando lo he necesitado, a las enfermeras con las que he rotado durante estos cuatro años por su enseñanza y sus conocimientos, a las enfermeras de mi rotación en el centro de salud de Perales del Río por, aparte de enseñarme, mostrar interés por este tema y animarme a informarles sobre ello, y, a mi tutora Soledad Ferreras Mencía por motivarme a continuar con este tema, por su amabilidad, por su paciencia, por sus explicaciones, conocimientos y seguimiento durante este proyecto y este último año.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

Este primer apartado del estado de la cuestión comienza con una breve introducción sobre el endometrio y la definición de endometriosis, su clasificación y las teorías sobre la etiología debido a que no se ha concluido una causa específica. Se desarrolla además el diagnóstico y los tipos de tratamiento presentes para aliviar los síntomas. Por último, se diferencian y se concretan los síntomas más comunes.

Para desarrollar el estado de la cuestión se ha realizado una recopilación de literatura científica mediante una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos PubMed, SciELO, Medline y Dialnet, utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS y MeSH aplicando el operador booleano “AND”. Los tesauros empleados en los Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS y MeSH son “endometriosis”, “enfermería”, “biomarcadores”, “dolor”, “depresión”, “ansiedad”, “estado de ánimo”, “fatiga”, “infertilidad”, “trastornos digestivos”, “obesidad”, “sexualidad” siendo en inglés “endometriosis”, “nursing”, “biomarkers”, “pain”, “depression”, “anxiety”, “mood”, “fatigue”, “infertility”, “digestive disorders”, “obesity” y “sexuality”. El filtro que se ha utilizado es el período de tiempo seleccionando artículos con una antigüedad máxima de 6 años, es decir, desde el año 2017 hasta el año 2022 y se han seleccionado artículos en inglés, en francés y en español.

1.1 Endometriosis. Definición y clasificación

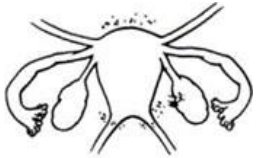
Para comprender mejor la endometriosis se comienza definiendo qué es el endometrio. El endometrio es una capa interna del útero que se va desarrollando mediante diferentes etapas dando lugar a su desprendimiento durante el ciclo menstrual. Es el lugar en el que se produce la implantación del óvulo fecundado, el crecimiento y desarrollo del embrión en caso de implantación y la menstruación si no hay existencia de embarazo. (Critchley et al., 2020; Vilella et al., 2021)

La endometriosis se define como un proceso patológico inflamatorio crónico y benigno, estrógeno-dependiente caracterizado por el crecimiento de glándulas similares a las endometriales y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina o matriz, como puede ser en la cavidad pélvica, en los ovarios, en las trompas de Falopio, vagina u otros. (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022; Pereira et al., 2020)

La etiología aún se desconoce, pero existen varias teorías que se centran en explicar procesos causantes de la endometriosis. (Durón & Bolaños, 2018)

Tiene una prevalencia aproximadamente del 10% en mujeres en edad reproductiva. (Pereira et al., 2020; Edi & Cheng, 2022; Mundo, 2021)

La clasificación de la endometriosis se puede llevar a cabo mediante dos formas. Según la localización de las lesiones endometriósicas se puede diferenciar en endometriosis superficial o aquella presente en la superficie, en el tejido subseroso peritoneal, endometriosis infiltrante profunda que son las lesiones subperitoneales con una profundidad mayor de 5 mm y que puede aparecer en otras partes como vejiga, uréteres... entre otras, y endometriomas o quistes endometriósicos ováricos. Según la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), que es la más utilizada, se distinguen cuatro etapas: etapa I o mínima, etapa II o leve, etapa III o moderada y etapa IV o severa. (Figura 1) (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022; Durón & Bolaños, 2018; Mundo, 2021)

ESTADIO I. MINIMO	ESTADIO II. LEVE	ESTADIO III. MODERADO
		
<u>PERITONEO</u> Endometriosis superficial 1-3 cm → 2 <u>OVARIO DERECHO</u> Endometriosis superficial < 1 cm → 1 Adherencias membranosas < 1/3 → 1	<u>PERITONEO</u> Endometriosis profunda > 3 cm → 6 <u>OVARIO DERECHO</u> Endometriosis superficial < 1 cm → 1 Adherencias membranosas < 1/3 → 1 <u>OVARIO IZQUIERDO</u> Endometriosis superficial < 1 cm → 1	<u>PERITONEO</u> Endometriosis profunda > 3 cm → 6 CULDESAC Obliteración parcial → 4 <u>OVARIO IZQUIERDO</u> Endometriosis profunda 1-3 cm → 16
PUNTOS TOTALES: 4	PUNTOS TOTALES: 9	PUNTOS TOTALES: 26

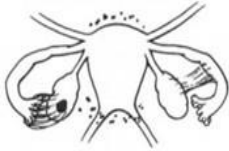
ESTADIO III. MODERADO	ESTADIO IV. SEVERO	ESTADIO V. SEVERO
		
<u>PERITONEO</u> Endometriosis superficial > 3 cm → 4 <u>TROMPA DERECHA</u> Adherencias membranosas < 1/3 → 1 <u>OVARIO DERECHO</u> Adherencias membranosas < 1/3 → 1 <u>TROMPA IZQUIERDA</u> Adherencias densas < 1/3 → 16 <u>OVARIO IZQUIERDO</u> Endometriosis profunda < 1 cm → 4 Adherencias densas < 1/3 → 4	<u>PERITONEO</u> Endometriosis superficial > 3 cm → 4 <u>OVARIO IZQUIERDO</u> Endometriosis profunda 1 - 3 cm → 32 Adherencias densas < 1/3 → 8 <u>TROMPA IZQUIERDA</u> Adherencias densas < 1/3 → 8	<u>PERITONEO</u> Endometriosis profunda > 3 cm → 6 CULDESAC Obliteraciones completas → 40 <u>OVARIO DERECHO</u> Endometriosis profunda 1 - 3 cm → 16 Adherencias densas < 1/3 → 4 <u>TROMPA IZQUIERDA</u> Adherencias densas > 2/3 → 16 <u>OVARIO IZQUIERDO</u> Endometriosis profunda 1 - 3 cm → 16 Adherencias densas > 2/3 → 16
PUNTOS TOTALES: 30	PUNTOS TOTALES: 52	PUNTOS TOTALES: 114

Figura 1: Etapas de la endometriosis según la clasificación de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM). (Mando, 2021)

Las teorías sobre la etiología, la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de la endometriosis se desarrollarán más profundamente en los siguientes apartados.

1.2 Teorías sobre las causas

Como se mencionó en el apartado anterior, la etiología de la endometriosis no está clara. Por ello, se han propuesto diferentes teorías que han ido cambiando a lo largo de los años, pero ninguna determina verdaderamente la patogenia de esta enfermedad. (Mundo, 2021)

La teoría más valorada es la de la **menstruación retrógrada** propuesta por Sampson. Explica la endometriosis como consecuencia del paso retrógrado de partes del tejido endometrial a través de las trompas de Falopio a la cavidad peritoneal durante la menstruación, produciéndose la implantación, adherencia y permanencia en los tejidos y órganos peritoneales, dando lugar al desarrollo de lesiones endometriósicas. Se ha estudiado a través de la observación directa mediante laparoscopia durante la menstruación de restos menstruales en la cavidad peritoneal y se ha visto que la menstruación retrógrada ocurre en el 76-90% de mujeres, pero no todas sufren endometriosis, por lo que deben intervenir otros procesos diferentes en la aparición de estas lesiones. (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022; Mundo, 2021; Koninckx et al., 2021)

Otra teoría es la **teoría de la metaplasia celómica** de Robert Meyer. La endometriosis se desarrolla por la transformación metaplásica de células celómicas o células embrionarias debido a estímulos externos como la intervención de hormonas, procesos inflamatorios o por agentes inmunológicos del endometrio. Esta teoría puede ser utilizada para explicar casos en los que las lesiones se localizan fuera de la cavidad peritoneal como puede ser en el abdomen o en los pulmones. (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022; Mundo, 2021)

La **teoría müllenaria** sostiene que, durante la etapa del desarrollo fetal, en la organogénesis, se forman unos conductos conocidos como conductos de Müller que intervienen en la formación del sistema reproductor dando lugar, en el caso del femenino, al útero, trompas de Falopio y cérvix. Esta teoría define la endometriosis como el resultado de procesos que sufren los conductos müllenarios provocando que sus células se conviertan en lesiones endometriósicas y se propaguen a otros sitios externos a estos conductos como respuesta a estrógeno, produciéndose en la pubertad o en la menarquia. (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022)

Una teoría que implica el sistema sanguíneo y linfático es la **teoría de la metástasis linfática y vascular**. Las células y el tejido endometrial uterino circulan a través del torrente sanguíneo y del sistema linfático a otras partes del cuerpo como abdomen, pulmón, etc. transformándose en endometriosis. También, se podría utilizar esta hipótesis para explicar la presencia de

endometriosis en zonas fuera de la cavidad pélvica. (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022; Mundo, 2021; Falcone & Flyckt, 2018)

A través de **la teoría de la implantación de células madre** se pretende demostrar que la endometriosis aparece debido a que las células madre, que se piensa principalmente que emanan del endometrio uterino o de la médula ósea, aparecen en el lugar de implantación debido a la sucesión de la menstruación retrógrada, propagación mediante el sistema linfático o vascular, paso directo o combinación de estos. Después se adhieren y proliferan en la zona de implantación. Este fenómeno puede estar influenciado por procesos hormonales, estrógenos especialmente, o por otros factores del microambiente tisular. (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022)

Por último, la **teoría genética o epigenética** determina que la endometriosis es una patología epigenética. La epigenética se caracteriza por cambios que no se transmiten por ADN. Según esta teoría, mientras cada célula sufre una división aparece el riesgo de errores, que podría elevarse con factores como el estrés oxidativo, la contaminación o la radiación ionizante. Existe un alto riesgo con el endometrio ya que crece más rápidamente. (Amro et al., 2022)

1.3 Diagnóstico de endometriosis

El diagnóstico de la endometriosis puede llevarse a cabo de diferentes maneras y puede ser difícil y requerir tiempo debido a la variabilidad clínica, a que se necesita cirugía para la confirmación diagnóstica y a que el dolor pélvico asociado a la endometriosis puede confundirse con otras patologías: (Durón & Bolaños, 2018; Mundo, 2021)

“Sin embargo, la superposición sustancial de los síntomas de la endometriosis con otras afecciones que causan dolor pélvico, tanto ginecológico como no ginecológico, combinado con la limitación de la exploración pélvica para su detección, hace que el diagnóstico clínico sea desafiante” (Durón y Bolaños, 2018, página 2).

La vivencia de la enfermedad puede ser diferente en cada mujer porque la enfermedad puede presentarse con síntomas variables, con distintos estadios y localizaciones.

En todos los casos, se realiza una valoración clínica del estado general con anamnesis, se estudia su historia clínica y se obtiene información sobre sus antecedentes personales y familiares. Se elabora un examen físico detallado e individualizado a cada paciente, incluyendo un examen pélvico en búsqueda de masas palpables, nódulos en el fondo de saco,

ligamentos uterosacros y el útero retrovertido fijo. (Edi & Cheng, 2022; Falcone & Flyckt, 2018; Rolla, 2019)

Uno de los métodos que más se utilizan cuando existe sospecha de endometriosis son las técnicas de imagen, sobre todo, como un estudio complementario en las situaciones complejas, para la investigación del dolor crónico y otros casos en los que se emplean en pacientes que van a ser sometidas a una cirugía por endometriosis como valoración previa. Sin embargo, la única forma de confirmar el diagnóstico de endometriosis es a través del diagnóstico quirúrgico. (Falcone & Flyckt, 2018)

A continuación, se definen las técnicas de imagen más utilizadas.

1.3.1 Técnicas de imagen

Se sabe que las técnicas de imagen son unas herramientas útiles en el estudio de la endometriosis. Entre las técnicas de imagen más utilizadas destacan la ultrasonografía transvaginal, la ultrasonografía pélvica y la resonancia magnética.

La ultrasonografía transvaginal es fiable para detectar endometriomas ováricos, adherencias y fluidos por su alta especificidad y sensibilidad. En presencia de dolor pélvico crónico se realiza la ultrasonografía pélvica como método de elección ya que posibilita detectar otras razones por las que se presenta este dolor. La resonancia magnética se puede utilizar en los casos de mayor complejidad o antes de las cirugías para hacer una valoración de la paciente y se puede emplear para detectar la endometriosis infiltrante profunda, sobre todo, cuando implica al intestino, vejiga y uréter. (Durón & Bolaños, 2018; Edi & Cheng, 2022; Falcone & Flyckt, 2018)

El inconveniente de las técnicas de imagen es que no prometen un diagnóstico final de la endometriosis porque “sin embargo, ni el examen clínico ni las imágenes pueden excluir lesiones más pequeñas y superficiales” (Koninckx et al., 2021, página 6).

1.3.2 Diagnóstico quirúrgico

El estudio de las lesiones endometriósicas adquiridas mediante cirugía es el único método que confirma el diagnóstico de esta afección. La cirugía que se lleva a cabo es la laparoscopia que consiste en una escisión para visualizar la cavidad abdominal, observar directamente las lesiones, glándulas o estroma endometrial y obtener las muestras necesarias para ser

estudiadas posteriormente y confirmar así la endometriosis. (Figura 2) (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022; Durón & Bolaños, 2018; Mundo, 2021; Falcone & Flyckt, 2018)

Coincidiendo con la aparición del artículo de Durón y Bolaños (2018) por un lado, se piensa que la laparoscopia diagnóstica no tiene que realizarse en todos los casos obligatoriamente, siempre y cuando no produzca efectos beneficiosos, y que puede ser suficiente con las demás pruebas de imagen realizadas junto con la clínica y los datos obtenidos en el examen físico.

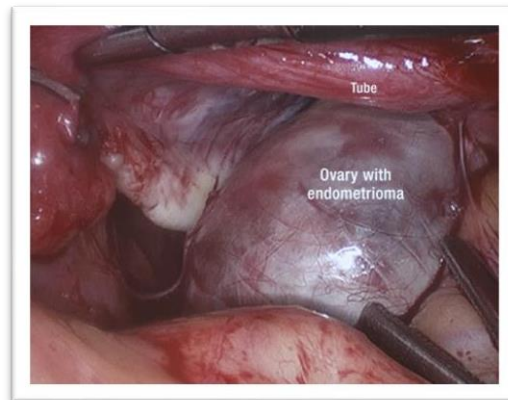


Figura 2: Endometrioma ovárico visto por laparoscopia. (Bulun et al., 2019)

1.3.3 Indicadores bioquímicos

Varios estudios han intentado desarrollar nuevas formas de diagnosticar la endometriosis de forma menos invasiva mediante marcadores bioquímicos para conseguir un diagnóstico más rápido y menos costoso, estudiando la sangre o la orina, pero no se ha definido ninguno como prueba diagnóstica por no presentar la suficiente exactitud. (Anastasiu et al., 2020; Coutinho et al., 2019) En algunos casos, pueden dar falsos positivos por alteración en presencia de otras enfermedades o falsos negativos por el tamaño mínimo de las lesiones. Los biomarcadores podrían servir para realizar un seguimiento de la enfermedad y como opciones de tratamiento. (Coutinho et al., 2019)

Se han estudiado factores que están presentes en la inflamación producida por endometriosis como glicoproteínas, estrés oxidativo, hormonas, citoquinas, agentes angiogénicos... (Tian et al., 2020)

Las lesiones endometriósicas contienen receptores para hormonas sexuales y reducen la aromatasa 450 que transforma los andrógenos en estrógenos. Algunas investigaciones han encontrado que existen niveles mayores de receptores de estrógeno beta respecto a los de

tipo alfa y resistencia a la progesterona en las pacientes con endometriosis. (Coutinho et al., 2019)

Dentro de las **glicoproteínas** el marcador tumoral CA-125, utilizado para el cáncer ovárico, se ha investigado como marcador sanguíneo para la endometriosis en varios estudios y en uno de ellos se observó una elevación de esta glicoproteína en pacientes que presentaban etapas avanzadas de endometriosis. Otras investigaciones han mostrado que el CA-125 puede cambiar según la clínica de la enfermedad y durante el ciclo menstrual y que puede ser alterado por otras situaciones fisiológicas o por tratamientos farmacológicos produciendo falsos positivos. (Coutinho et al., 2019; Tian et al., 2020)

Otro marcador para el diagnóstico de cáncer de ovario es el CA-199. Pocos estudios han encontrado un aumento de este marcador en las personas con endometriosis. Además, tiene una sensibilidad menor que CA-125. (Coutinho et al., 2019)

La interleucina-6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) son citoquinas inflamatorias estudiadas como biomarcadores y se han demostrado niveles séricos alterados y aumentados de estos en el líquido peritoneal. Otra citoquina es la interleucina-8 (IL-8) y existen investigaciones que han observado niveles elevados mientras que otras no han encontrado diferencia de niveles. (Anastasiu et al., 2020; Coutinho et al., 2019)

Las **quimiocinas** son un tipo de citocinas o proteínas inflamatorias que no son específicas por lo que pueden sufrir alteraciones por otras patologías y dar resultados falsos. Podrían ser útiles junto con marcadores no inflamatorios.

Se ha encontrado que las mujeres con endometriosis presentan un nivel más elevado de macrófagos, eritrocitos y otras células del sistema inmune que producen citocinas, prostaglandinas, factores de crecimiento y otros que pueden intervenir y contribuir a la endometriosis. El **estrés oxidativo** se entiende como una alteración en el equilibrio de los reactivos de oxígeno (ROS) y los mecanismos de defensa antioxidantes. Estos reactivos pueden estar elevados por macrófagos, eritrocitos y tejido endometrial apoptótico dando lugar a una inflamación generalizada y facilitar la unión y desarrollo de células del endometrio en el peritoneo. (Coutinho et al., 2019)

En algunos estudios se han definido que el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) induce a la **angiogénesis** o formación de vasos sanguíneos favoreciendo la permeabilidad de los vasos que intervienen en la aparición de endometrio extraútero. Estos estudios han

concluido que en mujeres endometriósicas se han encontrado niveles de VEGF peritoneales elevados. (Coutinho et al., 2019)

Algunos **factores de crecimiento y péptidos** como la insulina-1 (IGF-1) se ha observado elevada en las fases más avanzadas de la endometriosis (III y IV). Se cree que la urocortina interviene en la enfermedad de endometriosis, viéndose aumentada en aquellas mujeres que padecían endometriosis ovárica respecto a las que sufrían otro tipo de patologías ginecológicas. (Anastasiu et al., 2020; Coutinho et al., 2019)

Los **anticuerpos contra el endometrio** como los anticuerpos contra la glicoproteína γ 2-HS, la lipoproteína de baja densidad modificada con malondialdehído, la laminina-I, el peróxido lipídico, la albúmina sérica de conejo modificada, la cardiolipina y los anticuerpos específicos contra la anhidrasa carbónica y la transferrinase se han investigado como biomarcadores para el diagnóstico de la endometriosis. Se han encontrado mayores niveles de estos anticuerpos en mujeres con endometriosis. (Anastasiu et al., 2020)

Otros biomarcadores son los **urinarios** debido al fácil y rápido acceso a la orina. Algunas proteínas como la proteína transportadora de vitamina D, péptidos urinarios y la enolasa no neuronal como la tirosina quinasa similar a fms por creatinina, citoqueratina-19 o metaloproteinasas de matriz (MMP) se han investigado como posibles pruebas para el diagnóstico de la endometriosis. (Anastasiu et al., 2020)

Cabe mencionar que se han desarrollado nuevas tecnologías las cuales integran **las ciencias ómicas** (genómica, proteómica, metabolómica...) empleadas anteriormente para el análisis de muestras biológicas y para el estudio de enfermedades complicadas. Permiten el estudio genérico de un tablón de partículas, proteínas y genes. Varios estudios han demostrado resultados prometedores utilizando las ciencias ómicas, pero es necesaria una mayor investigación. (Coutinho et al., 2019; Tian et al., 2020)

“Las últimas tecnologías que consisten en proteómica, metabolómica y genómica que investigan un panel completo de moléculas o un perfil de genes podrían convertirse en la herramienta de diagnóstico estándar de oro y eliminar así las laparoscopias invasivas.” (Anastasiu et al., 2020, página 16).

Mediante el estudio del **microARN** (miARN) se pueden identificar varias enfermedades. El miARN es un ARN no codificante que figura el modulador primordial de la expresión génica de varias enfermedades como la endometriosis. Se unen al ARN mensajero y frenan la traducción. Su desregulación puede estar presente en la endometriosis. Se ha observado el

miARN en tejido enfermo, orina, plasma, etc. al analizar varias patologías. (Anastasiu et al., 2020; Coutinho et al., 2019; Tian et al., 2020)

Existen varios estudios con resultados diferentes sobre estos marcadores por lo que se necesita una mayor investigación, con muestras mayores y con una mayor sensibilidad y especificidad tal (Figura 3) y como dijeron Králířková, Vetvicka, Fiala, Laganà y Garzon “La mayoría de los biomarcadores mencionados en esta revisión, si no todos, tienen un problema común: límites clínicos desconocidos para la sensibilidad y la especificidad, que suelen ser bajos” (2021).

Biomarcadores	
Hormonas	↑ receptores estrógeno, resistencia progesterona
Glicoproteínas	CA-125, CA-199
Citocinas / Quimiocinas	IL-6, IL-8
Estrés oxidativo	↑ ROS
Angiogénesis	↑ VEGF
Factores de crecimiento y péptidos	Factor de crecimiento IGF-1, nesfatina-1, urocortina
Anticuerpos contra el endometrio	
Urinarios	Proteína transportadora de la vitamina D, tirosina, citoqueratina-19, MMP
miARN	

Figura 3: Biomarcadores investigados como posibles pruebas diagnósticas de menor invasividad para la endometriosis. Fuente: Elaboración propia.

1.4 Tratamiento de la endometriosis

No existe un tratamiento que cure la endometriosis, están dirigidos a aliviar los síntomas, tratar la infertilidad y evitar la aparición de las lesiones. Debe ser individualizado y elegido según la agravación clínica, la intensidad y extensión de la enfermedad, la edad, el deseo o no de embarazo, el historial y antecedentes personales sobre anteriores tratamientos y efectos adversos. (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022; Durón & Bolaños, 2018; Edi & Cheng, 2022; Mundo, 2021; Falcone & Flyckt, 2018)

El tratamiento médico tiene como principal objetivo mitigar los síntomas como el dolor crónico y reducir o evitar la aparición de recurrencias. No favorece la fertilidad. (Mundo, 2021; Koninckx et al., 2021)

Los **anticonceptivos orales combinados** son el tratamiento de primera elección para la dismenorrea primaria. Su función consiste en interrumpir la ovulación, la menstruación, reducir la inflamación y las lesiones endometrióticas. Pueden administrarse de manera cíclica o continua, pero se ha observado que la continua produce mejores resultados. Se pueden combinar con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) siendo más favorable a dosis bajas por posibles efectos secundarios. Este tratamiento suele darse hasta que aparezcan deseos de embarazo o hasta la menopausia. (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022; Pereira et al., 2020; Durón & Bolaños, 2018; Edi & Cheng, 2022)

Los **progestágenos** como el acetato de medroxiprogesterona y derivados de 19-nortestosterona pueden ser utilizados como tratamiento de primera línea cuando no se toleran los anticonceptivos orales. También, suprimen la ovulación, impulsan a la deciduización del endometrio, modifica los receptores estrogénicos y reduce el crecimiento de los implantes endometriales. (Durón & Bolaños, 2018; Falcone & Flyckt, 2018).

La terapia elegida en segundo lugar son los **agonistas de hormona gonadotropina (GnRH)** para aquellas pacientes con las que no se consiguen resultados esperados con los anteriores. (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022). Actúan sobre la hipófisis produciendo retroalimentación negativa y reducen la síntesis de gonadotropinas. Favorecen la reducción del dolor en un 50% - 90% pero no se debe utilizar en un período mayor a seis meses debido a que produce efectos secundarios como cefalea, sofocos, pérdida de densidad ósea, sequedad vaginal, cambios de humor, etc. (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022; Pereira et al., 2020; Edi & Cheng, 2022; Falcone & Flyckt, 2018).

Los **antagonistas de la hormona gonadotropina** se unen de forma competitiva a los receptores de GnRH y los bloquean, inhibiendo las gonadotropinas. El más investigado es Elagolix. (Pereira et al., 2020; Edi & Cheng, 2022).

El **tratamiento hiperandrogénico** como con danazol se encarga de bloquear la secreción de la hormona GnRH, la hormona luteinizante eleva la cantidad de testosterona libre y se impide la función ovárica provocando la disminución de las lesiones endometrióticas. Se utiliza en pocas ocasiones y no está indicado para tratamientos duraderos por efectos adversos

androgénicos (aumento de peso, reducción de los niveles de HDL, elevación de la LDL, seborrea...). (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022).

Los **inhibidores de la aromatasa** privan a la enzima aromatasa P450 e impiden la secreción de estrógeno para reducir el dolor, pero no actúan sobre la función de los ovarios por lo que se acompañan de anticonceptivos orales combinados o agonistas de la GnRH. La aromatasa es una enzima que crea un entorno hiperestrogénico y está presente en el endometrio intrauterino y en las lesiones endometriósicas en mujeres que tienen endometriosis. (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022; Pereira et al., 2020; Durón & Bolaños, 2018).

El **tratamiento quirúrgico** está indicado cuando no hay respuesta a ningún tratamiento farmacológico o cuando los efectos adversos de las terapias medicamentosas son mayores que los efectos positivos. (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022; Falcone & Flyckt, 2018). Tiene la finalidad de eliminar las lesiones visibles, reparar la anatomía de la pelvis y evitar las adherencias, para aliviar los síntomas y tratar la infertilidad causada por endometriosis. Las cirugías para el tratamiento de la endometriosis pueden ser laparotomía o laparoscopia. Ambas han indicado los mismos resultados en cuanto a efectividad contra el dolor, pero la laparoscopia presenta ventajas sobre la cirugía por laparotomía: es menos dolorosa, la curación es más rápida y precisa una menor permanencia hospitalaria. Además, se puede llevar a cabo una ablación con energía por laparoscopia o escisión laparoscópica. Después de realizarse una comprobación en tres estudios hubo una mayor inclinación por la escisión dado que es más efectivo y completo. (Durón & Bolaños, 2018; Edi & Cheng, 2022; Falcone & Flyckt, 2018).

En pacientes postquirúrgicas existe riesgo de que se presenten recurrencias de las lesiones endometriósicas por lo que es conveniente seguir con un tratamiento médico como con anticonceptivos orales combinados. (Pereira et al., 2020)

A continuación, se desarrollará una guía de actuación para actuar en caso de que exista la posibilidad de endometriosis: (Figura 4)

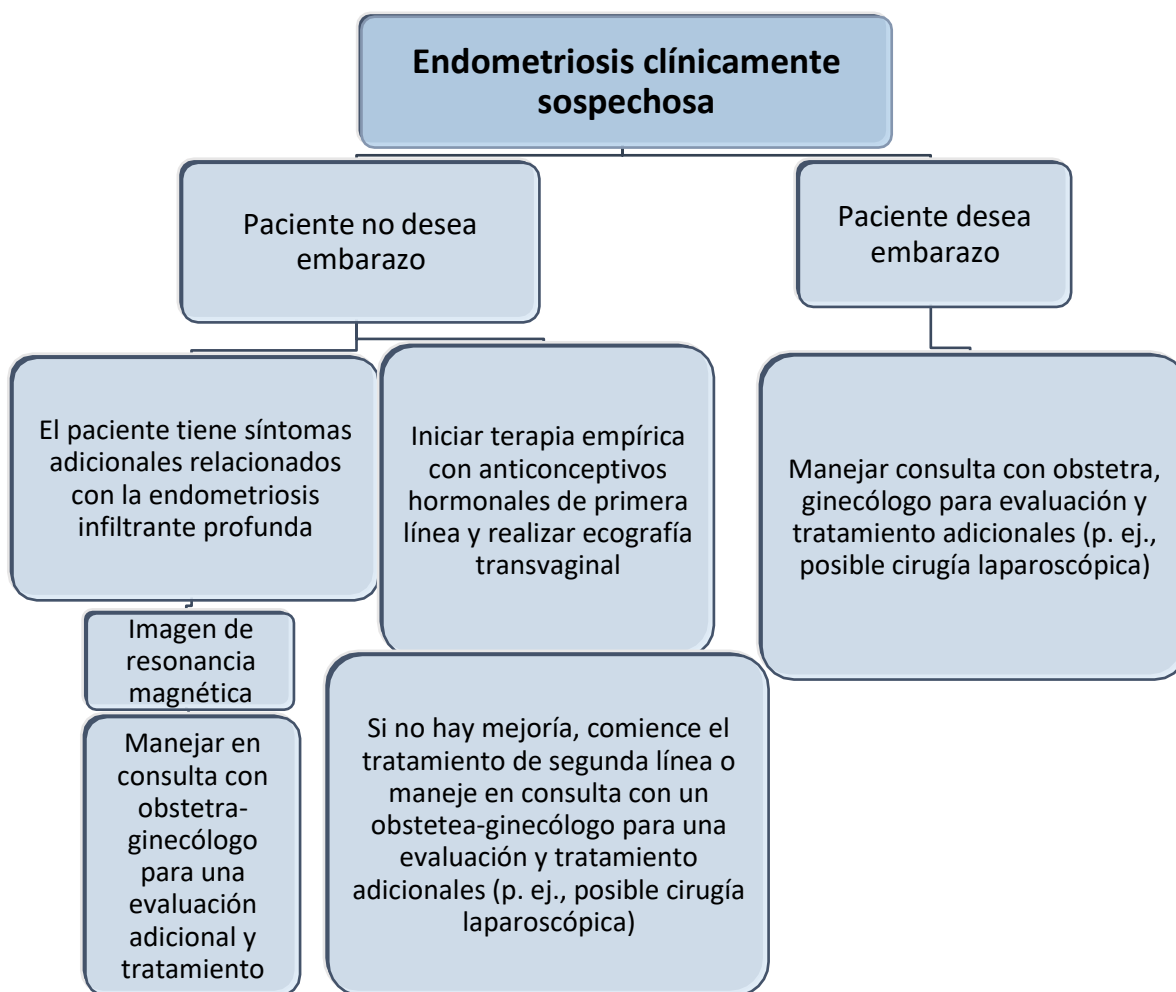


Figura 4: Guía de actuación en caso de sospecha de endometriosis. (Edi & Cheng, 2022)

En el caso de tratamiento quirúrgico de los endometriomas ováricos se ha observado que al eliminarlos o reducirlos existe una mejora del dolor y de la fertilidad, pero algunos estudios indican que la cirugía disminuye la reserva ovárica y la reproducción por lo que se debe reducir el número de cirugías y controlar los síntomas postquirúrgicos mediante fármacos. (Pereira et al., 2020).

Aquellas pacientes en las que la exista gravedad de la enfermedad, los síntomas les provoquen inhabilitación, no exista respuesta a tratamientos pasados y el deseo de embarazo no esté en los planes de futuro se les realiza una cirugía definitiva o histerectomía con salpingooforectomía bilateral. Además, se ha concluido que “La histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral con escisión de todos los focos de endometriosis mostró tasas de curación del 90%”. (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022)

1.5 Clínica de la endometriosis

La clínica es variable e inespecífica. Los síntomas más comunes son dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico crónico, e infertilidad. Algunos casos son asintomáticos.

1.5.1 Dolor

El dolor está presente en la mayoría de los casos de endometriosis, pudiéndose diferenciar distintos tipos y ser de forma continua o intermitente. Se han analizado distintos procesos que pueden tener relación con el dolor como la inflamación, la estimulación hormonal, la activación de las vías neuronales, sangrado de las lesiones o la presencia conjunta. (Durón & Bolaños, 2018) Los implantes de endometriosis favorecen la síntesis de citoquinas inflamatorias, factores de crecimiento y quimiocinas que se encuentran elevadas en el líquido peritoneal de las mujeres con endometriosis según varios estudios, lo que da lugar a la sensibilización de nervios periféricos produciendo mayor inflamación y dolor, además se ha visto que aparecen nuevas fibras nerviosas en varias lesiones. Se ha propuesto que el proceso inflamatorio por endometriosis interviene con el sistema nervioso central provocando el dolor o que mientras las lesiones aumentan de tamaño se introducen en las fibras nerviosas contiguas y desarrollan hiperalgesia. Asimismo, este síntoma puede estar fortalecido por aspectos cognitivos y emocionales. (Mundo, 2021)

Los dos tipos de dolor más comunes son dismenorrea y dispareunia profunda, pero puede presentarse también como disquecia, disuria o dolor pélvico crónico. El dolor presente no se relaciona con la fase de la endometriosis, pero se ha supuesto que se vincula con la profundidad de infiltración. El dolor por endometriosis puede afectar a varios ámbitos de la vida y a la calidad de vida de las mujeres. (Durón & Bolaños, 2018)

1.5.2 Fatiga crónica

En varios estudios se ha observado que la fatiga es un síntoma habitual en muchas mujeres que sufren endometriosis a diferencia del resto de población femenina pero aun así no se ha investigado profundamente. La fatiga crónica se considera como uno de los síntomas que producen mayor debilidad y que todavía no se ha investigado considerablemente. (Ramin-Wright et al., 2018)

Una investigación sobre la aparición de fatiga crónica en mujeres de España demostró que el 85,3% de las participantes presentaban fatiga moderada a severa. (Mundo-López et al., 2020)

En un estudio se ha relacionado la fatiga con síntomas como dolor, insomnio, estrés laboral y depresión. (Ramin-Wright et al., 2018) En otros artículos se ha observado que la fatiga se relaciona con la intensidad del dolor pélvico y que el tratamiento del dolor y los sangrados dieron lugar a una disminución de la fatiga. Además, se ha descubierto que la fatiga ha influido negativamente en varios ámbitos de la vida diaria: en las tareas cotidianas, en actividades de la vida social, en el estado de ánimo, en las relaciones con amigos, pareja y familiares, en el ámbito laboral y escolar y en la realización de actividades físicas. (DiBenedetti et al., 2020)

Otro factor que puede condicionar a la fatiga es los efectos secundarios de los tratamientos o un mal desafío de la enfermedad. (Ramin-Wright et al., 2018)

Como resultado de varias observaciones se plantea la importancia de un tratamiento que no sea sólo farmacológico y que no se limite a los síntomas más comunes sino, además, tratar la fatiga y los síntomas que la condicionan mediante terapia psicológica, física, rehabilitación individualizada u otras actividades, con el fin de mejorar la calidad de vida de estas mujeres. (Mundo-López et al., 2020)

“El tratamiento habitual de la enfermedad se centra en los síntomas clásicos como el dolor o la infertilidad, pero nuestros hallazgos también respaldan la importancia de abordar la fatiga en el tratamiento de pacientes con endometriosis, destacando la necesidad de un manejo interdisciplinario de la enfermedad.” (Mundo-López et al., 2020, página 11).

1.5.3 Depresión, ansiedad y autoestima

La endometriosis puede afectar de forma perjudicial a la calidad de vida y a la salud mental de las mujeres. En un estudio se ha contemplado que la depresión está presente del 10 al 86% y la ansiedad del 10 al 79% de personas con endometriosis, en definitiva, un mayor riesgo de que las mujeres que tienen endometriosis sufren trastornos psicológicos con el resto de los controles sanos. La causa más frecuente que puede derivar en depresión y ansiedad es el dolor, seguido de la infertilidad por la presencia de mayor angustia e inquietud. Se ha revelado que algunos factores demográficos y la intensidad del dolor pueden influir en la aparición de estos trastornos psicológicos.

Como se ha mencionado anteriormente, la terapia psicológica se debe incorporar en el tratamiento de la endometriosis. Después de contemplar estudios en los que se han analizado varios resultados, las participantes que se han sometido a actividades de regulación emocional y han aprendido habilidades para hacer frente a la enfermedad han mejorado su calidad de vida y tienen menos problemas que afectan a su salud mental. El control de las emociones debe incorporarse en el tratamiento de la endometriosis y como se indica en este artículo “Además, se informó que los pacientes que usaron estrategias de afrontamiento positivas experimentaron menos síntomas depresivos.” (van Barneveld et al., 2022, página 224).

1.5.4 Obesidad

Se han realizado distintos análisis en los que se ha determinado una relación opuesta entre el índice de masa corporal y la endometriosis. Algunas asociaciones a este proceso es que una menor presión abdominal favorece la menstruación retrógrada o que debido a síntomas como dolor, náuseas y diarrea aparece menor apetito y disminución de la ingesta. (Pantelis et al., 2021) Además, se ha expuesto que un menor IMC puede darse por alteraciones de genes por los niveles de estrógeno o por menor número de adipocitos. (Park & Chung, 2021) No se debe olvidar que algunos fármacos pueden influir en el peso. (Rowlands et al., 2022) En algunos estudios se ha descubierto que el síndrome metabólico puede verse afectado por una mayor presencia de grasa periférica relacionada con el paso de estrógenos a andrógenos. Esta observación debe ser mejor investigada y comprendida porque puede influir la dieta, el ejercicio y el estilo de vida y es un papel importante para enfermería. (Park & Chung, 2021)

La obesidad no puede determinarse solamente por el IMC, hay que tener en cuenta otros factores como las medidas antropométricas de la adiposidad y el estilo de vida. (Pantelis et al., 2021) Se ha determinado que en pacientes con obesidad el diagnóstico de endometriosis puede ser más difícil por posibles complicaciones quirúrgicas y por peor visualización y detección de las lesiones. (Rowlands et al., 2022)

1.5.5 Trastornos digestivos. Endometriosis intestinal

La endometriosis puede localizarse en regiones pélvicas y regiones externas a la pelvis, siendo el intestino la más frecuente. El lugar más común en el que se encuentra endometriosis intestinal es el colon rectosigmoideo siendo el recto, apéndice y ciego los sitios que le siguen como lugares más frecuentes. Como indican Habib et. al (2020) en su artículo “la afectación intestinal representa del 5 al 12% de las mujeres que presentan la enfermedad, recto y

sigmoide involucrados en hasta el 90% de todas las lesiones intestinales". (Habib et al., 2020; Nezhat & Agarwal, 2022; Foulon et al., 2021)

La presentación de las lesiones endometriósicas intestinales puede ser en forma de endometriosis infiltrante profunda en la mucosa, capa muscular o en forma de endometriosis superficial en la capa serosa o subserosa. (Nezhat & Agarwal, 2022; Nezhat et al., 2018)

Los síntomas que hacen replantearse que esta enfermedad existe en el intestino son dolor crónico, dispareunia profunda, dismenorrea, disquecia y otros como diarrea, estreñimiento, sangrado rectal, tenesmo, distensión abdominal, sangre en heces, dolor al sentarse y síntomas obstructivos. Es una clínica parecida al síndrome de intestino irritable, por ello, se han dado casos en los que se dan falsos diagnósticos. (Nezhat & Agarwal, 2022; Foulon et al., 2021; Nezhat et al., 2018)

El diagnóstico de la endometriosis intestinal se basa en el diagnóstico general de la endometriosis (historia clínica, valoración clínica, examen físico) acompañado de un examen rectovaginal siendo más favorable durante la menstruación junto con las técnicas de imagen siendo la ecografía transvaginal la más utilizada y la resonancia magnética útil para las lesiones ubicadas en el recto. En algunos casos se realiza una colonoscopia. El diagnóstico que confirma la enfermedad intestinal sigue siendo la laparoscopia. Además, existen casos en los que se diagnostica al realizar una cirugía por otras causas. (Nezhat & Agarwal, 2022)

El tratamiento debe adaptarse a cada paciente. La terapia farmacológica inicial es la interrupción de la ovulación mediante los anticonceptivos orales combinados o progestinas. Como segunda opción se utilizan los agonistas de la hormona GnRH por los efectos secundarios que se presentan y mayor coste. En aquellos casos en los que no se obtengan resultados beneficiosos se indicará el tratamiento quirúrgico. (Nezhat & Agarwal, 2022; Nezhat et al., 2018; Kim, 2020)

El tratamiento quirúrgico se indica en aquellos casos en los que existe obstrucción de la luz intestinal o el dolor se vuelve incontrolable. La cirugía dependerá de la localización en el intestino, la cantidad de nódulos, si existe estenosis o no y de la profundidad de la lesión. Es favorable la participación e intervención junto con el ginecólogo de un cirujano gastrointestinal. (Habib et al., 2020; Nezhat & Agarwal, 2022)

Se pueden diferenciar tres tipos de cirugías explicadas a continuación (Figura 5):
(Nezhat & Agarwal, 2022; Nezhat et al., 2018; Kim, 2020)

Cirugía	
Escisión por rasurado	Eliminación de endometriomas y tejido fibrótico sin alterar la capa muscular y serosa del intestino. Indicada en implantes endometriósicos bajo el colon sigmoideo.
Escisión de disco	Mayor probabilidad de complicaciones que la anterior, mayor seguridad que la resección segmentaria. Utilizada para el tratamiento de lesiones por encima del colon sigmoideo.
Resección segmentaria	En estadios más avanzados e invasivos y lesiones localizadas por arriba del colon sigmoide.

Figura 5: Tipos de cirugía para el tratamiento de la endometriosis intestinal. Fuente: Elaboración propia.

En algunos casos se lleva a cabo además la cirugía conservadora de nervios para que no quede afectada la función intestinal, sexual y vesical. Además, para evitar recurrencias, cuando no existe deseo de embarazo, se puede mantener la supresión ovulatoria con el tratamiento farmacológico después de la cirugía. (Nezhat et al., 2018)

1.5.6 Sexualidad

La endometriosis puede influir de forma negativa en la sexualidad de las mujeres con endometriosis y en sus parejas. La dispareunia es el síntoma que más afecta a la actividad sexual y se ha visto en varios estudios que aparece en el 32 – 70% de estas mujeres. Otros factores que pueden afectar a la actividad sexual y retroalimentar el dolor son los pensamientos negativos que pueden dar lugar a angustia, la depresión y la ansiedad, el temor al dolor, pensar en experiencias anteriores, menor deseo y la alteración de la identidad y de la imagen corporal. (La Rosa et al., 2020; Rossi et al., 2022; Norinho et al., 2020)

Además, la falta de actividad sexual por estas creencias y estas vivencias puede conllevar a sentimientos de culpa por parte de la mujer y sentimientos de rechazo por parte de la pareja, apareciendo problemas en la relación y estando favorecidos en algunos casos por falta de comunicación entre en la pareja. En un estudio se obtuvo que el 75% de parejas masculinas han visto perjudicada su vida sexual. (Norinho et al., 2020; Gehenne et al., 2022)

La infertilidad provocada por endometriosis es otro síntoma que puede interferir en la relación de pareja y provocar emociones negativas como frustración o depresión, incluso en aquellos

casos en los que se llevan a cabo técnicas de reproducción asistida por el estrés y la incertidumbre. (La Rosa et al., 2020)

En muchos casos, la sexualidad de estas mujeres y su relación con sus parejas no se tiene en cuenta al tratar la endometriosis, no se incluye terapia sexual ni se trata a la pareja. Se debe tener en cuenta que las parejas tienen un papel importante de apoyo y acompañamiento a las mujeres afectadas por endometriosis y por ello, es importante considerar a las parejas en el tratamiento de esta enfermedad. Algunas técnicas que pueden utilizarse son la terapia psicológica, asesoramiento sexual o facilitar la comunicación de pareja. (La Rosa et al., 2020; Norinho et al., 2020; van Poll et al., 2020)

1.5.7 Fertilidad

La infertilidad por la endometriosis es un síntoma que puede producirse por adherencias en la pelvis, adherencias en las Trompas de Falopio, fibrosis, inflamación del peritoneo... que afecten al ADN de los espermatozoides, al proceso de fecundación, implantación o al desarrollo del embrión. (Tanbo & Fedorcsak, 2017; Garcia-Fernandez & García-Velasco, 2020; Gómez Pinargote et al., 2021)

Como se indicó en el apartado de tratamiento quirúrgico, una de las indicaciones en las que se realiza cirugía en caso de infertilidad. Se ha observado que la cirugía junto con las técnicas de reproducción asistida (TRA) favoreció los resultados de embarazo en estas pacientes. Sin embargo, no se puede olvidar que el tratamiento quirúrgico puede afectar a la reserva ovárica o aparecer cicatrices. (Coccia et al., 2022)

El tratamiento de la infertilidad debe individualizarse en cada situación, teniéndose en cuenta el estadio de la enfermedad, sin olvidar que en distintos estudios se ha observado que la cirugía anterior a las TRA no aumenta la tasa de embarazo y que puede producir efectos secundarios no deseados que influyan en las TRA. (Garcia-Fernandez & García-Velasco, 2020)

Actualmente, las TRA son consideradas como primeros tratamientos como dijeron Coccia, Nardone y Rizzello (2022) “Hoy en día, ART representa uno de los enfoques de primera elección y tiene un papel clave. “

Las TRA más utilizadas en las mujeres con endometriosis se expondrán seguidamente: (Figura 6) (Gómez Pinargote et al., 2021; Coccia et al., 2022)

TRA	
Estimulación ovárica con inseminación artificial	Estadios I y II
Fecundación in vitro	Estadios avanzados (III y IV), endometriomas, endometriosis profunda, situaciones específicas como edad avanzada o fracaso de otros tratamientos. Técnica de preferencia.
Donación de ovocitos	

Figura 6: Técnicas de reproducción asistida y su indicación en pacientes con endometriosis. Fuente: Elaboración propia.

En algunos casos se puede preservar la fertilidad mediante la criopreservación de ovocitos o embriones, sobre todo antes de que las pacientes se sometan a cirugía. (García-Fernández & García-Velasco, 2020; Kalhori et al., 2020)

“Hoy en día, la preservación de la fertilidad podría ser discutida con la paciente antes de su cirugía para que pueda vitrificar sus ovocitos y tener una alternativa válida para tener hijos en caso de que la cirugía y/o la progresión de la enfermedad comprometa su reserva ovárica” (García-Fernández y García-Velasco, 2020, página 575)

La infertilidad puede provocar pensamientos negativos, depresión, estrés y sentimientos de culpa. Los tratamientos de reproducción asistida pueden hacer que las parejas sufran también depresión por no darse los resultados esperados o por inquietud sobre lo que pasará en el futuro. El tratamiento de la infertilidad acompañado de terapia psicológica mejorará el estado psicológico y ayudará a disminuir el estrés de las parejas y a mejorar la calidad de vida. (Kalhori et al., 2020)

1.5.8 Alteración de la microbiota, alimentación y producción de estrógenos

La microbiota está en constante cambio. Los niveles de estrógeno pueden alterar a la microbiota intestinal por lo que se propone que la microbiota intestinal interviene en enfermedades dependientes de estrógeno como la endometriosis debido a las alteraciones inmunitarias y hormonales que se dan en ellas. (Svensson et al., 2021; Jiang et al., 2021)

La microbiota intestinal interviene en la regulación de estrógenos al producir b-glucuronidasa y b-glucosidasa de forma que causan la degeneración de los estrógenos, potencian la

absorción de estrógeno suelto y favorecen los niveles en la circulación. Se piensa que cuando existe endometriosis, algunas bacterias como Bacteroid y Lactobacillus pueden elaborar la y-glucuronidasa, elevando sus niveles dando lugar a un aumento de la cantidad de estrógeno. Estos niveles de estrógeno se trasladan a otras zonas mediante la circulación sanguínea.(Jiang et al., 2021; Qin et al., 2022)

En un estudio se realizó una investigación sobre la microbiota intestinal en mujeres que padecían la endometriosis y en las que no. Se observó diferencia en 12 tipos pertenecientes a Bacilli, Bacteroidia, Clostridia, Coriobacteriia y Gammaproteobacter. (Svensson et al., 2021) Los cambios en la microbiota intestinal pueden dar lugar a efectos corporales no deseados. El tratamiento de las lesiones de endometriosis con antibióticos se ha desarrollado en estudios con animales. Algunos resultados fueron que tratamientos con metronidazol redujeron las lesiones y la inflamación. (Svensson et al., 2021; Jiang et al., 2021)

Los probióticos también podrían mejorar la enfermedad. Se ha visto que la Lactobacillus gasseri mejora la inflamación y la aparición de células ectópicas.

Una alternativa que podría ser renovadora es el trasplante de microbiota fecal y se ha percibido que se podría emplear para algunas patologías reproductivas femeninas. (Qin et al., 2022)

Algunos sucesos en el organismo impulsan al estrés oxidativo y favorecen la inflamación como los cambios en la dieta. Existen sugerencias sobre la nutrición que pueden ayudar a mejorar la clínica e incluso la fertilidad por efecto antioxidante o alimentos que intervienen en la regulación de estrógenos como aquellos que no son recomendados por potenciar la inflamación. (Qin et al., 2022; Salas Gil et al., 2022)

Justificación

La endometriosis es una enfermedad que afecta a muchas mujeres, especialmente a las que se encuentran en edad reproductiva. (Durón & Bolaños, 2018). La sintomatología puede afectar negativamente en varios aspectos como en la realización de las actividades de la vida diaria y en el entorno familiar, social y laboral y ser perjudicial e interceptar en la calidad de vida de estas mujeres. Además, puede aparecer algún trastorno mental, llegando a estar presente casi en el 87% de mujeres. (França, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022) La alteración de la sexualidad puede provocar problemas de autoestima, salud mental y con sus parejas. (La Rosa et al., 2020) Además, la posibilidad de aparición de recurrencias o el desconocimiento acerca del futuro estando con tratamientos duraderos o sometiéndose a cirugías puede interferir también en la calidad de vida. (Norinho et al., 2020)

Los tratamientos usuales para tratar esta enfermedad suelen centrarse comúnmente en los síntomas de dolor e infertilidad, pero es importante atender y manejar la endometriosis de forma interdisciplinar, no sólo centrarse en el tratamiento médico, añadir terapia psicológica y de rehabilitación. (Mundo-López et al., 2020) Por ejemplo, un mal afrontamiento y una mala vivencia de la enfermedad puede ser debido a la presencia de fatiga. (Ramin-Wright et al., 2018) El tratamiento de la depresión, ansiedad, dolor catastrófico, del funcionamiento sexual y social puede mejorar la vivencia del dolor y la calidad de vida, como el coste de la atención médica. (van Barneveld et al., 2022)

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1 Objetivo principal

Comprobar si la intervención enfermera de valoración, actuación y seguimiento durante un año a un grupo de mujeres que sufren endometriosis va a conseguir la evolución clínica y la mejora de los aspectos alterados debido a la endometriosis.

1.2 Objetivos específicos

- Realizar una revisión de instrumentos sobre distintos aspectos que pueden estar alterados por la endometriosis.
- Realizar una propuesta de plan general de cuidados sobre los síntomas de endometriosis para las enfermeras.
- Elaborar una guía de valoración y seguimiento de mujeres con endometriosis dirigido a los profesionales de enfermería.

1.3 Hipótesis general

La intervención enfermera de valoración, actuaciones y seguimiento durante un año a mujeres diagnosticadas de endometriosis es efectiva para conseguir la evolución clínica y una mejora de los aspectos alterados por la endometriosis.

1.4 Hipótesis específicas

- La revisión de instrumentos es de gran utilidad para medir los aspectos alterados por la endometriosis.
- La propuesta del plan de cuidados enfermero es práctico para ser utilizado por las enfermeras.
- La guía de valoración y seguimiento de mujeres con endometriosis es segura para ser utilizada por los profesionales de enfermería.

METODOLOGÍA

1. Diseño del estudio

Este estudio se trata de un estudio cuasiexperimental, realizado con una muestra no aleatoria. Se utilizará una muestra de conveniencia y accesible. Se ha empleado este tipo de estudio para determinar el impacto de una serie de actuaciones en un grupo de la población establecida previamente. El estudio tendrá una duración de un año que se comenzará a contabilizar desde la primera sesión.

Se estima que durante la duración del proyecto pueden incluirse en el estudio un mínimo de 16 participantes teniendo en cuenta que las enfermeras que intervengan sean 8. Se calcula que las enfermeras le dedicarán dos días a la semana, de lunes a viernes, y tratarán a dos pacientes al día.

2. Sujetos de estudio

2.1 Población diana

Las participantes de este estudio son un grupo de mujeres diagnosticadas de endometriosis, sin homogeneidad en las alteraciones provocadas por esta enfermedad.

2.2 Población accesible

Pacientes con diagnóstico de endometriosis tratadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia perteneciente al Hospital Universitario 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid.

2.3 Lugar de desarrollo del estudio

Este estudio tendrá lugar en las consultas de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid.

2.4 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que deben cumplir las participantes para formar parte de este estudio son:

- Mujeres que han sido diagnosticadas de endometriosis
- Mujeres que presenten sintomatología activa debido a la endometriosis

- Mujeres que sepan leer y escribir
- Mujeres que viven en la Comunidad de Madrid

Los criterios de exclusión elegidos son:

- Mujeres con sintomatología similar a la endometriosis pero que no tienen un diagnóstico establecido
- Mujeres asintomáticas diagnosticadas de endometriosis
- Mujeres que viven en otra Comunidad Autónoma diferente
- Mujeres que no hablan español

2.5 Captación de las participantes

Las enfermeras participantes a las que va a ir dirigido este estudio serán aquellas que pertenezcan al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario 12 de Octubre. Se mandará un comunicado en el que se explicará en qué consiste el proyecto junto con los objetivos a conseguir vía correo electrónico al supervisor/a correspondiente de enfermería para que pueda reenviárselo a los profesionales de enfermería.

La captación de las mujeres diagnosticadas de endometriosis que cumplan todos los criterios de inclusión se llevará a cabo a través de revisión de la historia clínica, a través de aquellas a las que se realice un seguimiento por la endometriosis y de aquellas que estén en espera de someterse a técnicas de reproducción asistida por afectación de la fertilidad debido a la endometriosis.

3. Variables

Las variables seleccionadas para llevar a cabo este estudio se desarrollarán a continuación:

- Edad: variable cuantitativa de medida escalar. Se recogerá a través de una pregunta en el cuestionario. (Anexo 2)
- Estado civil: variable cualitativa nominal. Se determinará mediante una de las preguntas del cuestionario. (Anexo 2)
 - o Soltera
 - o Pareja
 - o Casada
 - o Divorciada
 - o Viuda

- Nivel de estudios: variable cualitativa de medida nominal. Es uno de los ítems del cuestionario y se determinará según cinco categorías: (Anexo 2)
 - Sin estudios
 - Estudios primarios
 - ESO
 - Bachillerato
 - Grado universitario
 - Máster
- Ocupación laboral: variable cualitativa nominal que se determinará mediante un apartado en el cuestionario. (Anexo 2)
- Dolor: variable cualitativa de medida ordinal. Se valorará mediante la Escala de Calificación Numérica (NRS) para valoración del dolor. (Anexo 3)
- Fatiga: variable cualitativa de medida ordinal. Se recogerá con la Escala de Fatiga de Piper (PFS). (Anexo 5)
- Estado de ánimo: variable cualitativa de medida ordinal. Dentro de esta variable, se valorarán cuatro subapartados: nivel de ansiedad, ira-hostilidad, tristeza-depresión y alegría. Se obtendrán los resultados a través de la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (Anexo 8)
- Sueño: es una variable cualitativa de medida ordinal. Se valorará con el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI). (Anexo 9)
- Alexitimia: es una variable cualitativa de medida ordinal cuyas mediciones se obtendrán a través de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) (Anexo 12)
- Apoyo social: es una variable cualitativa de medida ordinal cuyos resultados se medirán con la Encuesta de Apoyo Social (MOS-SSS). (Anexo 13)

Variable	Tipo	Instrumento de recogida
Edad	Variable cuantitativa	Pregunta en el cuestionario
Estado civil	Variable cualitativa nominal	Pregunta en el cuestionario

Nivel de estudios	Variable cualitativa nominal	Pregunta en el cuestionario
Ocupación laboral	Variable cualitativa nominal	Pregunta en el cuestionario
Dolor	Variable cualitativa ordinal	Escala de Calificación Numérica (NRS)
Fatiga	Variable cualitativa ordinal	Escala de Fatiga de Piper (PFS)
Estado de ánimo	Variable cualitativa ordinal	Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA)
Sueño	Variable cualitativa ordinal	Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI)
Alexitimia	Variable cualitativa ordinal	Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)
Apoyo social	Variable cualitativa ordinal	Encuesta de Apoyo Social (MOS-SSS)

Figura 7: Tabla-resumen de las variables tratadas con su instrumento de medición. Fuente: Elaboración propia.

Las escalas y cuestionarios que se describirán en el apartado de revisión de instrumentos.

4. Intervención a evaluar

Para realizar la valoración y el seguimiento de las mujeres que han sido diagnosticadas de endometriosis y que participan en este estudio se llevarán a cabo diferentes intervenciones individualizadas según la presentación clínica de cada paciente, no se utilizará una única intervención, sino que dependerá de la sintomatología específica, durante 5 sesiones a lo largo de un año, que se recogerán de forma general en un plan de cuidados específico de endometriosis. Este plan de cuidados se compone de varios diagnósticos enfermeros obtenidos mediante la Nanda International (NANDA), con sus correspondientes resultados de Nursing Outcomes Classification (NOC) e intervenciones de Nursing Interventions Classification (NIC) teniendo en cuenta la bibliografía. La búsqueda se ha realizado en la página web NNN Consult.

4.1 Plan general de cuidados para mujeres con endometriosis

Diagnóstico: Dolor crónico [00133] relacionado con fatiga manifestado por expresa fatiga, alteración de la habilidad para continuar actividades, expresa alteración del ciclo sueño-vigilia, informes de personas próximas sobre cambios en la actividad

NOC: [0007] Nivel de fatiga

Indicadores: agotamiento, estado de ánimo deprimido, alteración de la concentración, descenso de la motivación, nivel de estrés, actividades instrumentales de la vida diaria, rendimiento laboral, rendimiento del estilo de vida

NIC [180] Manejo de la energía

- Animar a la expresión de los sentimientos sobre las limitaciones
- Utilizar instrumentos válidos para medir la fatiga, si está indicado
- Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda
- Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognitiva y el autocontrol/regulación de la actividad
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga
- Ayudar a la paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía
- Ayudar a la paciente a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares y amigos en casa para evitar o aliviar la fatiga.
- Alternar períodos de reposo y actividad
- Ayudar a la paciente a programar períodos de descanso
- Informar a la paciente y/o a los allegados sobre el estrés e intervenciones de afrontamiento para disminuir la fatiga.

NIC [1805] Ayuda con el autocuidado: aivd

- Determinar las necesidades de ayuda con las actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., realizar la compra, cocinar, tareas domésticas, lavar la ropa, utilizar transporte público, manejar dinero, manejar medicamentos, comunicarse y administrar el tiempo).
- Ayudar a la paciente a establecer métodos y rutinas para cocinar, limpiar y comprar.

NIC [5330] Control del estado de ánimo

- Proporcionar cuestionarios autocumplimentados (Inventario de depresión de Beck, escalas del estado funcional), según corresponda
- Enseñar a la paciente habilidades para tomar decisiones, según sea necesario
- Proporcionar o remitir a psicoterapia (terapia cognitivo-conductual, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente.
- Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas
- Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo (antidepresivos, litio, anticomiciales, antipsicóticos, ansiolíticos, hormonas y vitaminas).
- Observar la posible aparición de efectos secundarios de la medicación y su efecto sobre el estado de ánimo de la paciente

NOC [2008] Estado de comodidad

Indicadores: bienestar físico, control de síntomas, bienestar psicológico

NIC [5900] Distracción

- Identificar con la paciente una lista de actividades placenteras (p. ej., ejercicio, salir a pasear, baños de burbujas, hablar a los amigos o familia).
- Utilizar la distracción sola o junto con otras medidas o distracciones, según corresponda.
- Evaluar y registrar la respuesta a la distracción

NIC [2300] Administración de medicación

- Prescribir o recomendar los medicamentos, de acuerdo con la autoridad prescriptora, según el caso.
- Informar a la paciente sobre el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos antes de administrarla, según sea apropiado.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en la paciente.
- Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en la paciente por los medicamentos administrados.

NOC [0004] Sueño

Indicadores: patrón del sueño, calidad del sueño, eficiencia del sueño, sueño interrumpido, dificultad para conciliar el sueño, dolor

NIC [2300] Administración de medicación

- Prescribir o recomendar los medicamentos, de acuerdo con la autoridad prescriptora, según el caso

- Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos incluidos los que se venden sin receta y las sustancias de fitoterapia
- Notificar a la paciente el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos antes de administrarla, según sea apropiado
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación de la paciente
- Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en la paciente por los medicamentos administrados

NIC [1850] Mejorar el sueño

- Determinar el patrón de sueño/vigilia de la paciente
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia de la paciente en la planificación de cuidados
- Observar/registrar el patrón y el número de horas de sueño de la paciente
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama
- Instruir a la paciente y a los allegados acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema del sueño.
- Comentar con la paciente técnicas para favorecer el sueño

NIC [6040] Terapia de relajación

- Individualizar el contenido de la intervención de relajación (solicitando sugerencias de cambios)
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con la paciente
- Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas, si procede.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación

NOC [2102] Nivel del dolor

Indicadores: dolor referido, duración de los episodios de dolor, muecas de dolor, expresiones faciales de dolor

NIC [2300] Administración de medicación

- Notificar a la paciente el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos antes de administrarla, según sea apropiado.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en la paciente.
- Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.

Diagnóstico: Dolor crónico [00133] relacionado con patrón sexual ineficaz manifestado por expresión facial de dolor, informes de personas próximas sobre el cambio de actividad, informa de la intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor

NOC [3016] Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor

Indicadores: dolor controlado, acciones tomadas para aliviar el dolor, acciones tomadas para proporcionar comodidad, consideración de las preferencias personales, información proporcionada sobre opciones para manejar el dolor.

NIC [2210] Administración de analgésicos

- Asegurar un enfoque holístico para el control del dolor (es decir, una consideración adecuada de las influencias fisiológicas, sociales, espirituales, psicológicas y culturales).
- Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor
- Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente utilizando una escala de medición del dolor apropiada
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos
- Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor
- Registrar el nivel de dolor utilizando una escala de dolor apropiada antes y después de la administración de analgésicos.
- Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso

Diagnóstico: Dolor crónico [0133] relacionado con aislamiento social manifestado por alteración de la habilidad para continuar actividades, informes de personas próximas sobre cambios en la actividad

NOC [2008] Estado de comodidad

Indicadores: bienestar físico, bienestar psicológico, apoyo social de la familia, apoyo social de los amigos, relaciones sociales, capacidad de comunicar las necesidades

NIC [5100] Potenciación de la socialización

- Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas
- Fortalecer las actividades sociales y comunitarias
- Fomentar el compartir los problemas comunes con los demás
- Animar a la paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine
- Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte de la paciente
- Fortalecer la planificación de actividades especiales por parte de grupos pequeños

NIC [2300] Administración de medicación

- Prescribir o recomendar los medicamentos, de acuerdo con la autoridad prescriptora, según el caso
- Informar a la paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en la paciente
- Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados

NIC [5440] Aumentar los sistemas de apoyo

- Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo
- Observar la situación familiar actual y la red de apoyo
- Animar a la paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias
- Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación
- Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar

NOC [1503] Implicación social

Indicadores: interacciona con amigos íntimos, interacciona con miembros de la familia, interacciona con miembros de grupo(s) de trabajo, participa en organización de actividades, participa en actividades de ocio, asiste a actividades grupales

NIC [5240] Asesoramiento

- Establecer metas
- Favorecer la expresión de sentimientos
- Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones
- Ayudar a la paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos
- Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, según corresponda

NIC [5100] Potenciación de la socialización

- Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas
- Animar a la paciente a desarrollar relaciones
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias
- Animar a la paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine
- Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente

Diagnóstico [00133] Dolor crónico relacionado con malestar psicológico manifestado por informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor, alteración de la habilidad para continuar actividades, expresa fatiga, expresión facial de dolor

NOC [1409] Autocontrol de la depresión

Indicadores: identifica factores precursores de depresión, supervisa la intensidad de la depresión, refiere mejoría del estado de ánimo, refiere cambios en los síntomas, utiliza la medicación según prescripción, cumple el programa terapéutico.

NIC [5270] Apoyo emocional

- Comentar la experiencia emocional con la paciente
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo
- Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones

NIC: [2380] Manejo de la medicación

- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en la paciente
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos
- Determinar el conocimiento de la paciente sobre la medicación
- Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos.
- Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida de la paciente.

NOC [1208] Nivel de depresión

Indicadores: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés por actividades, ausencia de placer con actividades, fatiga, tristeza, enfado, desesperación, irritabilidad

NIC [5240] Asesoramiento

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
- Demostrar empatía, calidez y sinceridad
- Facilitar la expresión de sentimientos
- Reforzar nuevas habilidades

NIC [5270] Apoyo emocional

- Comentar la experiencia emocional con la paciente
- Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos como la ansiedad, ira o tristeza
- Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones

NIC [5330] Control del estado de ánimo

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento
- Administrar cuestionarios autocumplimentados (Inventario de depresión de Beck, escalas del estado funcional), según corresponda.
- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información y toma de decisiones).
- Proporcionar o remitir a psicoterapia (terapia cognitivo-conductual, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente.
- Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas
- Proporcionar habilidades sociales y/o entrenamiento en asertividad, según sea necesario
- Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo (antidepresivos, litio, anticomiciales, antipsicóticos, ansiolíticos, hormonas y vitaminas).
- Tratar y/o manejar los efectos secundarios de la medicación o las reacciones adversas a fármacos utilizados para tratar las alteraciones del estado de ánimo.

NIC [5230] Mejorar el afrontamiento

- Valorar el impacto de la situación vital de la paciente en los roles y en las relaciones
- Valorar la comprensión de la paciente del proceso de enfermedad
- Comentar las respuestas alternativas a la situación
- Proporcionar información objetiva sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico
- Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre una situación estresante
- Ayudar a la paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles
- Informar a la paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.

NOC [1211] Nivel de ansiedad

Indicadores: Desasosiego, irritabilidad, inquietud, distrés, dificultades para la concentración, dificultades para el aprendizaje, ansiedad verbalizada, fatiga, disminución de la productividad, trastorno del sueño, exceso de preocupación, dolor

NIC [2300] Administración de medicación

- Notificar a la paciente el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos antes de administrarla, según sea apropiado.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en la paciente.
- Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.

NIC [5820] Disminución de la ansiedad

- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico
- Escuchar con atención
- Crear un ambiente que facilite la confianza
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones
- Instruir a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad

NIC [5330] Control del estado de ánimo

- Administrar cuestionarios autocumplimentados (Inventario de depresión de Beck, escalas del estado funcional), según corresponda.
- Ajustar las medicaciones que pueden contribuir a las alteraciones del estado de ánimo (por prescripción adecuada de enfermeras tituladas con experiencia).
- Animar a la paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento y la rehabilitación, según corresponda
- Proporcionar psicoterapia (terapia cognitivo-conductual, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente.
- Relacionarse con la paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos.
- Ayudar en la identificación de recursos disponibles y puntos fuertes o capacidades personales que puedan utilizarse en la modificación de los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional.
- Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas.
- Animar a la paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.
- Proporcionar habilidades sociales y/o entrenamiento en asertividad, según sea necesario.
- Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo (antidepresivos, litio, anticomiciales, antipsicóticos, ansiolíticos, hormonas y vitaminas).
- Observar la posible aparición de efectos secundarios de la medicación y su efecto sobre el estado de ánimo de la paciente.

NIC [4400] Musicoterapia

- Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor)
- Identificar las preferencias musicales de la paciente
- Informar a la paciente del propósito de la experiencia musical
- Facilitar la participación activa de la paciente (tocar un instrumento o cantar), si lo desea y es factible dentro de la situación
- Determinar el interés de la paciente por la música

NIC [5960] Facilitar la meditación

- Escoger un ambiente tranquilo y aceptable

- Proporcionar tiempo de tranquilidad, libre de interrupciones
- Instruir a la paciente para que centre su atención en el objeto elegido y cuando la mente se aleje con otros pensamientos que los deje pasar y suavemente regrese la atención al objeto elegido.
- Ayudar a la paciente a elegir algo en lo que enfocar su atención, como una respiración, una palabra o el cuerpo en su conjunto
- Animar a la paciente a meditar durante unos 10 minutos cada día, hasta ir incrementando el tiempo según lo desee a unos 25 minutos, o dos veces al día.

NOC [2000] Calidad de vida

Indicadores: satisfacción con el estado de salud, satisfacción con el estado de ánimo general

NIC [5400] Potenciación de la autoestima

- Observar las afirmaciones de la paciente sobre su autovalía
- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio
- Animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía de la paciente, según corresponda
- Mostrar confianza en la capacidad de la paciente para controlar una situación
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima
- Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda

NIC [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad

- Determinar el nivel actual de conocimientos de la paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico
- Describir signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda
- Comentar las opciones de terapia/tratamiento
- Enseñar a la paciente medidas para controlar/minimizar los síntomas, según corresponda
- Proporcionar información a la paciente acerca de la enfermedad, según corresponda

NIC [4860] Terapia de reminiscencia

- Utilizar recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar placer, calidad de vida o adaptación a circunstancias actuales
- Identificar con la paciente un tema para cada sesión (p. ej., vida laboral)

- Fomentar la expresión verbal de sentimientos, tanto positivos como negativos, como los sucesos pasados
- Realizar preguntas abiertas sobre los sucesos pasados
- Utilizar preguntas directas para volver a centrarse en los acontecimientos de la vida, si fuese preciso.
- Comentar la calidad afectiva que acompaña a los recuerdos de una manera enfática
- Ajustar el número de sesiones en función de la respuesta de la paciente y de su deseo de continuar.

Diagnóstico [00095] Insomnio relacionado con ansiedad, síntomas depresivos manifestado por alteración del estado anímico, expresa insatisfacción con la calidad de vida, expresa insatisfacción con el sueño.

NOC [2102] Nivel del dolor

Indicadores: dolor referido, duración de los episodios de dolor, inquietud, irritabilidad, agitación, muecas de dolor

NIC [1380] Aplicación de calor o frío

- Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas de la paciente.
- Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde.
- Enseñar a evitar la lesión tisular asociada con el calor/frío.
- Aplicar calor/frío directamente o cerca del sitio afectado, si fuera posible.
- Cambiar el sitio de aplicación de frío/calor o cambiar la forma de estimulación, si no se consigue el alivio.
- Instruir acerca de las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación
- Enseñar a evitar lesiones en la piel después de la estimulación
- Evaluar y registrar la respuesta a la aplicación de calor/frío.

NIC [2210] Administración de analgésicos

- Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.

- Registrar el nivel de dolor utilizando una escala de dolor apropiada antes y después de la administración de analgésicos.
- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.
- Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Instruir a la paciente y a su familia sobre el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas para la implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor

NOC [2109] Nivel de malestar

Indicadores: ansiedad, sufrimiento, depresión, inquietud

NIC [5820] Disminución de la ansiedad

- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Instruir a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación

NIC [6040] Terapia de relajación

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
- Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado.
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con la paciente.
- Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación.
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s).
- Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas, si procede.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

Diagnóstico [00146] Ansiedad relacionado con dolor manifestado por disminución de la productividad, llanto, expresa angustia, expresa distrés

NOC [1608] Control de síntomas

Indicadores: reconoce la intensidad del síntoma, reconoce la frecuencia del síntoma, reconoce la variación del síntoma, utiliza medidas de alivio del síntoma, utiliza los recursos disponibles

NIC [5820] Disminución de la ansiedad

- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico
- Crear un ambiente que facilite la confianza
- Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones
- Informar a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda

NIC [5230] Mejorar el afrontamiento

- Valorar el impacto de la situación vital de la paciente en los roles y las relaciones
- Valorar la comprensión de la paciente del proceso de enfermedad
- Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación
- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico
- Ayudar a la paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.
- Animar a la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
- Instruir a la paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario

NIC [5880] Técnica de relajación

- Identificar a otras personas cuya presencia pueda ayudar a la paciente
- Informar a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p. ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda.
- Proporcionar ansiolíticos, según precise

Diagnóstico [00065] Patrón de sexualidad ineficaz relacionado con deterioro en las relaciones sexuales de pareja manifestado por dificultad con la actividad sexual, alteración en las relaciones sexuales de pareja

NOC [1205] Autoestima

Indicadores: aceptación de las propias limitaciones, comunicación abierta, sentimientos sobre su propia persona, verbalizaciones de autoaceptación

NIC [5248] Asesoramiento sexual

- Explicar a la paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual.
- Animar a la paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual
- Comenzar con los temas menos sensibles y pasar luego a los más delicados
- Evaluar la presencia de estrés, ansiedad y depresión como posibles causas de la disfunción sexual
- Comentar el efecto de la salud y la enfermedad sobre la sexualidad
- Comentar las modificaciones necesarias en la actividad sexual, según corresponda
- Incluir a la pareja o compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible, si es el caso
- Determinar la cantidad de culpa sexual asociada con la percepción de la paciente de los factores causales de la enfermedad

NIC [5220] Mejora de la imagen corporal

- Ayudar a la paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda.
- Ayudar a la paciente a comentar los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía.

NIC [5400] Potenciación de la autoestima

- Observar las afirmaciones de la paciente sobre su autovalía
- Animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes
- Ayudar a la paciente a identificar las respuestas positivas de los demás
- Mostrar la confianza en la capacidad de la paciente para controlar una situación

- Explorar las razones de la autocrítica o culpa
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima
- Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda
- Realizar afirmaciones positivas sobre la paciente

NOC [0119] Funcionamiento sexual

Indicadores: adapta la técnica sexual cuando es necesario, consigue la excitación sexual, expresa comodidad con la manifestación sexual, expresa interés sexual, expresa aceptación de la pareja, se comunica fácilmente con la pareja, comunica las preferencias sexuales con la pareja

NIC [5300] Facilitar la expresión del sentimiento de culpa

- Guiar al paciente/familia en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa
- Ayudar al paciente/familia a identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o generan estos sentimientos
- Enseñar al paciente a utilizar técnicas de bloqueo del pensamiento y de sustitución del pensamiento, junto con la relajación muscular deliberada si aparecen sentimientos persistentes de culpa en la mente.
- Dirigir al paciente por los pasos del autoperdón cuando la propia culpa está confirmada.

NIC [6786] Planificación familiar: infertilidad

- Apoyar a la pareja a través de la historia y valoración de la infertilidad, admitiendo el estrés que a menudo se experimenta al obtener una historia detallada y durante un largo proceso de evaluación y tratamiento.
- Preparar física y psicológicamente a la paciente para el examen ginecológico.
- Determinar hasta qué punto las parejas son capaces y están dispuestas a participar en el tratamiento complejo de la infertilidad.
- Ayudar en la expresión de sentimientos de duelo, decepción y fracaso.
- Averiguar el efecto de la infertilidad en la relación de la pareja.

NIC [5270] Apoyo emocional

- Comentar la experiencia emocional con la paciente
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo
- Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza
- Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza

- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones

Diagnóstico [00059] Disfunción sexual relacionado con conflicto de valores manifestado por alteración de la actividad sexual, alteración de la satisfacción sexual, disminución del deseo sexual, percepción de limitación sexual

NOC [0119] Funcionamiento sexual

Indicadores: expresa comodidad con la manifestación sexual, expresa interés sexual, expresa aceptación de la pareja, expresa respeto por la pareja, expresa conocimiento de las capacidades sexuales de la pareja, se comunica fácilmente con la pareja

NIC [5248] Asesoramiento sexual

- Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad
- Explicar a la paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual.
- Animar a la paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual.
- Evaluar la presencia de estrés, ansiedad y depresión como posibles causas de la disfunción sexual.
- Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual, según corresponda.
- Comentar el efecto de la salud y la enfermedad sobre la sexualidad.
- Determinar la cantidad de culpa sexual asociada con la percepción del paciente de los factores causales de la enfermedad
- Incluir a la pareja o compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible, si es el caso.
- Remitir a la paciente a un terapeuta sexual, cuando corresponda.

NIC [5300] Facilitar la expresión del sentimiento de culpa

- Guiar al paciente/familia en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa.
- Ayudar a la paciente/familia a identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o generan estos sentimientos.

- Enseñar a la paciente a utilizar técnicas de bloqueo del pensamiento y de sustitución del pensamiento, junto con la relajación muscular deliberada si aparecen sentimientos persistentes de culpa en la mente.

NIC [5230] Mejorar el afrontamiento

- Ayudar a la paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y a largo plazo
- Valorar el impacto de la situación vital de la paciente en los roles y en las relaciones
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad
- Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación
- Animar a la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos
- Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.
- Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social

Diagnóstico [00124] Desesperanza relacionada con temor, autoeficacia baja manifestado por expresa disminución de la esperanza, expresa expectativas negativas sobre sí mismo, expresa expectativas negativas sobre el futuro, expresa sentimiento de incompetencia para alcanzar los objetivos

NOC [1201] Esperanza

Indicadores: expresión de confianza, expresión de optimismo, expresión de creencia en sí mismo, expresión de una orientación futura positiva

NIC [5310] Dar esperanza

- Ampliar el repertorio de mecanismos de afrontamiento de la paciente
- Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias anteriores de la paciente/familia.
- Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos
- Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad de la paciente).
- Proporcionar a la paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo

NOC [1209] Motivación

Indicadores: obtiene el apoyo necesario, planes para el futuro, obtiene los recursos necesarios, mantiene una autoestima positiva, expresa intención de actuar

NIC [5440] Aumentar los sistemas de apoyo

- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos
- Observar la situación familiar actual y la red de apoyo
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas
- Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar

NIC [5250] Apoyo en la toma de decisiones

- Informar a la paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo
- Ayudar a la paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración
- Proporcionar información solicitada por la paciente
- Ayudar a que la paciente pueda explicar la decisión a otras personas

5. Procedimiento de recogida de datos

En primer lugar, para recoger información general sobre las pacientes participantes en este proyecto se empleará un cuestionario sociodemográfico en el que se indicarán nombre, apellidos, edad, nivel de estudios, estado civil y ocupación laboral.

Para registrar la valoración y el seguimiento de estas mujeres se realiza una revisión de instrumentos para medir la intensidad y el tipo de alteraciones clínicas que presentan y su evolución tras las intervenciones llevadas a cabo durante un año. De esta revisión de instrumentos se seleccionan:

- Escala de Calificación Numérica (NRS)
- Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA)
- Escala de Fatiga de Piper (PFS)
- Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)
- Estudio de Resultados Médicos – Encuesta de Apoyo Social (MOS-SSS)

Para el registro de los resultados obtenidos tras utilizar los instrumentos de valoración y seguimiento del apartado anterior, se diseñará una tabla en Excel para cada paciente con endometriosis, diferenciándose el número de sesión y el tipo de síntoma presente, para poder ser utilizadas por los profesionales de enfermería que van a intervenir en este proyecto (Anexo 15). En la parte superior de la tabla se encuentra el apartado para identificar a cada paciente

con su ID, en la columna de la izquierda se determina el número de sesión y en el resto, se registrarán los resultados obtenidos de cada síntoma a través de los instrumentos de valoración en cada sesión.

Los datos serán recogidos por profesionales de enfermería del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario 12 de Octubre, los cuales previamente recibirán unas indicaciones comunes para llevar a cabo las valoraciones. Antes de iniciar la recogida de datos de las pacientes que vayan a intervenir en este estudio, se implantarán dos sesiones únicamente con el personal de enfermería para consensuar la forma en hacer los registros.

En la primera sesión, se explicará a quiénes van dirigidas estas mediciones, la sintomatología que se va a evaluar y los instrumentos de valoración y seguimiento que se van a utilizar según la clínica presente dependiendo de cada paciente. En la segunda sesión, se enseñará el formato de las tablas, cómo se irán completando y se realizarán varios ejemplos utilizando a su vez los instrumentos de valoración y seguimiento pertinentes. Cada sesión tendrá una duración de 40 minutos.

La recogida de datos de las pacientes se llevará a cabo en cinco sesiones durante un año de una duración de 60 minutos cada una. En la primera sesión, una vez captadas a las posibles participantes, se proporcionará información sobre el estudio, en qué consiste, cómo se va a desarrollar y los objetivos de este por vía telefónica y, en el caso de que estén de acuerdo y quieran participar, se obtendrá el Consentimiento Informado verbal. Una vez realizado el proceso anterior, comenzará la segunda sesión cuando sea posible según la disponibilidad de ambos tanto profesional como paciente, donde se proporcionará el Consentimiento Informado escrito que se deberá de rellenar y entregar en la segunda sesión y se realizará una primera medición del estado y varios síntomas de la paciente. La tercera sesión se realizará dos meses después de la segunda sesión una vez que la paciente haya adquirido los primeros cuidados e intervenciones; la cuarta sesión será al tercer o cuarto mes tras la tercera sesión para mantener un seguimiento de las pacientes y la quinta sesión tendrá lugar el último mes antes de cumplir el año iniciado tras la primera sesión.

A continuación, las sesiones dirigidas para las enfermeras como para las pacientes se resumen en dos tablas diferentes: (Figura 8) (Figura 9)

Sesión	1º sesión	2º sesión
Tiempo	40 minutos	40 minutos
Vía	Presencial	Presencial
Contenido	Información sobre el proyecto, síntomas a evaluar, instrumentos de valoración y seguimiento a utilizar	Enseñanza del formato de tabla en Excel, realización de ejemplos junto con los síntomas y los instrumentos explicados en la anterior sesión

Figura 8: Resumen de las 2 sesiones previas dirigidas a los profesionales de enfermería Fuente:
Elaboración propia.

Sesión	1º sesión	2º sesión	3º sesión	4º sesión	5º sesión
Tiempo	Primer mes	Un mes después de la primera sesión, según la disponibilidad de profesional de enfermería y paciente	Dos meses después de la 2º sesión	Tres o cuatro meses tras la 3º sesión	Último mes tras año comenzado a partir de la 1º sesión
Vía	Telefónica	Presencial	Presencial	Presencial	Presencial

Contenido	Información sobre el estudio y obtención del Consentimiento Informado verbal.	Información a demanda, entrega y obtención del Consentimiento Informado escrito completado, resolución de dudas, valoración inicial y primeras intervenciones enfermeras	Resolución de dudas, valoración y seguimiento de la paciente, intervención es enfermeras	Resolución de dudas, valoración y seguimiento de la paciente, intervención es enfermeras	Resolución de dudas, valoración y seguimiento final de la paciente.

Figura 9: Resumen de las 5 sesiones dirigidas a las pacientes participantes durante un año. Fuente: Elaboración propia.

En cada sesión se valorarán síntomas diferentes, mientras que sólo es el dolor la variable que se va a evaluar en todas ellas debido a que es uno de los síntomas más frecuentes y que ocasiona o facilita la aparición de otras alteraciones, por lo que la Escala de Calificación Numérica (NRS) para valorar el dolor se utilizará en todas las sesiones. Las alteraciones en el sueño y la fatiga pueden deberse a otros síntomas que también se van a valorar, como el dolor o la ansiedad, por lo que se realizarán dos mediciones, una al comienzo del proyecto y otra al finalizar mediante el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) y la Escala de Fatiga de Piper (PFS). Del estado de ánimo se harán tres valoraciones, en la segunda, cuarta y quinta sesión con la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA). La Encuesta de Apoyo Social (MOS-SSS) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) se utilizarán en la tercera y cuarta sesión para obtener información sobre el apoyo social y la incapacidad de la paciente para expresar sus sentimientos.

En los anexos se incluye un registro de valoración y seguimiento de los resultados obtenidos tras las mediciones obtenidas en cada sesión mediante una tabla creada en Excel, en las que se identifican a las pacientes a través de su ID y los síntomas evaluados cada sesión. (Anexo 15).

5.1 Revisión de instrumentos de valoración en endometriosis

A continuación, se realiza una revisión y selección de instrumentos para poder valorar algunos de los síntomas producidos en mujeres con endometriosis. Algunos de los mencionados no se emplean, pero pueden ser de utilidad para la evaluación de otro tipo de síntomas o para otras mujeres que se encuentren en otras situaciones.

Escala de Calificación Numérica. Numeric Rating Scale (NRS). (Mundo, 2021)

Esta escala tipo Likert es utilizada para determinar la intensidad del dolor que sienten. Se divide en 11 puntos en los que 0 significa “no dolor” y 10 “el peor dolor imaginable”. Contiene solamente un ítem mediante el que se ha utilizado para indicar el dolor pélvico de la última semana como la dismenorrea, disquecia, dispareunia y disuria. Según el resultado se categorizará en dolor leve (0-3), dolor moderado (4-7) y dolor severo (8-10). Sirve para valorar diferentes tipos de dolor, siendo una escala sencilla para las pacientes. (Anexo 3)

Escala Catástrofe de Dolor. Pain Catastrophizing Scale (PCS) (Mundo-López et al., 2020)

La Escala Catástrofe de Dolor (PCS) sirve para valorar los pensamientos catastróficos causados por el dolor, siendo una escala tipo Likert de 5 puntos, formada por 13 ítems y pudiéndose conseguir de 0 a 52 puntos. Los resultados con mayor puntuación significan que existen mayores pensamientos catastróficos. (Anexo 4)

Escala de Fatiga de Piper. Piper Fatigue Scale (PFS). (Mundo-López et al., 2020)

La fatiga crónica se evalúa a través de la versión española de la Piper Fatigue Scale (PFS). Es una escala autoinformada mediante la que se valora la fatiga crónica presente en pacientes que han sufrido cáncer de mama y que también se utiliza para valorarla en casos de enfermedades ginecológicas. Consiste en 22 ítems que abarca 4 dimensiones: conductual/gravedad, significado afectivo, sensorial y cognitivo/anímico.

Se puede obtener una puntuación de 0 a 10. Cuanto mayor sea la puntuación más fatiga hay presente. Tiene una fiabilidad y validez de alfa de Cronbach 0.86. (Anexo 5)

Intervalo de Depresión de Beck (BDI). (Kalhori et al., 2020)

El segundo inventario de depresión de Beck (BDI-II) sirve para medir los síntomas de depresión en una población clínica o en una población no clínica. Se creó después de la publicación de la Asociación Americana de Psiquiatría del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la cuarta edición (DSM-IV).

Se mide de forma autoinformada, compuesto por 21 ítems con 15 preguntas acerca de síntomas psicológicos y 6 preguntas sobre síntomas físicos.

Valora la gravedad del trastorno según una escala Likert (0-3).

La puntuación final aparece de la suma de los datos anteriores pudiendo ser de 0 a 63. Si el resultado final se encuentra entre 0 a 9 significa que no existe depresión, si está entre 10 y 18 se considera depresión leve a moderada, en el caso de puntuar entre 19 y 29 es depresión moderada a severa y finalmente, de 30 a 63 se clasifica como depresión severa. (Anexo 6)

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalarias. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Mundo-López et al., 2020)

Es una escala de autoevaluación que valora el estado de ánimo de pacientes ambulatorios no psiquiátricos para ver su nivel de depresión y ansiedad. Está formada por dos subescalas, una sobre la depresión y otra sobre la ansiedad. La puntuación final se encuentra entre 0 y 21. Para los casos leves la puntuación es de 8 a 10, para los moderados es de 11 a 14 y los casos graves de 15 a 21. Los grados más altos de depresión y ansiedad se relacionan con la puntuación más alta. Dentro de cada ítem se diferencian cuatro opciones de respuesta desde ausencia/mínima que es 0 hasta máxima presencia que es 3. La validez y consistencia interna de la escala es de alfa de Cronbach 0.86. (Anexo 7)

Escala para la Evaluación del Estado de Ánimo (EVEA) (Mundo-López et al., 2020)

Esta escala está formada por varias subescalas mediante las que se evalúan “ira/hostilidad” y “felicidad”. Es una escala Likert con una puntuación del 0 al 10 y cada resultado de las subescalas se consigue por la media de los ítems de cada subescala. Presenta un alfa de Cronbach 0,88-0,9. (Anexo 8)

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Mundo-López et al., 2020)

Es utilizado para evaluar la calidad y el patrón del sueño. Se compone de 19 ítems se pueden obtener puntos desde 0 hasta 21 dando lugar los más altos a una peor calidad de sueño. Una puntuación de 5 significa una buena calidad de sueño. Cuando los puntos se encuentran por encima de 5 se considera una mala calidad del sueño. Este índice tiene una fiabilidad y validez alfa de Cronbach 0.8. (Anexo 9)

Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) (Mundo-López et al., 2020; Rossi et al., 2022)

Este cuestionario autoadministrado está formado por 19 ítems mediante los que se adquiere información acerca del funcionamiento sexual general durante las cuatro semanas anteriores y sobre seis áreas específicas que son satisfacción sexual, deseo, dolor, lubricación, excitación y orgasmo. Se podrá valorar si existe disfunción sexual femenina y satisfacción sexual. Los puntos obtenidos pueden encontrarse entre 0 y 36, indicando las puntuaciones

más altas la presencia de un mayor funcionamiento sexual. La puntuación por debajo de 26 significa que hay presencia de disfunciones sexuales. Presenta un alfa de Cronbach $> 0,70$. (Anexo 10)

Cuestionario de Activación de Esquema Cognitivo en el contacto sexual (QCSASC) – (Rossi et al., 2022)

Está formado por 28 ítems mediante los que se valoran los autoesquemas cognitivos presentes en episodios sexuales problemáticos. Se completa mediante una escala tipo Likert que va de 1 a 5 puntos, en el que 1 corresponde a “completamente falso” y 5 a “completamente cierto”. (Anexo 11)

Escala de Alexitimia de Toronto. Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) (Rossi et al., 2022)

Se mide la dimensión de la alexitimia junto con la dificultad en la identificación de sentimientos, en la descripción de sentimientos y en el pensamiento sobre el exterior. Está formada por 20 ítems. (Anexo 12)

Estudio de Resultados Médicos-Encuesta de Apoyo Social. Medical Outcomes Study-Social Support Survey. (MOS-SSS) (Mundo-López et al., 2020)

Mediante esta escala se evalúa el apoyo social de otras personas que tiene la persona en el afrontamiento de situaciones estresantes. Se compone de 19 ítems con respuesta mediante una escala tipo Likert formada por 5 puntos con puntos de 19 a 95. Los resultados más altos significan un mayor apoyo social. Presenta un alfa de Cronbach 0.94. (Anexo 13)

Índice de Fertilidad de la Endometriosis. (García-Fernandez & García-Velasco, 2020)

En 2010 se creó el Índice de Fertilidad de la Endometriosis (EFI) para evaluar la fertilidad de las mujeres que tienen endometriosis. Se valora teniendo en cuenta el estadio de la clasificación ASRM en relación con el funcionamiento de las Trompas de Falopio, ovarios y fimbrias, edad de la paciente, antecedentes y duración de la infertilidad. (Anexo 14)

6. Fases del estudio y cronograma

A continuación, se indicarán las fases en las que se ha planificado este estudio con los objetivos y la duración.

6.1 Fase conceptual

En primer lugar, en esta fase se formuló la pregunta de investigación y se realizó la búsqueda bibliográfica sobre la endometriosis. En segundo lugar, se desarrolló el estado de la cuestión y, por último, se definieron el objetivo general, los objetivos específicos y las hipótesis. Esta fase ha tenido una duración desde septiembre de 2022 hasta febrero de 2023.

6.2 Fase metodológica

La elección del diseño de investigación dio comienzo a esta fase, con la elección de un diseño cuasiexperimental. Se definieron los sujetos de estudio (población diana y accesible, lugar de realización del estudio, criterios de inclusión y exclusión, captación de las participantes y tamaño previsto de la muestra), se seleccionaron y se describieron las variables investigadas, las herramientas de recogida de los datos. Se ha desarrollado esta fase desde febrero de 2023 hasta marzo de 2023.

6.3 Fase empírica

En esta última fase, se elaboró la recogida y el análisis de los datos, se puso en funcionamiento las sesiones a los profesionales de enfermería, el plan de intervención y actuaciones enfermeras como la valoración y el seguimiento de las mujeres con endometriosis, y, finalmente, se interpretaron y difundieron los resultados obtenidos. Ha tenido una duración desde marzo de 2023 hasta julio de 2024.

6.4 Cronograma

Contenido	Fecha de inicio	Fecha final	sep-22	oct-22	nov-22	dic-22	ene-23	feb-23	mar-23	abr-23	may-23	may-24	jun-24	jul-24
Pregunta de investigación	sep-22	sep-22												
Búsqueda y revisión bibliográfica	oct-22	dic-22												
Estado de la cuestión	ene-23	feb-23												
Objetivos e hipótesis	feb-23	feb-23												
Diseño de investigación	feb-23	feb-23												
Definición de sujetos de estudio	feb-23	mar-23												
Descripción de variables	mar-23	mar-23												
Selección de herramientas de recogida de datos	mar-23	mar-23												
Recogida y análisis de datos	mar-23	abr-23												
Sesiones para los profesionales de enfermería	abr-23	abr-23												
Plan de intervención enfermera y valoración y seguimiento	may-23	may-24												
Interpretación de resultados	jun-24	jul-24												
Difusión de resultados	jul-24	jul-24												

7. Análisis de datos

Para este proyecto se optará por un análisis descriptivo de las variables seleccionadas. Por un lado, las variables cualitativas se medirán a través de la frecuencia absoluta y frecuencia relativa y, por otro lado, se utilizarán parámetros descriptivos, media y desviación estándar (con estimaciones de un intervalo de confianza al 95%) junto con otros de centralización y dispersión para las variables cuantitativas.

Se estudiará las relaciones entre dos variables categóricas a través de la prueba Chi cuadrado.

Se podrá analizar la relación entre las variables cuantitativas mediante análisis de correlación. Como tenemos varias mediciones de una variable en un mismo sujeto, se analizarán los posibles cambios mediante análisis de muestras relacionadas, bien pruebas t-student o ANOVA de medidas repetidas.

Para el análisis de los datos se utilizará el programa IBM SPSS Statistics 26.0 con la versión actualizada.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio pasará al Comité de Ética de la Investigación (CEI) del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Para la obtención del Consentimiento Informado de las pacientes que quieran intervenir se establecerá una primera sesión vía telefónica en la que los profesionales de enfermería, después de haber recibido dos sesiones informativas, informarán a las pacientes captadas sobre el estudio, los objetivos y en la que se obtendrá un primer Consentimiento Informado verbal. Después, se citarán para una segunda sesión presencial en la que se volverá a informar, se resolverán las dudas o preguntas formuladas y en la que se entregará dos copias del Consentimiento Informado escrito para que se rellene y se firme, una copia será para la enfermera y otra para la paciente y, a partir de ahí, se comenzará con la valoración previa y las primeras intervenciones del plan de cuidados.

Los datos obtenidos de cada participante permanecerán en el anonimato y se mantendrá la confidencialidad según lo indicado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.

Todo profesional de enfermería como del resto del equipo que tenga acceso a la historia clínica de las pacientes deberán preservar la reserva debida según lo establecido en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente.

Si durante la investigación aparecen resultados no previstos o las pacientes expresan efectos no deseados, después de realizar una valoración, se podrá cancelar el estudio y darlo por finalizado.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Existen limitaciones de este estudio que se pueden diferenciar en función del tipo de validez. En cuanto a validez interna las limitaciones que pueden darse y que impidan la consecución de los objetivos establecidos pueden ser los siguientes:

- Una vez obtenido el Consentimiento Informado tanto el verbal como el escrito, las participantes no acudan al resto de sesiones
- Se nieguen a rellenar los cuestionarios y las escalas de valoración y seguimiento estando en la consulta
- Los resultados obtenidos no sean veraces
- Una mala comunicación o que no sepan interpretar si han sentido mejoría después de someterse a las intervenciones y actividades

Las limitaciones de validez externa que interfieran en la extrapolación de los resultados a todas las mujeres son:

- El tamaño reducido de la muestra implicará menos relación entre las variables y menos representatividad de la población general
- Al ser una población tan específica no se podrá extrapolar al resto
- La falta de estudios y de información sobre algunas alteraciones producidas por esta enfermedad

BIBLIOGRAFÍA

References

1. Critchley, H. O. D., Maybin, J. A., Armstrong, G. M., & Williams, A. R. W. (2020). Physiology of the Endometrium and Regulation of Menstruation. *Physiological Reviews*, 100(3), 1149-1179. 10.1152/physrev.00031.2019
2. Vilella, F., Wang, W., Moreno, I., Quake, S. R., & Simon, C. (2021). Understanding the human endometrium in the 21st century. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(1), 1-2. 10.1016/j.ajog.2021.04.224
3. França, Patricia Ribeiro de Carvalho, Lontra, A. C. P., & Fernandes, P. D. (2022). Endometriosis: A Disease with Few Direct Treatment Options. *Molecules (Basel, Switzerland)*, 27(13), 4034. 10.3390/molecules27134034
4. Pereira, J., Pereira, Y., & Quirós, L. (2020). Endometriosis: diagnóstico y alternativas terapéuticas. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7399118>
5. Durón, R., & Bolaños, P. (2018). Endometriosis . https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000100023&lang=es
6. Edi, R., & Cheng, T. (2022). Endometriosis: Evaluation and Treatment. *American Family Physician*, 106(4), 397-404.
7. Mundo, A. A. (2021). *IMPACTO PSICOSOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON ENDOMETRIOSIS: SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA*
8. Koninckx, P. R., Fernandes, R., Ussia, A., Schindler, L., Wattiez, A., Al-Suwaidi, S., Amro, B., Al-Maamari, B., Hakim, Z., & Tahlak, M. (2021). Pathogenesis Based Diagnosis and

- Treatment of Endometriosis. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 745548.
10.3389/fendo.2021.745548
9. Falcone, T., & Flyckt, R. (2018). Clinical Management of Endometriosis. *Obstetrics and Gynecology*, 131(3), 557-571. 10.1097/AOG.0000000000002469
 10. Amro, B., Ramirez Aristondo, M. E., Alsuwaidi, S., Almaamari, B., Hakim, Z., Tahlak, M., Wattiez, A., & Koninckx, P. R. (2022). New Understanding of Diagnosis, Treatment and Prevention of Endometriosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6725. 10.3390/ijerph19116725
 11. Rolla, E. (2019). Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-529. 10.12688/f1000research.14817.1
 12. Bulun, S. E., Yilmaz, B. D., Sison, C., Miyazaki, K., Bernardi, L., Liu, S., Kohlmeier, A., Yin, P., Milad, M., & Wei, J. (2019). Endometriosis. *Endocrine Reviews*, 40(4), 1048-1079. 10.1210/er.2018-00242
 13. Anastasiu, C. V., Moga, M. A., Elena Neculau, A., Bălan, A., Scârnciu, I., Dragomir, R. M., Dull, A., & Chicea, L. (2020). Biomarkers for the Noninvasive Diagnosis of Endometriosis: State of the Art and Future Perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(5), 1750. 10.3390/ijms21051750
 14. Coutinho, L. M., Ferreira, M. C., Rocha, A. L. L., Carneiro, M. M., & Reis, F. M. (2019). New biomarkers in endometriosis. *Advances in Clinical Chemistry*, 89, 59-77. 10.1016/bs.acc.2018.12.002
 15. Tian, Z., Chang, X., Zhao, Y., & Zhu, H. (2020). Current biomarkers for the detection of endometriosis. *Chinese Medical Journal*, 133(19), 2346-2352. 10.1097/CM9.0000000000001063

16. Ramin-Wright, A., Schwartz, A. S. K., Geraedts, K., Rauchfuss, M., Wölfler, M. M., Haeblerlin, F., von Orelli, S., Eberhard, M., Imthurn, B., Imesch, P., Fink, D., & Leeners, B. (2018). Fatigue - a symptom in endometriosis. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 33(8), 1459-1465. 10.1093/humrep/dey115

17. Mundo-López, A., Ocón-Hernández, O., San-Sebastián, A. P., Galiano-Castillo, N., Rodríguez-Pérez, O., Arroyo-Luque, M. S., Arroyo-Morales, M., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., & Artacho-Cordón, F. (2020). Contribution of Chronic Fatigue to Psychosocial Status and Quality of Life in Spanish Women Diagnosed with Endometriosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3831. 10.3390/ijerph17113831

18. DiBenedetti, D., Soliman, A. M., Gupta, C., & Surrey, E. S. (2020). Patients' perspectives of endometriosis-related fatigue: qualitative interviews. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 4(1), 33. 10.1186/s41687-020-00200-1

19. van Barneveld, E., Manders, J., van Osch, Frits H. M., van Poll, M., Visser, L., van Hanegem, N., Lim, A. C., Bongers, M. Y., & Leue, C. (2022). Depression, Anxiety, and Correlating Factors in Endometriosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Women's Health (2002)*, 31(2), 219-230. 10.1089/jwh.2021.0021

20. Pantelis, A., Machairiotis, N., & Lapatsanis, D. P. (2021). The Formidable yet Unresolved Interplay between Endometriosis and Obesity. *TheScientificWorldJournal*, 2021, 6653677. 10.1155/2021/6653677

21. Park, S., & Chung, C. (2021). Differences in metabolic syndrome indicators by body mass index of women with endometriosis. *Nursing Open*, 8(6), 3306-3314. 10.1002/nop2.1047

22. Rowlands, I. J., Hockey, R., Abbott, J. A., Montgomery, G. W., & Mishra, G. D. (2022). Body mass index and the diagnosis of endometriosis: Findings from a national data linkage cohort study. *Obesity Research & Clinical Practice*, 16(3), 235-241.
10.1016/j.orcp.2022.04.002

23. Habib, N., Centini, G., Lazzeri, L., Amoruso, N., El Khoury, L., Zupi, E., & Afors, K. (2020). Bowel Endometriosis: Current Perspectives on Diagnosis and Treatment. *International Journal of Women's Health*, 12, 35-47. 10.2147/IJWH.S190326

24. Nezhat, C., & Agarwal, S. (2022). Bowel endometriosis. *Fertility and Sterility*, 117(2), 384-386. 10.1016/j.fertnstert.2021.12.006

25. Foulon, A., Pichois, R., Sabbagh, C., & Fumery, M. (2021). Bowel Endometriosis Mimicking Crohn Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 27(3), e26-e27.
10.1093/ibd/izaa345

26. Nezhat, C., Li, A., Falik, R., Copeland, D., Razavi, G., Shakib, A., Mihailide, C., Bamford, H., DiFrancesco, L., Tazuke, S., Ghanouni, P., Rivas, H., Nezhat, A., Nezhat, C., & Nezhat, F. (2018). Bowel endometriosis: diagnosis and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(6), 549-562. 10.1016/j.ajog.2017.09.023

27. Kim, T. D. (2020). Endometriosis of the Bowel. *Diseases of the Colon and Rectum*, 63(11), 1496-1498. 10.1097/DCR.0000000000001812

28. La Rosa, V. L., De Franciscis, P., Barra, F., Schiattarella, A., Tropea, A., Tesarik, J., Shah, M., Kahramanoglu, I., Marques Cerentini, T., Ponta, M., & Ferrero, S. (2020). Sexuality in women with endometriosis: a critical narrative review. *Minerva Medica*, 111(1), 79-89. 10.23736/S0026-4806.19.06299-2

29. Rossi, V., Galizia, R., Tripodi, F., Simonelli, C., Porpora, M. G., & Nimbi, F. M. (2022). Endometriosis and Sexual Functioning: How Much Do Cognitive and Psycho-Emotional

Factors Matter? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5319. 10.3390/ijerph19095319

30. Norinho, P., Martins, M. M., & Ferreira, H. (2020). A systematic review on the effects of endometriosis on sexuality and couple's relationship. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 12(3), 197-205.
31. Gehenne, L., Parent, A., Christophe, V., & Rubod, C. (2022). [Living with endometriosis, sexual experiences of patients and their partners: A French qualitative study]. *Gynecologie, Obstetrique, Fertilité & Senologie*, 50(1), 69-74.
10.1016/j.gofs.2021.10.007
32. van Poll, M., van Barneveld, E., Aerts, L., Maas, J. W. M., Lim, A. C., de Greef, Bianca T. A., Bongers, M. Y., & van Hanegem, N. (2020). Endometriosis and Sexual Quality of Life. *Sexual Medicine*, 8(3), 532-544. 10.1016/j.esxm.2020.06.004
33. Tanbo, T., & Fedorcsak, P. (2017). Endometriosis-associated infertility: aspects of pathophysiological mechanisms and treatment options. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 96(6), 659-667. 10.1111/aogs.13082
34. Garcia-Fernandez, J., & García-Velasco, J. A. (2020). Endometriosis and Reproduction: What We Have Learned. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 93(4), 571-577.
35. Gómez Pinargote, A. D., Cedeño Álava, K. K., Gutiérrez Zambrano, L. J., & Ponce Menéndez, Y. M. (2021). Endometriosis como causa de infertilidad. *RECIMUNDO: Revista Científica De La Investigación Y El Conocimiento*, 5(3), 230-238.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8056954>
36. Coccia, M. E., Nardone, L., & Rizzello, F. (2022). Endometriosis and Infertility: A Long-Life Approach to Preserve Reproductive Integrity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6162. 10.3390/ijerph19106162

37. Kalhori, F., Masoumi, S. Z., Shamsaei, F., Mohammadi, Y., & Yavangi, M. (2020). Effect of Mindfulness-Based Group Counseling on Depression in Infertile Women: Randomized Clinical Trial Study. *International Journal of Fertility & Sterility*, 14(1), 10-16. 10.22074/ijfs.2020.5785
38. Svensson, A., Brunkwall, L., Roth, B., Orho-Melander, M., & Ohlsson, B. (2021). Associations Between Endometriosis and Gut Microbiota. *Reproductive Sciences (Thousand Oaks, Calif.)*, 28(8), 2367-2377. 10.1007/s43032-021-00506-5
39. Jiang, I., Yong, P. J., Allaire, C., & Bedaiwy, M. A. (2021). Intricate Connections between the Microbiota and Endometriosis. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(11), 5644. 10.3390/ijms22115644
40. Qin, R., Tian, G., Liu, J., & Cao, L. (2022). The gut microbiota and endometriosis: From pathogenesis to diagnosis and treatment. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 12, 1069557. 10.3389/fcimb.2022.1069557
41. Salas Gil, L., Echart Broto, A., Conde Lamelas, R., Ruiz Salvador, I., Santaliestra Elvira, R., & Ena Belloc, S. (2022). Alimentación y endometriosis. *Revista Sanitaria De Investigación*, 3(7), 34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8569864>

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO

Título del proyecto: Programa para mejorar la vida de mujeres con endometriosis mediante intervención enfermera y seguimiento durante un año.

Investigadora: Carmen López Rosales

Yo, _____ (nombre y apellidos), con DNI _____, autorizo mi participación en el presente estudio con título “Programa para mejorar la vida de mujeres con endometriosis mediante intervención enfermera y seguimiento durante un año” y, declaro que:

- He sido informada previamente sobre este estudio y de sus objetivos a conseguir.
- He podido expresar y compartir las dudas y preguntas planteadas, las cuales se me han resuelto en la medida de lo posible y he podido recibir más información cuando la he solicitado.
- He podido decidir mi participación o no en el estudio, voluntariamente, sin coacción.
- Se me ha entregado una de las copias firmada del Consentimiento Informado.

En _____, a fecha de _____ de _____ del año _____

Firma participante:

Firma investigadora:

Anexo 2: Cuestionario sociodemográfico. Fuente: Elaboración propia.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

A partir del siguiente cuestionario se recogerán datos sobre la participante, necesarios para poder progresar con el estudio.

Por favor, rellene los siguientes apartados y marque con una X la respuesta que considere correcta:

Nombre: _____

Apellidos: _____

Edad: _____ años

Estado civil:

Soltera	
En pareja	
Casada	
Divorciada	
Viuda	

Nivel de estudios:

Sin estudios	
Estudios primarios	
E.S.O.	
Bachillerato	
Grado medio	
Grado superior	
Grado universitario	
Máster	

Ocupación laboral: _____

Anexo 3: Escala de Calificación Numérica. Numeric Rating Scale (NRS). Fuente: Elaboración propia.

ESCALA DE CALIFICACIÓN NUMÉRICA PARA VALORACIÓN DEL DOLOR

La siguiente escala sirve para valorar la intensidad de dolor. Marque con una X la casilla que considere más adecuada en relación con su percepción del dolor sabiendo que 0 significa “no dolor” y 10 “el peor dolor imaginable”.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor	Leve, muy poco dolor			Moderado		Severo	Muy severo			El peor dolor

Anexo 4: Escala Catástrofe del Dolor. Pain Catastrophizing Scale (PCS). Fuente: Elaboración propia.

ESCALA CATÁSTROFE DEL DOLOR (PCS)

Las personas estamos expuestas a menudo a situaciones que pueden causar dolor. Este cuestionario nos puede servir para conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación, se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Por favor, rellene con el número correspondiente cada ítem.

0: Nada en absoluto

1: Un poco

2: Moderadamente

3: Mucho

4: Todo el tiempo

1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá	
2. Siento que ya no puedo más	
3. Es terrible y pienso que esto nunca va mejorar	
4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo	
5. Siento que no puedo soportarlo más	
6. Temo que el dolor empeore	
7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor	
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor	
9. No puedo apartar el dolor de mi mente	

10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele	
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca este dolor	
12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad de este dolor	
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave	
PUNTUACIÓN TOTAL	

RESULTADOS:

El resultado final se consigue con la media obtenida por la suma de las puntuaciones de cada ítem.

⇒ A mayor puntuación, mayor existencia de pensamientos catastróficos.

Anexo 5: Escala de Fatiga de Piper. Piper Fatigue Scale (PFS). Fuente: Elaboración propia.

ESCALA DE FATIGA DE PIPER (PFS)

A través de esta escala se abarcan **cuatro dimensiones**: conductual/gravedad (preguntas de la 1 a la 6), significado afectivo (preguntas de la 7 a la 11), sensorial (preguntas de la 12 a la 16) y cognitivo/anímico (preguntas de la 17 a la 22). Por favor, lee las siguientes preguntas y rodee con un círculo el número que mejor describa la fatiga que estás sintiendo ahora.

1. ¿Hasta qué punto el cansancio que sientes ahora te causa angustia?

No angustia Mucha angustia

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Hasta qué punto la fatiga que sientes ahora interfiere con tu habilidad para completar tu trabajo o actividades escolares?

Nada Mucho

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ¿Hasta qué punto la fatiga que sientes interfiere con tu capacidad para visitar o socializar con tus amigos?

Nada Mucho

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ¿Hasta qué punto la fatiga que sientes interfiere con tu capacidad para participar en actividades sexuales?

Nada Mucho

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. En general, ¿en qué medida la fatiga que siente ahora interfiere con su capacidad para participar en las actividades que disfruta hacer?

Nada Mucho

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. ¿Cómo describiría el grado de intensidad o severidad de la fatiga que está experimentando ahora?

Leve										Severo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hasta qué punto describiría la fatiga que está experimentando ahora como siendo:

7. Placentera **Molesto**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Agradable **Desagradable**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Protector **Destructivo**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Positivo **Negativo**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11. Normal **Anormal**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. En qué grado te encuentras ahora:

Fuerte										Débil
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. En qué grado te encuentras ahora:

Despierto **Somnoliento**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14. En qué punto te encuentras ahora:

Activo **Desganado**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15. En qué punto te encuentras ahora:

Renovado

Cansado

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. En qué punto te encuentras ahora:

Energético

Sin energía

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. En qué punto te encuentras ahora:

Paciente

Impaciente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. En qué punto te encuentras ahora:

Relajado

Tenso

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. En qué punto te encuentras ahora:

Alegre

Deprimido

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. En qué punto te encuentras ahora:

Capaz de concentrarte

Incapaz de concentrarte

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. En qué punto te encuentras ahora:

Capaz de recordar

Incapaz de recordar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. En qué punto te encuentras ahora:

Capaz de pensar con claridad

Incapaz de pensar con claridad

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PUNTUACIÓN TOTAL:

Para calcular el resultado final, divide la puntuación total entre 22.

_____ (puntuación final) : 22 = _____ (resultado final)

RESULTADOS:

Nada: 0

Leve: 1 – 3

Moderado: 4 – 6

Severo: 7 – 10

Los elementos de la subescala se suman y se dividen en 3 para mantener la puntuación escala 0 – 10.

Anexo 6: Inventario de Depresión de Beck (BDI). Fuente: Elaboración propia.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (DBI)

Nombre: _____ **Estado Civil:** _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____

Ocupación: _____ **Educación:** _____ **Fecha:** _____

Instrucciones: este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza:

- 0. No me siento triste
- 1. Me siento triste gran parte del tiempo
- 2. Me siento triste todo el tiempo
- 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo:

- 0. No estoy desalentado respecto del mi futuro
- 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
- 2. No espero que las cosas funcionen para mi
- 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar

3. Fracaso:

- 0. No me siento como un fracaso
- 1. He fracasado más de lo que hubiera debido
- 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- 3. Siento que como persona soy un fracaso total

4. Pérdida de Placer:

- 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo

2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

5. Sentimiento de Culpa:

0. No me siento particularmente culpable
1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
3. Me siento culpable todo el tiempo

6. Sentimiento de Castigo:

0. No siento que esté siendo castigado
1. Siento que tal vez pueda ser castigado
2. Espero ser castigado
3. Siento que estoy siendo castigado

7. Disconformidad con uno mismo:

0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre
1. He perdido la confianza en mí mismo
2. Estoy decepcionado conmigo mismo
3. No me gusta a mí mismo

8. Autocrítica:

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9. Pensamiento o Deseos Suicidas:

0. No tengo ningún pensamiento de matarme
1. He tenido pensamientos de matarme; pero no lo haría
2. Querría matarme
3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

10. Llanto:

0. No lloro más de lo que solía hacerlo
1. Lloro más de lo que solía hacerlo
2. Lloro por cualquier pequeñez

3. Siento ganas de llorar pero no puedo

11. Agitación:

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

12. Pérdida de Interés:

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
3. Me es difícil interesarme por algo

13. Indecisión:

0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14. Desvalorización:

0. No siento que yo no sea valioso
1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
3. Siento que no valgo nada

15. Pérdida de Energía:

0. Tengo tanta energía como siempre
1. tengo menos energía de la que solía tener
2. no tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. no tengo energía suficiente para hacer nada

16. Cambios en los Hábitos de Sueño:

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual

- 2a. Duermo mucho más que lo habitual
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad:

- 0. No estoy tan irritable que lo habitual
- 1.. Estoy más irritable que lo habitual
- 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual
- 3. Estoy irritable todo el tiempo

18. Cambios en el Apetito:

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto
- 3b. Quiero comer todo el día

19. Dificultad de Concentración:

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
- 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada

20. Cansancio o Fatiga:

- 0. No estoy más cansado o fatiga que lo habitual
- 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
- 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida de Interés en el Sexo:

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo

2. Estoy mucho menos interesado en el sexo
3. He perdido completamente el interés en el sexo

PUNTUACIÓN TOTAL:

RESULTADOS:

- **De 0 a 9:** No existencia de depresión
- **De 10 a 18:** Depresión leve - moderada
- **De 19 a 29:** Depresión moderada – severa
- **De 30 a 63:** Depresión severa

Anexo 7: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalarias. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Fuente: Elaboración propia

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIAS (HADS)

Esta prueba está dirigida a determinar cómo te has sentido **en la última semana** a pesar de las preguntas se formulen en presente.

Debes elegir entre una de cuatro posibilidades con respecto a la pregunta realizada, rodeando con un círculo la respuesta elegida.

ESCALA DE ANSIEDAD HOSPITALARIA:

1.A. Me siento tenso o nervioso:

- 0: Nunca
- 1: A veces
- 2: Muchas veces
- 3: Todos los días

2.A. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder:

- 0: Nada
- 1: Un poco, pero me preocupa
- 2: Sí, pero no es muy fuerte
- 3: Definitivamente, y es muy fuerte

3.A. Tengo mi mente llena de preocupaciones:

- 0: Sólo en ocasiones
- 1: A veces, aunque no muy a menudo
- 2: Con bastante frecuencia
- 3: La mayoría de las veces

4.A. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado:

- 0: Siempre
- 1: Por lo general
- 2: No muy a menudo
- 3: Nunca

5.A. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago:

- 0: Nada
- 1: Un poco, pero me preocupa
- 2: Sí, pero no es muy fuerte
- 3: Definitivamente, y es muy fuerte

6.A. Me siento inquieto/a, como si no pudiera parar de moverme:

- 0: Nunca
- 1: A veces
- 2: Muchas veces
- 3: Todos los días

7.A. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico:

- 0: Sólo en ocasiones
- 1: A veces, aunque no muy a menudo
- 2: Con bastante frecuencia
- 3: La mayoría de las veces

ESCALA DE DEPRESIÓN HOSPITALARIA:

1.D. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba:

- 0: Como siempre
- 1: No lo bastante
- 2: Sólo un poco
- 3: Nada

2.D. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- 0: Al igual que siempre lo hice
- 1: No tanto ahora
- 2: Casi nunca
- 3: Nunca

3.D. Me siento alegre:

- 0: Casi siempre
- 1: A veces
- 2: No muy a menudo
- 3: Nunca

4.D. Me siento como si cada vez estuviera más lento:

- 0: Casi siempre
- 1: A veces
- 2: No muy a menudo
- 3: Nunca

5.D. He perdido el interés en mi aspecto personal:

- 0: Casi siempre
- 1: A veces
- 2: No muy a menudo
- 3: Nunca

6.D. Me siento optimista respecto al futuro:

- 0: Casi siempre
- 1: A veces
- 2: No muy a menudo
- 3: Nunca

7.D. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión:

- 0: Como siempre
- 1: No lo bastante
- 2: Sólo un poco
- 3: Nada

PUNTUACIÓN TOTAL ANSIEDAD:

RESULTADOS:

De 8 a 10: Ansiedad leve

De 11 a 14: Ansiedad moderada

De 15 a 21: Ansiedad grave

PUNTUACIÓN TOTAL DEPRESIÓN:

RESULTADOS:

De 8 a 10: Depresión leve

De 11 a 14: Depresión moderada

De 15 a 21: Depresión grave

Anexo 8: Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA). Fuente: Elaboración propia.

ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)

A continuación, encontrarás una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo. Esta escala se divide a su vez en cuatro subescalas para evaluar la **ansiedad**, **ira-hostilidad**, **tristeza-depresión** y **alegría**, y al lado unas escalas de 10 puntos. Lee cada frase y marque con una X la casilla del 0 al 10 que indique mejor cómo te sientes **ahora mismo, en este momento**. No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta.

	Nada										Mucho
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento nervioso											
Me siento irritado											
Me siento alegre											
Me siento melancólico											
Me siento tenso											
Me siento optimista											
Me siento alicaído											
Me siento enojado											
Me siento ansioso											
Me siento apagado											
Me siento molesto											

Me siento jovial											
Me siento intranquilo											
Me siento enfadado											
Me siento contento											
Me siento triste											

El resultado de cada subescala se consigue por la media de los ítems de cada subescala diferenciadas por colores.

PUNTUACIÓN FINAL NIVEL DE ANSIEDAD:

PUNTUACIÓN FINAL IRA-HOSTILIDAD:

PUNTUACIÓN FINAL TRISTEZA-DEPRESIÓN:

PUNTUACIÓN FINAL ALEGRÍA:

RESULTADOS:

A mayor puntuación, mayor nivel de ansiedad, ira-hostilidad, tristeza-depresión o alegría.

Anexo 9: Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh. Pittsburgh Sleep Quality Index.
Fuente: Elaboración propia.

ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

Las siguientes cuestiones tratan sobre sus hábitos de sueño sólo durante el último mes. Sus respuestas deben reflejar lo ocurrido en la mayor parte de los **días y noches del último mes**. Por favor, conteste a todas las preguntas

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solía acostarse por la noche?

HORA HABITUAL DE ACOSTARSE:

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (minutos) le ha costado quedarse dormido después de acostarse por las noches?

NÚMERO DE MINUTOS PARA CONCILIAR EL SUEÑO:

3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

HORA HABITUAL DE LEVANTARSE:

4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real ha mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuvo acostado)

HORAS DE SUEÑO POR LA NOCHE

Para cada una de las cuestiones siguientes, seleccionar la respuesta más adecuada a su situación. Por favor conteste todas las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de...?

A. No poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo

0: No me ha ocurrido durante el último mes

1: Menos de una vez a la semana

2: Una o dos veces a la semana

3: Tres o más veces a la semana

B. Despertarse en mitad de la noche o de madrugada

- 0: No me ha ocurrido
- 1: Menos de una vez a la semana
- 2: Una o dos veces a la semana
- 3: Tres o más veces a la semana

C. Tener que ir al baño

- 0: No me ha ocurrido durante el último mes
- 1: Menos de una vez a la semana
- 2: Una o dos veces a la semana
- 3: Tres o más veces a la semana

D. No poder respirar adecuadamente

- 0: No me ha ocurrido durante el último mes
- 1: Menos de una vez a la semana
- 2: Una o dos veces a la semana
- 3: Tres o más veces a la semana

E. Tos o ronquidos

- 0: No me ha ocurrido en el último mes
- 1: Menos de una vez al mes
- 2: Una o dos veces a la semana
- 3: Tres o más veces a la semana

F. Sensación de frío

- 0: No me ha ocurrido en el último mes
- 1: Menos de una vez a la semana
- 2: Una o dos veces a la semana
- 3: Tres o más veces a la semana

G. Sentir demasiado calor

0: No me ha ocurrido en el último mes

1: Menos de una vez a la semana

2: Una o dos veces a la semana

3: Tres o más veces a la semana

H. Tener pesadillas o “malos sueños”

0: No me ha ocurrido en el último mes

1: Menos de una vez a la semana

2: Una o dos veces a la semana

3: Tres o más veces a la semana

I. Sufrir dolores

0: No me ha ocurrido en el último mes

1: Menos de una vez a la semana

2: Una o dos veces a la semana

3: Tres o más veces a la semana

J. Otras razones: _____

6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?

0: Bastante bueno

1: Bueno

2: Malo

3: Bastante malo

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

0: No he tomado en el último mes

1: Menos de una vez a la semana

2: Una o dos veces a la semana

3: Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, dormía o realizaba alguna otra actividad?

0: Ninguna vez en el último mes

1: Menos de una vez a la semana

2: Una o dos veces a la semana

3: Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿ha representado mucho problema el “tener ánimos” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

0: Ningún problema

1: Sólo un leve problema

2: Un problema

3: Un grave problema

RESULTADOS:

Cada ítem presenta una escala del 0 que significa “facilidad” y 3 significa “dificultad severa”. El resultado final se calcula sumando todas las puntuaciones de cada ítem que se calcularán a continuación, pudiendo ser de 0 o “facilidad para dormir” y 21 o “dificultad severa en todas las áreas”. Una puntuación por debajo de 5 significa buena calidad de sueño y por encima de 5, una mala calidad de sueño.

Ítem 1: Calidad Subjetiva de Sueño

Puntuación de la pregunta nº 6

Puntuación ítem 1: _____

Ítem 2: Latencia de Sueño

Puntuación de la pregunta nº 2 y 5ª

Pregunta 2:

< o = a 15 minutos: 0

16 – 30 minutos: 1

31 – 60 minutos: 2

> 60 minutos: 3

Puntuación de la pregunta 2: _____

Puntuación de la pregunta 5a: _____

Puntuación total: _____

0 → 0

1 – 2 → 1

3 – 4 → 2

5 – 6 → 3

Puntuación ítem 2: _____

Ítem 3: Duración del Sueño

Pregunta 4:

Más de 7 horas: 0

Entre 6 y 7 horas: 1

Entre 5 y 6 horas: 2

Menos de 5 horas: 3

Puntuación ítem 4: _____

Ítem 4: Eficiencia habitual de Sueño

Número de horas de sueño de la pregunta 4: _____

Número de horas que pasa en la cama = hora de levantarse (pregunta 3) – hora de acostarse (pregunta 1) = _____

Cálculo de la eficiencia habitual de Sueño = (número de horas de sueño / número de horas que pasa en la cama) x 100 = _____%

Eficiencia habitual de sueño (%)

> 85%: 0

75 – 84%: 1

65 – 74%: 2

< 65%: 3

Puntuación ítem 4: _____

Ítem 5: Perturbaciones del sueño

Preguntas de la 5b a la 5j

- Puntuación de la pregunta:

- 5b:
- 5c:
- 5d:
- 5e:
- 5f:
- 5g:
- 5h:
- 5i:
- 5j:

Puntuación final (suma total): _____

0: 0

1 – 9: 1

10 – 18: 2

19 – 27: 3

Puntuación ítem 5: _____

Ítem 6: Utilización de medicación para dormir

Puntuación de la pregunta 7: _____

Puntuación ítem 6: _____

Ítem 7: Disfunción durante el día

Puntuación de la pregunta 8: _____

Puntuación de la pregunta 9: _____

Puntuación final (suma total): _____

0: 0

1 – 2: 1

3 – 4: 2

5 – 6: 3

Puntuación ítem 7: _____

PUNTUACIÓN FINAL (suma de la puntuación de los 7 ítems): _____

Una puntuación igual o < a 5 significa una buena calidad de sueño.

Si la puntuación es superior a 5, significa una mala calidad de sueño.

Anexo 10: Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI). Fuente: Elaboración propia.

ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

Las siguientes preguntas son sobre su sexualidad durante **las últimas 4 semanas**. Por favor, responda las siguientes preguntas lo más honestamente posible. Sus respuestas serán completamente confidenciales. Marque una sola alternativa:

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- 1: Siempre o casi siempre
- 2: La mayoría de las veces (más que la mitad)
- 3: A veces (alrededor de la mitad)
- 4: Pocas veces (menos que la mitad)
- 5: Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasifica su nivel de intensidad de deseo o interés sexual?

- 1: Muy alto
- 2: Alto
- 3: Moderado
- 4: Bajo
- 5: Muy bajo o nada

3. En las últimas 4 semanas, ¿con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Siempre o casi siempre
- 2: La mayoría de las veces (más que la mitad)
- 3: A veces (alrededor de la mitad)
- 4: Pocas veces (menos que la mitad)
- 5: Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Muy alto
- 2: Alto

- 3: Moderado
- 4: Bajo
- 5: Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- 0: No tengo relaciones sexuales
- 1: Muy alta confianza
- 2: Alta confianza
- 3: Moderada confianza
- 4: Baja confianza
- 5: Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Siempre o casi siempre
- 2: La mayoría de las veces (más que la mitad)
- 3: A veces (alrededor de la mitad)
- 4: Pocas veces (menos que la mitad)
- 5: Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Siempre o casi siempre
- 2: La mayoría de las veces (más que la mitad)
- 3: A veces (alrededor de la mitad)
- 4: Pocas veces (menos que la mitad)
- 5: Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Extremadamente difícil o imposible
- 2: Muy difícil

- 3: Difícil
- 4: Poco difícil
- 5: No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Siempre o casi siempre la mantengo
- 2: La mayoría de veces la mantengo (más que la mitad)
- 3: A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- 4: Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- 5: Casi nunca o nunca la mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Extremadamente difícil o imposible
- 2: Muy difícil
- 3: Difícil
- 4: Poco difícil
- 5: No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Siempre o casi siempre
- 2: La mayoría de las veces (más que la mitad)
- 3: A veces (alrededor de la mitad)
- 4: Pocas veces (menos que la mitad)
- 5: Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Extremadamente difícil o imposible
- 2: Muy difícil
- 3: Difícil

- 4: Poco difícil
- 5: No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto de satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Muy satisfecha
- 2: Moderadamente satisfecha
- 3: Ni satisfecha ni insatisfecha
- 4: Moderadamente insatisfecha
- 5: Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto de satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Muy satisfecha
- 2: Moderadamente satisfecha
- 3: Ni satisfecha ni insatisfecha
- 4: Moderadamente insatisfecha
- 5: Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto de satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Muy satisfecha
- 2: Moderadamente satisfecha
- 3: Ni satisfecha ni insatisfecha
- 4: Moderadamente insatisfecha
- 5: Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto de satisfecha está con su vida sexual en general?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Muy satisfecha
- 2: Moderadamente satisfecha
- 3: Ni satisfecha ni insatisfecha
- 4: Moderadamente insatisfecha
- 5: Muy insatisfecha

17. En las últimas cuatro semanas, ¿cuánto a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Siempre o casi siempre
- 2: La mayoría de las veces (más que la mitad)
- 3: A veces (alrededor de la mitad)
- 4: Pocas veces (menos que la mitad)
- 5: Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Siempre o casi siempre
- 2: La mayoría de las veces (más que la mitad)
- 3: A veces (alrededor de la mitad)
- 4: Pocas veces (menos que la mitad)
- 5: Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- 0: No tengo actividad sexual
- 1: Muy alto
- 2: Alto
- 3: Moderado
- 4: Bajo
- 5: Muy bajo o nada

PUNTUACIÓN FINAL DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA:

Dominio	Preguntas	Puntos
Deseo	1-2	1-5
Excitación	3-6	0-5
Lubricación	7-10	0-5
Orgasmo	11-13	0-5

Satisfacción	14-16	0-5
Dolor	17-19	0-5

RESULTADOS:

PUNTUACIÓN FINAL DESEO:

PUNTUACIÓN FINAL EXCITACIÓN:

PUNTUACIÓN FINAL LUBRICACIÓN:

PUNTUACIÓN FINAL ORGASMO:

PUNTUACIÓN FINAL SATISFACCIÓN:

PUNTUACIÓN FINAL DOLOR:

⇒ A mayor puntuación, mayor funcionamiento sexual

Anexo 11: Cuestionario de Activación de Esquemas Cognitivos en el Contexto Sexual (QCSASC). Fuente: Elaboración propia

CUESTIONARIO DE ACTIVACIÓN DE LOS ESQUEMAS COGNITIVOS **EN UN CONTEXTO SEXUAL (versión femenina)**

Después de leer las afirmaciones siguientes, indica en qué grado describen lo que siente o piensa acerca de sí misma.

	Completament e falso	Falso	Verdader o y falso	Verdadero	Completa mente verdadero
1. Me siento desamparada	1	2	3	4	5
2. Me siento incapaz	1	2	3	4	5
3. Me siento sin control	1	2	3	4	5
4. Soy flaca	1	2	3	4	5
5. Me siento vulnerable	1	2	3	4	5
6. Estoy necesitada	1	2	3	4	5
7. Me siento engañada	1	2	3	4	5
8. Me siento inadecuada	1	2	3	4	5
9. Me siento ineficaz	1	2	3	4	5
10. Soy incompetente	1	2	3	4	5
11. Me siento fracasada	1	2	3	4	5

12. Me siento menospreciada	1	2	3	4	5
13. Me siento inferior a los demás	1	2	3	4	5
14. No soy suficientemente buena	1	2	3	4	5
15. Me siento poco querida	1	2	3	4	5
16. Soy poco simpática	1	2	3	4	5
17. Me siento poco deseada	1	2	3	4	5
18. Me siento poco atractiva	1	2	3	4	5
19. Me siento poco necesaria	1	2	3	4	5
20. Nadie se preocupa por mi	1	2	3	4	5
21. Soy mala	1	2	3	4	5
22. No tengo valor	1	2	3	4	5
23. Soy diferente	1	2	3	4	5
24. Me siento inferior (los otros no me aman)	1	2	3	4	5
25. No soy suficientemente buena	1	2	3	4	5

26. Me siento rechazada	1	2	3	4	5
27. Me siento abandonada	1	2	3	4	5
28. Soy solitaria	1	2	3	4	5
TOTAL PUNTUACIÓN:					

Anexo 12: Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS-20). Fuente: Elaboración propia.

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS-20)

Esta escala puede ser más eficaz para detectar la ausencia de alexitimia que su presencia.

A continuación, señale el grado en el que cada apartado se ajusta a su modo de ser habitual. Conteste lo más sincero posible.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. A menudo estoy confuso con las emociones que siento.					
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos					
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden					
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente					
5. Prefiero pensar bien acerca de un problema en lugar de solo mencionarlo					
6. Cuanto estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado					
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo					
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, sin preguntarme por qué suceden de ese modo					
9. Tengo sentimientos que casi no puedo identificar					
10. Estar en contacto con las emociones es muy importante					

11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas					
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos					
13. No sé qué pasa dentro de mi					
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado					
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos					
16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos					
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos					
18. Puedo sentirme cercano a alguien , incluso en momentos de silencio					
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales					
20. Buscar significado ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos					

PUNTUACIÓN FINAL:

RESULTADOS:

- **< 51:** Ausencia de alexitimia
- **Entre 52 y 60:** Posible alexitimia
- **> 61:** Alexitimia

Anexo 13: Estudio de Resultados Médicos – Encuesta de Apoyo Social. Medical Outcomes Study – Social Support Survey (MOS-SSS). Fuente: Elaboración propia.

ESTUDIOS DE RESULTADOS MÉDICOS. ENCUESTA DE APOYO SOCIAL (MOS-SSS)

Algunas personas buscan compañía, ayuda y otros tipos de apoyo en otras personas.

Quando lo necesita, ¿con qué frecuencia usted encuentra disponible alguno de los siguientes tipos de apoyo? Para cada pregunta, rodee con un círculo el número que representa su respuesta.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
2. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
3. Alguien que le aconseja bien acerca de una crisis	1	2	3	4	5
4. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
5. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
7. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
8. Alguien en quien confiar o con quién hablar de sí misma y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
9. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5

10. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
12. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
13. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
14. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enferma	1	2	3	4	5
15. Alguien con quien compartir sus temores o sus problemas más íntimos	1	2	3	4	5
16. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
17. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
18. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
19. Alguien a quien amar y que le haga sentirse querida (deseada)	1	2	3	4	5

PUNTUACIÓN FINAL:

RESULTADOS:

⇒ A mayor puntuación, mayor apoyo social

Anexo 14: Índice de Fertilidad de la Endometriosis (EFI). Fuente: Elaboración propia

ÍNDICE DE FERTILIDAD ENDOMETRIÓSICO

Score de menor función (LF) determinado al final de la cirugía.

Score	Descripción
4 =	Normal
3 =	Disfunción leve
2 =	Disfunción moderada
1 =	Disfunción severa
0 =	Ausente o no funciona

	Izquierda	Derecha
Trompa		
Fimbria		
Ovario		

Para el cálculo de LF se añaden la menor puntuación de los lados izquierdo y derecho. Si hay ausencia de ovario, se duplica el del existente.

Menor Score	Izquierda	Derecha	LF

Índice de Fertilidad Endometriósico. Endometriosis Fertility Index (EFI)

Factores históricos:

Factor:	Descripción:	Puntos:
Edad	< de 35	2
	36 - 39	1
	> 40	0

Años de infertilidad	< de 3	2
	> de 3	0

Embarazo previo	SI	1
	NO	0

Factores quirúrgicos:

Factor:	Descripción:	Puntos:
Score LF	7 – 8 (alto)	3
	4 – 6 (moderado)	2
	1 – 3 (bajo)	0

Score de endometriosis AFS	< 16	1
	16 o > 16	0

Score total de AFS	< de 71	1
---------------------------	---------	---

Total de factores históricos:

Total de factores quirúrgicos:

Total históricos + total quirúrgicos = EFI

_____ + _____ = _____

Anexo 15: Hoja de registro de los resultados obtenidos mediante los instrumentos de valoración durante las cuatro sesiones. Fuente: Elaboración propia.

	ID PACIENTE:			
SESIÓN 2	Dolor	Fatiga	Sueño	Estado de Ánimo
				Nivel de Ansiedad: Ira-Hostilidad: Tristeza-Depresión: Alegría:
SESIÓN 3	Dolor	Apoyo social	Alexitimia	
SESIÓN 4	Dolor	Apoyo social	Alexitimia	Estado de Ánimo
				Nivel de Ansiedad: Ira-Hostilidad: Tristeza-Depresión: Alegría:
SESIÓN 5	Dolor	Fatiga	Sueño	Estado de Ánimo
				Nivel de Ansiedad: Ira-Hostilidad: Tristeza-Depresión: Alegría: