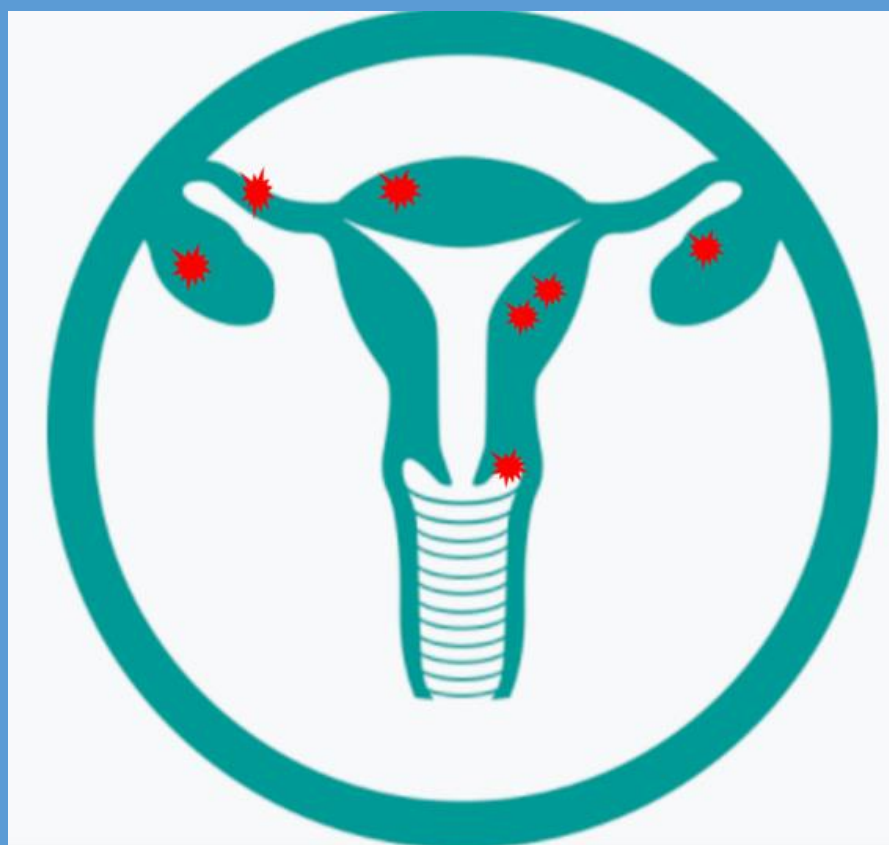


PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA ENDOMETRIOSIS EN ARAGÓN



PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA ENDOMETRIOSIS EN ARAGÓN

Editado y maquetado por:

Dirección General de Asistencia Sanitaria. Departamento de Sanidad

Gobierno de Aragón

Febrero 2022

Avalado por:



AUTORES (por orden alfabético):

- Pedro Cía Blasco. Médico especialista en Anestesiología. Unidad del dolor. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- Pilar De La Cueva Barrao. Médico especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital De La Defensa. Zaragoza.
- Miguel Díaz Vega. Médico especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- Manuela Elía Guedea. Médico especialista en Cirugía general y del aparato digestivo. Unidad colorrectal. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- Jose Antonio Fernández Gómez. Médico especialista en Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- Salvador García Aguirre. Médico especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
- Manuel García Encabo. Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud La Jota. Zaragoza.
- Gema Garisa Rocha. Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Alagón. Zaragoza.
- Eva Gracia Peligero. Médico especialista en Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- Yasmina José Gutiérrez. Médico especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
- Isabel Lahoz Pascual. Médico especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- Ana Cristina Lou Mercadé. Médico especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- Ana Martínez González. Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- Esther Montserrat Cantera. DUE Matrona. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- Mireya Sartaguda Alabart. Fisioterapeuta suelo pélvico. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- Jorge Subirá Ríos. Médico especialista en Urología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- Beatriz Vicente López. Médico especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital de Alcañiz. Teruel.

COLABORACIÓN:

- Mabel Cano del Pozo. Jefa de Servicio de Estrategias de Salud y Formación. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón.

REVISORES EXTERNOS (por orden alfabético):

- Asociación de Afectadas Endometriosis Aragón (ADAENA).
- Asociación Científica de Matronas de Aragón (ACMA).
- Asociación de Ginecología y Obstetricia Aragonesa (AGOA).
- Sociedad Aragonesa de Medicina de Familia y Comunitaria (SAMFYC).
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Aragón).
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Aragón).

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| PRESENTACIÓN | 7 |
| JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS | 8 |
| PROTOCOLO CLÍNICO | 10 |
| INTRODUCCIÓN | 10 |
| CLASIFICACIÓN | 10 |
| DIAGNÓSTICO | 11 |
| <i>SÍNTOMAS GUÍA</i> | 11 |
| <i>EXAMEN PÉLVICO</i> | 12 |
| <i>EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA</i> | 12 |
| <i>PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</i> | 12 |
| DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL | 15 |
| TRATAMIENTO | 16 |
| <i>Tratamiento farmacológico</i> | 16 |
| <i>Tratamiento quirúrgico</i> | 18 |
| <i>Otros Tratamientos</i> | 21 |
| MANEJO DE LA INFERTILIDAD | 21 |
| MANEJO DE LA MENOPAUSIA EN MUJERES CON ENDOMETRIOSIS | 23 |
| ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN | 25 |
| ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA | 25 |
| ACTUACIÓN EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA GENERAL | 26 |
| ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE REFERENCIA DE ENDOMETRIOSIS | 27 |
| ACTUACIÓN EN LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES | 28 |
| ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE REPRODUCCIÓN | 29 |
| ACTUACIÓN EN LA CONSULTA DE SEXUALIDAD | 31 |
| ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SUELO PÉLVICO | 32 |
| ACTUACIÓN EN LA CLÍNICA DEL DOLOR | 33 |
| ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE PSICOSOMÁTICA | 34 |
| GESTIÓN TERRITORIAL | 36 |
| CONTINUIDAD ASISTENCIAL | 36 |
| IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA ENDOMETRIOSIS EN ARAGÓN | 36 |
| ANEXOS | 38 |
| ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS | 38 |
| ANEXO 2: ALGORITMO ITINERARIO DE ATENCIÓN | 41 |
| ANEXO 3: SÍNTOMAS Y SIGNOS DE SOSPECHA DE ENDOMETRIOSIS | 42 |
| ANEXO 4: ALGORITMO DE DERIVACIÓN | 43 |

| | |
|--|-----------|
| ANEXO 5: INDICADORES | 44 |
| ANEXO 6: MIEMBROS DEL GRUPO DIRECTOR DE LA ESTRATEGIA DE ENDOMETRIOSIS | 45 |
| TABLA DE ABREVIATURAS..... | 46 |
| BIBLIOGRAFÍA | 47 |

PRESENTACIÓN

Para muchas mujeres, la endometriosis constituye un proceso crónico y recurrente, de forma que puede catalogarse como una **enfermedad crónica** e invalidante para algunas pacientes, especialmente para el subgrupo de mujeres con endometriosis más grave denominada endometriosis profunda.

El Departamento de Sanidad de Aragón ha recogido las demandas de las mujeres afectadas y de los profesionales implicados en su atención para establecer un modelo de asistencia que, basado en la evidencia científica, dé respuesta a esta compleja enfermedad que se estima que podría afectar hasta a un 10% de la población femenina en edad fértil.

El Departamento de Sanidad considera necesario abordar, desde una perspectiva social, todos los aspectos asistenciales que deben servir para que las mujeres con endometriosis tengan una atención óptima y el acompañamiento que requiere este problema de salud.

Debido a su alta prevalencia, la dificultad del diagnóstico, la necesidad de una oferta de servicios adecuada a los distintos grados y fases de la enfermedad y su repercusión en la calidad de vida de las mujeres que la padecen, creemos que un modelo de atención a la endometriosis es una medida específica que permite visibilizar y atender a las mujeres que presentan esta patología.

El **Programa de Atención a la Endometriosis en Aragón** ha sido elaborado por un grupo de expertos y recoge todos aquellos aspectos necesarios para atender de forma equitativa a todas las pacientes de Aragón, disminuir el tiempo de diagnóstico y establecer criterios clínicos que sirvan como referente a los profesionales sanitarios.

Asimismo, se contempla un modelo de atención que mejore la continuidad asistencial y que establezca unidades y equipos multiprofesionales de referencia para los casos de mayor complejidad.

Como mujer, ginecóloga y ahora Consejera de Sanidad me es muy grato poder presentar este documento que cuenta con la participación tanto de la ciudadanía como de los profesionales implicados y que reafirma aún más el compromiso del Departamento de Sanidad y del Gobierno de Aragón en las políticas encaminadas a la mejora de nuestro sistema público de salud.

Sira Repollés Lasheras

Consejera de Sanidad del Gobierno de Aragón

La Endometriosis es una enfermedad de alta prevalencia, pero sus características clínicas y la sintomatología de sospecha condiciona que en muchas ocasiones se produzca un retraso en la toma de contacto de las mujeres que la padecen con el sistema sanitario, lo que conlleva dificultad y retraso en el diagnóstico y la evolución hacia formas más graves de enfermedad.

La prevalencia observada de Endometriosis en la Comunidad Autónoma de Aragón en mujeres en el rango de edad de 15 a 64 años es de un 1%. La edad media en el momento del diagnóstico es de 37 años (Fuente de datos: registro clínico de atención primaria: OMI-AP). Estas cifras, siendo que la prevalencia esperada de esta enfermedad oscila en torno a un 10%⁶, confirman un diagnóstico tardío de la enfermedad y un infradiagnóstico.

Dada la repercusión en la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico de Endometriosis y la necesidad de una oferta de servicios sanitarios adecuada a los distintos grados y fases de la enfermedad, se consideró pertinente regular para todo el territorio de Aragón las actuaciones a realizar en los centros sanitarios de Atención Primaria y Hospitales, así como disponer de criterios clínicos contrastados que pudieran servir de guía para la práctica de los profesionales. Por todo ello, en el año 2018 se publicó la *Resolución del 12 de abril de 2018 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria por la que se dictan instrucciones para la gestión clínica de las pacientes con endometriosis*.

Tres años después de la publicación de esta Resolución se considera pertinente la elaboración de una Guía clínica de actuación con el objetivo de establecer una serie de recomendaciones basadas en la mejor y más actualizada evidencia científica disponible, con criterios clínicos contrastados, ofreciendo una asistencia sanitaria de calidad a las mujeres con Endometriosis en Aragón.

Como **Objetivos específicos** se plantean los siguientes:

- Establecer unos criterios clínicos de referencia para el abordaje de esta enfermedad.
- Facilitar a los profesionales sanitarios herramientas de ayuda en la toma de decisiones sobre diagnóstico, tratamiento, cuidados, prevención y derivación.
- Disminuir el tiempo que transcurre desde la aparición de los primeros síntomas hasta que se realiza el diagnóstico.
- Establecer pautas comunes de actuación en todos los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud, contribuyendo a la atención integral de las mujeres afectadas.
- Garantizar una atención equitativa a todas las pacientes en todo el territorio de Aragón.

- Establecer unidades y equipos multiprofesionales de referencia para la atención a los casos de mayor complejidad, garantizando la continuidad asistencial entre los distintos niveles asistenciales.
- Conocer la prevalencia de la endometriosis en Aragón.
- Mejorar el pronóstico reproductivo de las mujeres con endometriosis mediante el diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad.

El Departamento de Sanidad, a través del Servicio Aragonés de Salud, presenta este programa consensuado por profesionales sanitarios de diferentes especialidades que tienen un papel relevante en la asistencia sanitaria a mujeres con endometriosis. Es un documento útil de ayuda en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Este programa ha sido avalado por las sociedades científicas de Medicina Familiar y Comunitaria de Aragón (SEMERGEN y SEMG), la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Aragón (AGOA), la Asociación Científica de Matronas de Aragón y las Asociación de Afectadas de Endometriosis de Aragón (ADAENA).

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como la implantación y crecimiento benigno de tejido endometrial fuera del útero, siendo las localizaciones más frecuentes afectadas por la endometriosis el peritoneo pélvico y los ovarios. Ocasionalmente pueden encontrarse lesiones en otras muchas partes como el intestino, vejiga, estómago, pulmón, etc. Se trata de una enfermedad crónica cuya causa se desconoce, aunque se ha comprobado una cierta predisposición genética.¹ La prevalencia real de la enfermedad es incierta. Esto se debe, entre otros motivos, a que no es obligatorio verificar el diagnóstico de endometriosis mediante histología antes de instaurar el tratamiento. Clásicamente se ha considerado que la endometriosis afectaría al 10% de las mujeres en edad fértil, aunque este porcentaje aumentaría hasta el 30-50% en el grupo de mujeres con historia de infertilidad o dolor crónico. Y aunque la presentación de la enfermedad es muy variable, sabemos que hasta un 15-30% de las mujeres portadoras de la enfermedad pueden ser asintomáticas. Esta variabilidad en la presentación clínica, unida al hecho de que los síntomas se pueden solapar con los de otras entidades, conlleva en muchos casos un retraso de años en el diagnóstico definitivo, con la consiguiente repercusión negativa en la calidad de vida de las pacientes tanto a nivel laboral, como afectivo, sexual² y emocional.

CLASIFICACIÓN

Existen múltiples clasificaciones, aunque ninguna establece con claridad una correlación entre los distintos estadios, tipos o gravedad de los síntomas. Tampoco ofrecen un pronóstico de la enfermedad a nivel reproductivo o evolutivo.

Existen tres formas básicas de presentación de la enfermedad:

- **Endometriosis peritoneal superficial (tipo I):**
 - lesiones “típicas” superficiales negras en los ovarios o en la serosa peritoneal
 - lesiones “atípicas”:
 - lesiones rojas
 - lesiones vasculares
 - lesiones blancas (se corresponden con áreas de fibrosis y cicatrización)
- **Endometriosis ovárica (tipo II):** endometriomas
- **Endometriosis profunda (tipo III):** nódulos que infiltran más de 5 mm el peritoneo subyacente afectando estructuras y órganos pélvicos (ligamentos útero-sacros, fondo de saco de Douglas, tabique recto-vaginal, vejiga, uréteres, intestino). En raras ocasiones puede afectar órganos extrapélvicos, como por ejemplo pulmón.

Relacionada con la endometriosis se encuentra la **adenomiosis**, que se caracteriza por la presencia de glándulas o estroma endometrial en el tejido miometrial uterino.

Todos los tipos de lesión pueden hallarse por separado o en combinación. La enfermedad puede abarcar desde unas pocas lesiones focales hasta grandes y extensas lesiones que convierten la endometriosis en una enfermedad sistémica crónica, compleja y grave en algunas pacientes.

De forma práctica y sencilla, con la intención de poder establecer un pronóstico en cuanto a síntomas de dolor y progresión y gravedad de la enfermedad, se ha propuesto **clasificar la enfermedad en dos tipos en función de si tiene o no asociado algún nódulo de endometriosis profunda:**

- **Pacientes sin endometriosis profunda**, suponen más del 90% y suelen presentar síntomas menos severos.
- **Pacientes con endometriosis profunda**, suponen un 10%, pueden presentar afectación extragenital, lo cual además de tener trascendencia clínica, tiene implicaciones de cara al tratamiento y seguimiento, pues van a requerir la participación de equipos multidisciplinares.

DIAGNÓSTICO

Establecer el diagnóstico de endometriosis en base sólo a los síntomas es difícil, ya que la presentación es muy variable y existe un solapamiento con otras entidades u otras enfermedades digestivas o ginecológicas. Como consecuencia de ello se han descrito demoras de más de 10 años entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico final. Además, hay que tener en cuenta el elevado porcentaje de mujeres asintomáticas. El reto hoy en día es basar el diagnóstico en la sospecha clínica e iniciar el tratamiento sin requerir la confirmación histológica de la enfermedad que exigiría una prueba invasiva como es la laparoscopia diagnóstica.³

SÍNTOMAS GUÍA

- Dolor:
 - Dismenorrea que no cede con el tratamiento habitual
 - Dispareunia intensa con la penetración profunda
 - Estreñimiento y disquecia (dolor con la defecación) con o sin rectorragia
 - Disuria cíclica, con o sin hematuria
 - Dolor pélvico crónico de más de 6 meses de duración y habitualmente con empeoramiento cíclico
- Infertilidad

EXAMEN PÉLVICO

Tras la anamnesis se realizará una exploración física minuciosa que incluirá:

- Inspección de posibles lesiones en vagina o cérvix.
- Tacto bimanual: aumento de los ovarios, palpación de pelvis dolorosa, úteros fijos en retroversión, ligamentos útero-sacros dolorosos o presencia de nódulos en los mismos o el fondo de saco de Douglas.
- Tacto rectal: valoración de mucosa rectal, tabique rectovaginal y parametrios.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Es muy importante evaluar la repercusión del dolor en la calidad de vida de la paciente para poder valorar posteriormente la respuesta al tratamiento.

Existen varios cuestionarios validados. Los específicos para endometriosis son el EHP-30 (Endometriosis Health Profile-30), que valora la repercusión de la enfermedad en 5 aspectos: dolor, control e impotencia, apoyo social, bienestar emocional y auto imagen y el EHP-5 (simplificación del anterior).⁴

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

1. ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL

Para la ENDOMETRIOSIS OVARICA, la imagen del endometrioma es casi patognomónica (vidrio esmerilado o imagen hipoecoica con ecos difusos).

La presencia de endometriomas puede estar asociada hasta en un 40% con endometriosis profunda y adenomiosis en un 50%.

En la ENDOMETRIOSIS PROFUNDA INTESTINAL (recto-sigmoidea) la ecografía ginecológica transvaginal con preparación intestinal ayuda a eliminar la distorsión que genera el aire intestinal, logrando así una mejor evaluación de las estructuras (dieta baja en residuos, ayuno 6 horas y fosfato monosódico 1-3 horas antes del estudio).

Se propone una **sistemática de exploración en 4 pasos**⁵:

1. Útero y anejos:

- Posición del útero: anteversión, retroversión, “en coma”
- movilidad del útero o ausencia de la misma
- signos compatibles con adenomiosis
- presencia de endometriomas en ovarios
- Las adherencias provocadas por la endometriosis engloban frecuentemente a las trompas de Falopio, que pueden ver comprometida su funcionalidad. Es necesario, por lo tanto, descartar con cautela los signos de hidrosalpinx o hematosalpinx al explorar las fosas anexiales.

2. Valoración de las adherencias pélvicas y marcadores menores (soft markers):

- Adherencias de ovarios a útero u ovarios adheridos entre sí (“kissing ovaries”)
- Útero retraído “en coma” o “signo del interrogante”
- Presencia de líquido libre tabicado en Douglas
- Áreas hipersensibles o dolorosas

3. Signo del deslizamiento o “sliding sign”:

Mediante la aplicación de una presión suave con la sonda transvaginal podremos descartar adherencias del fundus uterino al rectosigma, de la cara posterior del cérvix al recto y de la plica vesicouterina a la cara anterior de útero observando si las estructuras deslizan o no entre sí.

4. Identificación de los nódulos de endometriosis profunda.

En compartimento anterior (vejiga, uréteres) y/o posterior (retrocérvix, ligamentos uterosacros, septo rectovaginal, fórnix vaginal y rectosigma).

2. RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) PÉLVICA

Ante la sospecha de endometriosis profunda o ante una ecografía no concluyente, la RM pélvica puede ayudar a completar la evaluación diagnóstica.⁶

Rellenar la vagina con gel neutro estéril de ecografía (50 ml) y el recto con gel o agua (150 ml) puede facilitar la detección de implantes en el tabique recto-vaginal.

Por el mismo motivo es mejor que la vejiga tenga una replección moderada, que puede conseguirse evitando orinar 1 hora antes del estudio.

Para reducir artefactos por peristalsis intestinal se recomienda ayuno de 4-6 horas, uso de antiespasmódicos, enemol o supositorios de glicerina.

Así pues, la evidencia sugiere en primera línea ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL y la RESONANCIA DE PELVIS en segunda línea. Presentan muy buena sensibilidad y especificidad siendo casi similares sin diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de la endometriosis profunda y ovárica cuando la realizan expertos en el campo de la endometriosis.

La RM de pelvis tiene ventajas para detectar focos más alejados, observación de los parametrios, pared lateral pelviana, lesiones ováricas pequeñas, adherencias y como evaluación preoperatoria para plantear la estrategia quirúrgica de una posible endometriosis profunda.

3. MEDICIÓN DEL CA-125

El marcador sérico CA-125 puede estar elevados en mujeres con endometriosis, pero no se debe utilizar como herramienta diagnóstica⁷. Podría tener cierta utilidad para descartar tumores malignos en caso de imágenes ováricas atípicas, siempre asociado a la medición de otros marcadores específicos de cáncer de ovario.

4. OTRAS PRUEBAS EN CASOS SELECCIONADOS

- Test diagnóstico con análogos de la GnRH o anticoncepción hormonal combinada continua
- Ecoendoscopia
- Colonoscopia
- Cistoscopia/uretroscopia
- Colonografía o urografía mediante TAC (URO-TAC)

5. SOSPECHA POR CIRUGÍA

La visualización directa de las lesiones mediante laparoscopia diagnóstica sigue siendo el patrón oro para el diagnóstico definitivo de la endometriosis.

Pero en la actualidad sólo en casos muy seleccionados estaría indicado realizar una laparoscopia como método de diagnóstico: si existe duda en el diagnóstico diferencial por presentar la paciente un cuadro clínico compatible con endometriosis, pero con pruebas de imagen negativas y sin respuesta al tratamiento médico.

Macroscópicamente las lesiones pueden presentarse de muy diferentes maneras, las más características son lesiones pigmentadas pardo violáceas superficiales o profundas, lesiones rojas “en llama”, cicatrices blanquecinas, vesículas claras y quistes de chocolate.

La visualización de lesiones compatibles con endometriosis en la laparoscopia es dificultosa y observador dependiente, pudiendo describir una apariencia de enfermedad mínima y, sin embargo, resultar en una infraestimación de la enfermedad severa.

6. CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

Una histología positiva confirma el diagnóstico de endometriosis, pero una negativa no lo excluye. En los casos de endometrioma y de enfermedad infiltrativa profunda, la confirmación histológica de las lesiones permite descartar otras enfermedades malignas.

La lesión microscópica característica es una estructura similar a la del endometrio eutópico con áreas de fibrosis y hemorragia intersticial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Son muchas las patologías que pueden hacer dudar sobre si el origen del dolor es por endometriosis o por otra situación, por lo que una correcta anamnesis, exploración y pruebas diagnósticas son esenciales para poder realizar un diagnóstico diferencial adecuado del dolor.

Diagnóstico diferencial del dolor crónico pélvico:

Dolor ginecológico cíclico:

- Dismenorrea primaria
- Endometriosis
- Síndrome premenstrual
- Síndrome intermenstrual

Dolor ginecológico no cíclico:

- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Retroflexión uterina
- Síndromes congestivos
- Dolor tras la esterilización quirúrgica
- Dispareunia
- Adherencias pélvicas

Gastrointestinales:

- Colón irritable
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Diverticulosis
- Dolor neoplásico
- Dolor no neoplásico del esfínter anal
- Proctalgia fugax
- Apendicitis

Urológicas:

- Síndrome uretral crónico
- Cistitis intersticial
- Vejiga irritable

Músculo esqueléticas:

- Fibromialgia
- Miositis
- Traumatismos

Alteraciones Psiquiátricas y abuso sexual

- Depresión
- Somatización
- Hipocondriasis
- Dependencia de drogas
- Abuso sexual

TRATAMIENTO

La endometriosis es una enfermedad crónica para la que no existe un tratamiento estandarizado en la actualidad.

Cada mujer debe tener un plan personalizado de tratamiento para su enfermedad y el abordaje terapéutico deberá adaptarse a las necesidades concretas de las pacientes en función de cada momento de su vida, teniendo valorando la edad, deseo reproductivo, antecedentes quirúrgicos y severidad de los síntomas entre otros factores, siempre teniendo en cuenta su opinión a la hora de escoger el tratamiento.

Los principales objetivos en el tratamiento de la endometriosis son:

- Controlar la sintomatología.
- Restaurar o preservar la fertilidad.
- Eliminar o reducir el máximo posible la enfermedad visible.
- Evitar la progresión y/o recurrencia de la enfermedad.

Las opciones terapéuticas se dividen en dos grandes categorías: el abordaje farmacológico y el quirúrgico. En general el tratamiento de elección deberá ser el menos agresivo, intentando sacar el máximo rendimiento de los tratamientos farmacológicos y evitar en lo posible los procedimientos invasivos de repetición, es decir escoger el enfoque menos invasivo, eficaz a largo plazo y con los mínimos riesgos posibles asociados.

El abordaje multidisciplinar de estas pacientes es fundamental, así como el apoyo psicológico y emocional. Sería deseable que las mujeres fueran informadas en todo momento y se vieran implicadas en la toma de decisiones respecto a su tratamiento.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En la actualidad no existe un tratamiento médico definitivo para erradicar la endometriosis. El principal objetivo del tratamiento es controlar la sintomatología y frenar la progresión de la enfermedad.⁸

No existen evidencias en cuanto a superioridad de un analgésico o un tratamiento hormonal frente a otro, por lo que basaremos los criterios de elección a las preferencias de las mujeres, la disponibilidad y el coste de los tratamientos.

El tratamiento médico de elección será aquel menos invasivo con menos efectos secundarios y el más eficaz a largo plazo.

1. Tratamiento analgésico:

Tratamiento aconsejado cuando la mujer desea gestación. Pueden utilizarse en monoterapia o en combinación con tratamiento hormonal si no se plantea la búsqueda de gestación en ese momento.

En función de su mecanismo de acción se dividen en:

- Analgésicos / antiinflamatorios: paracetamol, ibuprofeno, desketoprofeno trometamol, metamizol, etc.
- Antihiperalgésicos: amitriptilina, duloxetina, gabapentina, pregabalina, etc.
- Opioides: morfina, fentanilo, metadona, etc.

Los fármacos de elección son los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), ya que los inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa 2 (COX-2) presentan una tasa superior de efectos adversos y varios estudios indican que podrían retrasar o incluso inhibir la ovulación.

No se recomienda la prescripción prolongada de AINE debido a efectos secundarios gástricos y renales importantes, por lo que se recomienda utilizar la dosis mínima que sea eficaz.

2. Tratamiento hormonal:

Todo tratamiento que genere ausencia de menstruación, supresión de la ovulación, disminución de la frecuencia de menstruación y de la cantidad de flujo menstrual, mejorará los síntomas dolorosos asociados a la enfermedad. Por ello, los anticonceptivos combinados con estrógeno y gestágeno y los progestágenos solos son considerados actualmente como 1º línea de tratamiento. Estos tratamientos son eficaces a la hora de reducir el dolor asociado a la endometriosis.

Estrógeno-progestágenos:

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) son el tratamiento de mayor prescripción en el dolor de origen endometriósico. Pueden utilizarse en cualquiera de sus vías, oral, vaginal o transdérmica. Se considera 1º línea de tratamiento en formas leves y moderadas, pueden pausarse de forma secuencial pero preferiblemente en pauta continua.

Su mecanismo de acción se basa en la inhibición de ovulación, reducción del flujo menstrual además inducen la decidualización, atrofia y apoptosis del tejido endometrial ectópico. En cuanto al gestágeno que contienen los preparados con dienogest se consideran de los más adecuados porque disminuyen la cantidad de menstruación.

Progestágenos:

Los progestágenos solos son eficaces y bien tolerados, pueden administrarse vía oral, intramuscular o subcutánea. El dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG) también está considerado como 1º línea de tratamiento.

Vía oral podemos encontrar preparados anticonceptivos con 75 µg de desogestrel y de 4 mg drospirenona y otros de 2mg de dienogest que no incluyen el efecto anticonceptivo en su ficha técnica.

También presentan mecanismo de acción múltiple por su efecto antiestrogénico directo, mediante la anovulación y supresión de función ovárica además de actuar sobre los implantes, suprimiendo su crecimiento e induciendo ciertos cambios estructurales que llevarán a su progresiva degeneración.

Agonistas de la Hormona liberadora de gonadotropina (GnRH):

Pueden utilizarse de entrada, pero no han demostrado ser más eficaces que los ACO y gestágenos en el tratamiento de la endometriosis así que lo más habitual es utilizarlos en caso de fracaso de los tratamientos de 1ª línea.

El tratamiento recomendable no debe superar los 6 meses y si planteamos un tratamiento prolongado se aconseja añadir terapia add-back para prevenir los riesgos de un estado de hipoes-trogenismo prolongado.

Otras terapias:

Otros tratamientos de uso restringido o reservados al ámbito de la investigación son los antago-nistas de la GnRH, inhibidores de la aromatasa, moduladores selectivos de los receptores de pro-gesterona, inhibidores de angiogénesis y los inmunomoduladores.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La ventaja de este abordaje es que permite realizar un diagnóstico histológico y mejora la sintomatología de la enfermedad al extirpar las lesiones existentes. Por el contrario, ninguna cirugía está exenta de ries-gos, ni siquiera los abordajes mínimamente invasivos, por lo que deberá reservarse a los casos en los que exista una indicación clara. Deberíamos evitar la cirugía si no se han descartado otras causas de dolor pélvico, en mujeres postmenopáusicas o en mujeres con múltiples cirugías pélvicas previas. También hay que tener en cuenta el posible efecto deletéreo sobre la reserva ovárica en las cirugías por endometriosis.

Los hallazgos en los últimos años con respecto al papel de las imágenes preoperatorias, la eficacia de la terapia médica y el efecto de la cirugía en la reserva ovárica han cambiado la forma en que entendemos la enfermedad y, en consecuencia, la forma en que tratamos a nuestros pacientes.⁹

La primera línea de tratamiento quirúrgico es la cirugía conservadora con quistectomía (extirpación del quiste endometriósico). La ooforectomía (extirpación del ovario) o anexectomía (extirpación del ovario y la trompa) con o sin histerectomía (extirpación del útero) se reservará a pacientes con endometriomas recurrentes, casos en los que se tenga que descartar malignidad y mujeres con deseo genésico cumplido. Cuando se toma la decisión de extirpar los ovarios, se debe considerar las consecuencias a largo plazo de la menopausia temprana y la posible necesidad de terapia de reemplazo hormonal.

La quistectomía mejora el dolor asociado a la endometriosis y aumenta la tasa de embarazo espontáneo en mujeres con subfertilidad previa, pero no ha demostrado mejorar la tasa de embarazo con técnicas de FIV-ICSI.

Las cirugías por endometriosis profunda deberán ser abordadas por un **equipo quirúrgico multidisciplinar** que cuente con profesionales en ginecología con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada y que conozcan adecuadamente la endometriosis profunda, ya que la falta de experiencia en estas complejas cirugías puede llevar a la realización de cirugías incompletas y a la necesidad de nuevas reintervenciones.

Se informará a la paciente de la complejidad de la cirugía, del riesgo de complicaciones y de la posibilidad de persistencia de dolor tras la misma (Anexo 1: Consentimiento Informado Cirugía de Endometriosis).

Participación del cirujano en el perioperatorio:

- Actuaciones previas a la cirugía:
 - Informar a paciente y familiares de las opciones terapéuticas y posibilidad de necesidad de ostomía en dependencia de la afectación intestinal
 - Prehabilitación en pacientes seleccionadas para cirugía
 - Remisión de paciente para valoración por enfermera de unidad de estomatoterapia
 - Preparación preoperatoria: preparación anterógrada de colon con solución evacuante más antibioterapia oral e intravenosa según protocolo hospitalario.
- Endometriosis intestinal: afecta con mayor frecuencia a la región recto-sigmoidea y del tabique recto-vaginal. Son localizaciones menos frecuentes apéndice e ileon distal, y más raras en intestino delgado.
- Técnica quirúrgica: la decisión se toma en función del número y profundidad de los implantes en la pared intestinal, la localización de los mismos, la morbilidad del procedimiento y experiencia técnica.¹⁰
 - Adhesiolisis: liberación de adherencias, que pueden ser laxas o firmes en función del grado de fibrosis, entre aparato genital interno e intestino. Son frecuentes a nivel recto-sigmoideo.
 - “Shaving” o escisión del nódulo sin entrar en la luz del intestino, dejando la mucosa del intestino y una porción de la muscularis intacta. Es el abordaje más conservador de la endometriosis intestinal, indicado para nódulos superficiales.
 - Resección discoide: resección completa de la pared y posterior cierre de forma transversal mediante sutura mecánica o manual. Indicado ante lesiones únicas y pequeñas (< 3 cm) que afectan hasta un 50-60% de la circunferencia del intestino.
 - Resección segmentaria: Indicada en lesiones grandes (> de 3 cm) o compromiso de más del 50% de la circunferencia, enfermedad multifocal, imposibilidad de una resección más económica por compromiso de la vascularización del segmento afectado.

Complicaciones: cuanto mayor es la resección quirúrgica y la necesidad de anastomosis, mayor es el riesgo de complicaciones como dehiscencias anastomóticas (hasta un 6%), fistulas recto-vaginales, síndrome de

resección anterior, necesidad de estoma, etc. Es importante ponderar siempre el riesgo de complicaciones con la severidad del cuadro, la calidad de vida y las secuelas postoperatorias.

Participación del urólogo en el perioperatorio:

- Hallazgos y recomendaciones desde el punto de vista urológico:
 - Los uréteres deben ser siempre identificados y controlados durante la cirugía, aunque no se prevea por la clínica y los estudios de imagen preoperatorios afectación endometriósica de los mismos, puesto que pueden ser dañados durante la misma al estar muy próximos al campo de trabajo. Además, su normal localización anatómica con frecuencia se encuentra modificada, encontrándose medializados a consecuencia de la retracción que ocasiona la fibrosis asociada a la endometriosis.
 - Es importante detectar daños, si estos se producen, intraoperatoriamente para realizar una reparación precoz.
 - En otras ocasiones la propia enfermedad afecta estas estructuras y se requerirán técnicas para su resolución.
 - No es necesario cateterizar sistemáticamente los uréteres si no se prevee afectación, pero si hay que realizar siempre un control de los mismos durante toda la cirugía para disminuir la tasa de complicaciones.
 - Realizar un cateterismo ureteral al inicio de la cirugía puede ser útil cuando se prevea afectación ureteral en las pruebas de imagen preoperatorias para proceder a una disección más controlada o detectar precozmente una lesión.
- Técnicas quirúrgicas: el tratamiento quirúrgico de la endometriosis en la vía urinaria va a depender la localización de las lesiones
 - Vesical: la cistoscopia permite la realización de biopsia para diagnóstico definitivo de la lesión, pero la resección transuretral no permite garantizar la resección completa de la lesión para evitar la recurrencia. Por tanto, la exéresis de la lesión requiere la realización de una cistectomía parcial, siendo el abordaje combinado laparoscópico y endoscópico vesical el más adecuado para poder respetar con mayor precisión la vejiga no afecta por endometriosis y permitir una buena calidad miccional posterior.
 - Ureteral: Cuando hay una afectación directa ureteral la técnica quirúrgica va a depender de la localización y longitud del área afecta: si es distal es posible realizar una sección y reimplante vesical, pero si es más proximal pueden requerirse técnicas reconstructivas de aproximación ya sea con movilización vesical o interposición intestinal. Cuando la longitud de la afectación ureteral es corta es posible realizar una sección y re-anastomosis directa. El abordaje laparoscópico o robótico es de gran utilidad para llevar a cabo estas técnicas.

OTROS TRATAMIENTOS

La escleroterapia con etanol ecoguiada ha demostrado ser una técnica eficaz y segura para el tratamiento de los endometriomas ováricos.^{11,12} Esta técnica presenta la ventaja de poder realizarse de forma ambulatoria y también presenta el beneficio de disminuir el riesgo asociado a la cirugía de eliminar también tejido ovárico sano pudiendo afectar a la fertilidad posterior de las pacientes. No obstante, faltan más ensayos clínicos aleatorizados que comparen su eficacia con la de la cirugía.

Como tratamiento complementario al tratamiento farmacológico de la endometriosis se sugiere el tratamiento con aquellas terapias no farmacológicas que hayan demostrado una mejora en la calidad de vida de las pacientes. Aunque a día de hoy la evidencia científica no es suficiente para apoyar los suplementos alimenticios o el tratamiento con medicina tradicional china u otras terapias, estos podrían utilizarse si mejoran la calidad de vida de las mujeres afectadas por endometriosis.

MANEJO DE LA INFERTILIDAD

Las mujeres con endometriosis tienen mayor dificultad para concebir tanto de manera espontánea como mediante Fecundación in vitro (FIV). El diagnóstico precoz y el correcto manejo y seguimiento son fundamentales para evitar las consecuencias de la endometriosis sobre la fertilidad.

Aproximadamente entre el 20-30% de las pacientes que acuden a la consulta de esterilidad padecen endometriosis. La tasa de fecundación mensual mediante concepción natural desciende del 15-20% de la población general al 2-10% en la endometriosis no tratada. Existe un 30-50% de subfertilidad en las pacientes con endometriosis. A pesar de estos datos epidemiológicos, no todas las mujeres con endometriosis tienen problemas de fertilidad.

Para el manejo de los aspectos reproductivos en las mujeres con endometriosis se debe tener en cuenta la historia reproductiva previa, la situación de deseo genésico futuro o actual y, en caso de que exista deseo de embarazo actual, si ha probado o no su fertilidad.¹³

Recomendaciones:

A. En pacientes con deseo genésico futuro

- Indicar el tratamiento médico más adecuado de la endometriosis para evitar la progresión de la enfermedad.
- Evitar la cirugía, solo recomendable en casos de:
 - Dolor resistente a tratamiento médico (fracaso del tratamiento médico), mala tolerancia al tratamiento médico o contraindicación del mismo.
 - Diagnóstico por pruebas de imagen de compromiso visceral con riesgo de obstrucción intestinal o de la vía urinaria.

B. En pacientes con deseo genésico actual y fertilidad no probada

- Recomendar la búsqueda de gestación de forma natural e inmediata.
- No ofrecer tratamiento médico para control de la enfermedad, ya que no mejora la fertilidad y suprimir la ovulación puede conducir a un retraso del embarazo.

C. En pacientes con deseo genésico actual e infertilidad

- Valoración individualizada de la necesidad de realizar una laparoscopia, en función de la edad de la paciente, duración de la esterilidad y la presencia de dolor pélvico.
- En casos de cirugía, siempre avisar a la paciente de la posibilidad de disminución de la reserva ovárica y pérdida del ovario. La decisión debe ser todavía más cuidadosa en caso de cirugía previa sobre el ovario.
- Si se indica laparoscopia por estudio de esterilidad, realizar resección de implantes y adhesiolisis quirúrgica.
- Valorar la cirugía del endometrioma en paciente joven dado que puede mejorar la tasa de gestación espontánea. Es preferible la quistectomía que la punción y/o ablación de la cápsula. No se aconseja tratamiento médico antes de realizar la cirugía.
- Recomendar buscar gestación tras la cirugía, pues la tasa mayor de gestación se da en los 6 primeros meses tras la cirugía. Por tanto, no se aconseja tratamiento médico después de realizar la cirugía.
- En paciente candidata a FIV, no se recomienda cirugía del endometrioma antes de la FIV (salvo en casos de dolor asociado a la endometriosis o accesibilidad de los folículos comprometida) ya que no mejora los resultados y existe riesgo de disminución de la reserva ovárica.
- En paciente candidata a FIV con endometriosis infiltrativa profunda, no se debería indicar la cirugía de la endometriosis infiltrativa profunda con el objetivo de mejorar las tasas de fertilidad.

Técnicas de reproducción a realizar:

- **Inseminación intrauterina (IIU):**
 - El tratamiento de la IIU en caso de endometriosis mínima o leve mejora la fertilidad.
 - La estimulación ovárica, con o sin inseminación, en caso de endometriosis leve aumenta de la tasa de embarazo.
- **Fecundación in vitro (FIV):**
 - Indicada en el tratamiento de la endometriosis severa, si hay afectación de la función ovárica, con o sin factor tubárico, en caso de factor masculino y si han fallado otros tratamientos.
 - La quistectomía del endometrioma se recomienda solo cuando el endometrioma impida el acceso a los folículos.
 - El tratamiento con análogos previo a la FIV en caso de endometriosis durante 3-6 meses puede ser considerado, dado que puede aumentar la tasa de embarazo.
 - Los tratamientos de FIV no aumentan la recurrencia ni la progresión de la endometriosis.

- **Preservación de la Fertilidad:**

- Informar a las mujeres con endometriosis del beneficio de intentar la gestación en edades tempranas.
- La vitrificación de óvulos puede ser una alternativa eficaz en algunos casos de endometriosis, pero su efectividad depende de la edad de la mujer, de su reserva ovárica y de la cantidad y calidad de ovocitos obtenidos.
- Dado que la endometriosis es una enfermedad frecuente, con diferentes formas de lesiones en extensión y repercusión, la preservación de la fertilidad tiene que ser selectiva en casos muy seleccionados.
- Las pacientes serán remitidas a las unidades de reproducción del Servicio Aragonés de Salud para su evaluación.

MANEJO DE LA MENOPAUSIA EN MUJERES CON ENDOMETRIOSIS

Las mujeres con endometriosis pueden llegar a la menopausia de forma natural o de forma iatrogénica por la extirpación quirúrgica de los ovarios o inducida por fármacos, hecho que a veces ocurre en edades tempranas, antes de alcanzar la edad normal de la menopausia.

La menopausia iatrogénica se asocia con un descenso brusco de los niveles de estrógenos, lo cual mejora los síntomas relacionados con la endometriosis, pero simultáneamente puede desencadenar los síntomas climatéricos (sofocos, sequedad vaginal y trastornos del sueño y el humor). Este estado hipoestrogénico puede deteriorar significativamente la calidad de vida por privación de sueño, relaciones sexuales dolorosas y cambios de humor. Pero, además, la disminución de los niveles sistémicos de estrógeno es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, óseas y deterioro cognitivo.

El uso de terapia hormonal de la menopausia (THM) ha demostrado reducir el riesgo de tales afecciones y mejorar la calidad de vida de las mujeres sintomáticas. Sin embargo, pocos estudios han investigado el uso de la THM en mujeres postmenopáusicas con historia de endometriosis. Existen dos preocupaciones respecto al uso de THM en este grupo de pacientes: primero el riesgo de recurrencia por reactivación del crecimiento de los focos endometriósicos con la exposición a estrógenos exógenos, especialmente con terapias con estrógenos solos, aunque también se describe en mujeres que reciben terapia combinada; segundo el riesgo de malignización de tejido endometriósico residual. La decisión de prescribir o no THM en mujeres con antecedentes de endometriosis es, por lo tanto, una decisión clínica compleja. Deben tenerse en cuenta situaciones como la enfermedad residual después de la cirugía y la obesidad, que provoca un aumento de la actividad de la aromatasa en los tejidos periféricos resultando en niveles más altos de estrógeno sistémico.¹⁴

Las guías actuales, reconocen el déficit en la investigación de la THM en las mujeres con endometriosis, y recomiendan sopesar los beneficios para la salud ósea y cardiovascular, especialmente en las pacientes

más jóvenes, frente a los riesgos potenciales de recurrencia o malignidad. No se debe negar el tratamiento de THM simplemente debido al antecedente de endometriosis y se recomienda que la paciente participe en la toma de decisiones.

Debido a la naturaleza dependiente de los esteroides de la enfermedad, la mayoría de las mujeres con endometriosis experimenta una regresión de la enfermedad después de la menopausia. Aun así, algunas mujeres presentan síntomas relacionados con la endometriosis después de la menopausia natural o quirúrgica, incluso en ausencia de uso de THM. En este grupo de pacientes con reaparición del dolor o presencia de quistes en la menopausia se debe considerar un tratamiento quirúrgico que permita un estudio histológico, sobre todo en las que alcanzan la menopausia natural puesto que son generalmente más mayores y, en consecuencia, su riesgo general de malignidad será mayor.¹⁵

Para las mujeres posmenopáusicas con dolor asociado con la endometriosis, se puede considerar los inhibidores de la aromatasa (IA) como una opción de tratamiento, especialmente si la cirugía no es factible, está contraindicada o no se considera oportuna. Teóricamente, los IA pueden bloquear la producción de estrógenos extraováricos, principal fuente de estrógenos para las mujeres posmenopáusicas.¹⁵

La evidencia respecto al régimen de THM en mujeres con endometriosis es limitada. Teniendo en cuenta la capacidad de respuesta del tejido endometrial ectópico a los esteroides sexuales, parece aconsejable usar estrógeno-progestágeno continuo y evitar regímenes de estrógenos solo, para limitar cualquier proliferación anormal de endometriosis inducida por estrógenos en tejido con endometriosis persistente. La tibolona puede ser una alternativa a la THM combinada, ya que esta molécula tiene un efecto típicamente estrogénico sobre los síntomas vasomotores y los huesos, pero un efecto similar al progestágeno sobre el endometrio.¹⁵

En mujeres con antecedentes de endometriosis y menopausia quirúrgica se recomienda usar la THM al menos hasta la edad de la menopausia natural.

ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN

La atención a las mujeres con endometriosis precisa la coordinación entre todos los niveles asistenciales del sistema aragonés de salud y de todos los profesionales implicados en la atención a la mujer en las distintas etapas de su vida.

Se establece una **red asistencial** compuesta por servicios de atención primaria, servicios de ginecología y unidades de referencia de endometriosis para las mujeres con sospecha o endometriosis confirmada y un circuito de derivación común para toda la Comunidad Autónoma de Aragón (Anexo 2: Algoritmo itinerario de atención). La gestión de este proceso busca garantizar una atención integral.

El itinerario de atención contempla diferentes etapas según la complejidad del diagnóstico o el tipo de endometriosis.

ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los médicos y las matronas de atención primaria son el primer nivel de atención de las mujeres con síntomas compatibles con endometriosis.

OBJETIVO:

Impulsar el papel de Atención Primaria en la detección precoz de los signos y síntomas de sospecha e iniciar el tratamiento empírico.

ACTUACIONES:

- Establecer la sospecha clínica valorando, mediante anamnesis, a las mujeres que acudan al centro de salud con algún síntoma compatible con endometriosis.
- Ante dismenorrea que no cede con analgésicos: iniciar tratamiento empírico con AHC o píldora de sólo gestágenos, teniendo en cuenta los criterios médicos de elegibilidad para uso de anticonceptivos de la OMS.¹⁶
- Ante dolor que no cede y necesidad de realizar diagnóstico diferencial, sobre todo si la sospecha inicial orienta a origen no ginecológico: solicitar ecografía abdómino-pélvica.
- Realizar el seguimiento de la mujer con diagnóstico de endometriosis leve o asintomática, en coordinación con el servicio de ginecología de su sector sanitario.
- Atender los aspectos psíquicos-sociales, frecuentemente asociados en enfermedades crónicas, como puede ser la endometriosis.

DERIVACIÓN:

- Ante mala respuesta al tratamiento analgésico y/o hormonal (Anexo 3: Síntomas y signos de sospecha de Endometriosis): derivar a la Consulta Atención Especializada de Ginecología General por sospecha de endometriosis.
- Ante síntomas que aparecen o empeoran con carácter catamenial (coincidiendo con la regla), como por ejemplo hematuria/disuria catamenial, rectorragia/disquecia catamenial: derivar a la Consulta Atención Especializada de Ginecología General por sospecha de endometriosis.
- Ante una mujer con diagnóstico establecido de endometriosis severa, con mal control clínico o empeoramiento/agudización de los síntomas: remitir directamente a la Unidad de Referencia de Endometriosis (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital Universitario Miguel Servet).
- Ante una mujer con diagnóstico establecido de endometriosis que presenta problema de fertilidad: remitir directamente a la Unidad de Reproducción de referencia en su sector sanitario.

ACTUACIÓN EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA GENERAL

OBJETIVO:

Confirmar el diagnóstico y estadio de la endometriosis o descartar el diagnóstico.

ACTUACIONES:

- Anamnesis dirigida
- Exploración pelviana: especuloscopia y tacto vaginal. Son signos de sospecha:
 - visualización directa de lesiones características en vagina
 - palpación de uterina y/o anexial dolorosa
 - útero fijo en retroversión
 - ligamentos útero-sacros dolorosos
 - aumento del tamaño de los ovarios
 - palpación de nódulos infiltrativos en ligamentos útero-sacros o fondo de saco de Douglas
- Realización de estudios de imagen preferiblemente en acto único:
 - Ecografía transvaginal
- Informar a la paciente de los hallazgos y procedimientos a seguir según cada caso.
- Instaurar tratamiento médico de manera precoz. La historia clínica y la exploración son suficientes para establecer el diagnóstico de sospecha e iniciar tratamiento.
- Establecer un plan de cuidados individualizado según edad, deseo genésico y clínica.
- Realizar seguimiento de los casos leves o moderados, sin sospecha de endometriosis profunda, mientras haya un adecuado control de los síntomas.

- Solicitar marcadores tumorales y valorar indicación quirúrgica en caso de hallazgo de endometrioma que presente aumento rápido de tamaño o morfología atípica.
- Complimentar información clínica de la paciente y plan de cuidados en historia clínica electrónica de Aragón (Episodio: Endometriosis y Formulario: Endometriosis), de manera que esté accesible a todos los profesionales sanitarios implicados en la atención a la mujer con endometriosis.

DERIVACIÓN:

- En caso de Endometrioma y mal control del dolor a pesar del tratamiento hormonal, remitir a unidad de referencia para descartar endometriosis profunda.
- En caso de diagnóstico de endometriosis grave y/o profunda o endometriosis extragenital, remitir a la Unidad de referencia de Endometriosis.
- En caso de dificultad para filiar y controlar el dolor pélvico: remitir a Unidad de referencia de Endometriosis.
- En caso de Esterilidad: remitir a consulta de Fertilidad.
- Si se descarta patología de origen ginecológico, remitir de nuevo a atención primaria u otra especialidad, según hallazgos, para continuar estudio.

ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE REFERENCIA DE ENDOMETRIOSIS

OBJETIVOS:

- Realizar el seguimiento de las pacientes con sospecha/confirmación de endometriosis grave y/o profunda y/o extragenital de acuerdo a criterios unificados para toda la Comunidad Autónoma de Aragón, teniendo en cuenta las características de las mujeres y de su enfermedad.
- Incluir en el Sistema de Información Hospitalaria (HIS) las agendas de las consultas ofertadas identificadas como “consulta de especializada de endometriosis”.

Realizar la atención de los casos de endometriosis profunda mediante la participación de profesionales especializados incluidos en equipos multidisciplinares.

UBICACIÓN:

Hay dos unidades de referencia de Endometriosis en Aragón, una en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCU) y otra en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS).

ACTUACIONES:

- Anamnesis dirigida
 - Evaluación de la intensidad y tipo de dolor: dolor cíclico, dolor pélvico crónico
 - Valoración de trastornos del sangrado menstrual
 - Antecedentes obstétricos/historia de esterilidad/deseo gestacional

- Comorbilidad
- Antecedentes quirúrgicos
- Presencia de síntomas extragenitales
- Evaluación de tratamientos previos y respuesta a los mismos
- Exploración pelviana: especuloscopia y tacto vaginal. Son signos de sospecha:
 - visualización directa de lesiones características en vagina
 - palpación de uterina y/o anexial dolorosa
 - útero fijo en retroversión
 - ligamentos útero-sacros dolorosos
 - aumento del tamaño de los ovarios
 - palpación de nódulos infiltrativos en ligamentos útero-sacros o fondo de saco de Douglas
- Realización de estudios de imagen
 - Ecografía pelviana
 - Resonancia Magnética
 - Solicitud de estudios de imagen específicos, en función de la sospecha clínica
- Ofrecer todos los tratamientos disponibles en un contexto multidisciplinar.
- Solicitud de interconsulta a otras especialidades integradas en los equipos multidisciplinarios de endometriosis, en función de los síntomas y sospecha de extensión extragenital de la enfermedad
- Información a las pacientes de los hallazgos y procedimientos a seguir según cada caso, en función de los síntomas referidos, edad, deseo de gestación y extensión de la enfermedad.
- Cumplimentar el Formulario de Endometriosis de HCE de Aragón de manera que la información clínica de la paciente y plan de cuidados esté accesible a todos los profesionales sanitarios implicados en la atención a la mujer con endometriosis.

DERIVACIÓN:

- Una vez estudiada la paciente e instaurado el tratamiento y conseguido un adecuado control de la sintomatología, se podrá derivar para seguimiento en ginecología de área en colaboración con atención primaria.

ACTUACIÓN EN LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES

Aquellas pacientes en las que se sospeche o confirme endometriosis profunda o endometriosis extragenital serán evaluadas de manera coordinada por equipos multidisciplinarios, constituidos para tal fin en cada uno de los dos hospitales con Unidad de referencia de Endometriosis.

COORDINACIÓN:

El equipo estará coordinado por el facultativo responsable de la Unidad de referencia de Endometriosis designado por las Direcciones Asistenciales de los dos hospitales, siendo responsable del seguimiento y evaluación de la práctica clínica y de la convocatoria periódica de los facultativos del equipo para la presentación, discusión y decisión terapéutica de los casos clínicos relevantes.

COMPOSICIÓN:

- Ginecología con experiencia en endoscopia ginecológica avanzada: dos facultativos de ginecología en cada uno de los 2 hospitales con Unidades de referencia.
- Servicios quirúrgicos de soporte:
 - Cirugía general con experiencia en cirugía colorrectal y conocimientos en endometriosis
 - Urología con experiencia en laparoscopia y conocimientos en endometriosis
- Servicios no-quirúrgicos de soporte:
 - Radiología
 - Experto en tratamiento del dolor pelviano
 - Psiquiatría o psicósomática.
 - Ginecología con experiencia en Reproducción asistida
 - Rehabilitador con experiencia en suelo pélvico
 - Fisioterapeuta con experiencia en suelo pélvico y dolor pélvico
 - Enfermería y matronas con conocimientos en el manejo clínico de la endometriosis
- En función de la complejidad clínica de los casos se solicitará la participación de otros profesionales sanitarios.

ACTUACIONES:

- Discusión de casos clínicos
- Evaluación de pruebas de imagen
- Decisión terapéutica
- En caso de endometriosis profunda y/o extragenital el tratamiento quirúrgico se llevará a cabo por parte de los cirujanos componentes del equipo multidisciplinar.

ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE REPRODUCCIÓN

OBJETIVOS:

- Identificar las lesiones endometriósicas como causa de infertilidad.
- Valorar el grado de extensión de las lesiones e informar a la paciente de los posibles efectos de la endometriosis sobre la fertilidad:

- a) Alteración de la anatomía pélvica y obstrucción tubárica (por adherencias o por presencia de endometriosis a nivel de las mismas).
- b) Alteraciones inflamatorias e inmunológicas que pueden afectar a distintos niveles:
 - Foliculogénesis y esteroidogénesis
 - Calidad ovocitaria
 - Embriogénesis
 - Implantación
- Ofertar las técnicas de reproducción asistida (TRA) incluidas en la cartera de servicios del SALUD.

CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD DE REPRODUCCIÓN:

- Pacientes de menos de 35 años, con cuadros de endometriosis leve, tras un año de búsqueda de embarazo sin lograrlo.
- Pacientes de más de 35 años, con cuadros de endometriosis leve, tras 6 meses de búsqueda de embarazo sin lograrlo.
- Pacientes con endometriosis severa que deseen gestación: remitir directamente.

ACTUACIONES:

Las actuaciones a realizar se basan en las Recomendaciones del Ministerio de Sanidad¹⁷, Sociedad Española de Fertilidad (SEF)¹³ y Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE)¹⁵ para el manejo de la fertilidad en mujeres con endometriosis.

A. **Informar** a las pacientes sobre:

- Su enfermedad, estadiaje y evolución
- Repercusión en el futuro sobre la fertilidad.
 - Aconsejar gestación sin demoras.
 - Valorar la vitrificación de óvulos.

B. **Anamnesis y estudio completo** de causas de la infertilidad en la pareja

C. **Información de la TRA más adecuada** según los hallazgos de los estudios realizados

D. **Realización de técnicas de reproducción:**

- Inseminación intrauterina (IIU)
- Fecundación in vitro (FIV)

E. **Preservación de la Fertilidad**

- Cuando exista una indicación de preservación de la fertilidad por endometriosis, el caso será evaluado y autorizado por el Grupo director de la estrategia de endometriosis de Aragón.
- Deberán cumplir los requisitos de acceso a la FIV del sistema sanitario público, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.
 - Indicaciones:
 - Pacientes con fertilidad muy comprometida por el avance de la endometriosis, a pesar de los tratamientos médicos o a consecuencia de cirugías previas sobre los ovarios.

- Pacientes con indicación de cirugía, cuando se prevea que esta pueda comprometer de manera importante la fertilidad.
- **Requisitos:**
 - < 36 años.
 - Reserva folicular adecuada: AMH > 1 ng/ml. En casos de pacientes muy jóvenes, con AMH baja, se valorará el caso por el grupo de estrategia de endometriosis de Aragón.
 - Endometrioma bilateral >5 cm, que tras 6-12 meses de tratamiento médico no disminuya de tamaño.
 - Recurrencia postquirúrgica: pacientes con antecedente de escisión de endometrioma y que requieran cirugía por recurrencia contralateral (>5 cm), a pesar de llevar tratamiento médico.

ACTUACIÓN EN LA CONSULTA DE SEXUALIDAD

Dependiendo de las series consultadas, se ha descrito que hasta un 66% de las mujeres afectas de endometriosis presentan dolor pélvico crónico y dispareunia.

OBJETIVOS:

- Reconocer la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad.
- Identificar la existencia de disfunción sexual en las pacientes con endometriosis.
- Valorar a qué niveles de la respuesta sexual está afectando el dolor que experimentan las pacientes: bajo deseo, alteraciones de la excitación y dificultad para conseguir el orgasmo.
- Identificar contracturas de la musculatura pelviana producidas a consecuencia del dolor experimentado durante la actividad sexual, que pueden derivar en conductas de evitación de las relaciones sexuales y problemas en la relación de pareja.

Además, el dolor que experimentan durante la actividad sexual se deriva en contracturas de la musculatura pélvica que perpetúan e incrementan ese malestar, derivando en conductas de evitación de las relaciones sexuales y problemas en la relación de pareja.

MOTIVOS DE DERIVACIÓN:

Afectadas de endometriosis con alteraciones de la esfera sexual:

- Trastorno del deseo sexual hipoactivo secundario
- Trastornos de excitación
- Alteraciones en la consecución del orgasmo
- Dispareunia

ACTUACIONES A REALIZAR:

Manejo sexológico integral consistente en:

- Manejo psicológico a través de la terapia cognitivo conductual, de crecimiento erótico y físico
- Manejo anatómico trabajando en las estructuras afectadas por la enfermedad.
- Trabajo con la paciente de forma individual y en pareja/s según situación personal.
- El abordaje será siempre multidisciplinar, contando en todo momento con la Unidad de endometriosis y de rehabilitación de suelo pélvico, dos pilares fundamentales en el manejo y seguimiento de este tipo de pacientes.

ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SUELO PÉLVICO

OBJETIVOS:

- Incluir entre las opciones de manejo conservador de las pacientes con endometriosis la terapia física y rehabilitación.
- Pautar el tratamiento específico según la clínica que objetivemos tras una anamnesis y exploración física detallada.

MOTIVOS DE DERIVACIÓN:

Mujeres con diagnóstico de endometriosis que asocien:

- Dolor miofascial (DMF) en musculatura abdominal, musculatura de suelo pélvico o cintura pélvica
- Dolor neuropático por atrapamiento de nervio periférico
- Dolor de características mecánicas que afecte a región lumbosacra, coxígea o pubis
- Dispareunia secundaria a trastorno miofascial
- Vaginismo
- Estreñimiento descartada lesión neurológica
- Alteraciones vesicales y/o esfinterianas descartada lesión neurológica o infecciosa previa

ACCIONES TERAPÉUTICAS:

1.- Información teórico-práctica a la paciente:

- Técnicas de reeducación postural
- Recomendaciones e información sobre hábitos higiénico-dietéticos que pueden repercutir en su proceso doloroso
- Concienciación de la Musculatura de Suelo Pélvico
- Técnicas de relajación, respiración diafragmática

2.- Biofeedback (negativo o positivo)

3.- Electroterapia:

- Neuromodulación de Tibial Posterior
- TENS endorfinicos/EMS (electroestimulación)
- Ultrasonidos / sonoforesis
- Láser

4.- Fisioterapia Suelo Pélvico:

- Terapia manual: relajación miofascial, estiramiento y desensibilización de zonas con hiperalgesia
- Ejercicios de estiramiento y tonificación de musculatura abdominal, raquis, cintura pélvica y ejercicios de báscula pélvica.
- Ejercicios de Kegel
- Ejercicios hipopresivos

5.- Manejo analgésico del dolor:

- Medicación oral según escalera/ascensor de la OMS
- Medicación tópica: crema o parches de capsaicina, crema con anestesia local o antiinflamatorios
- Medicación intravaginal: lubricante con anestesia, óvulos de diazepam.
- Intervencionismo:
 - Infiltración de puntos de DMF con anestesia/corticoides/ toxina botulínica
 - Bloqueo ecoguiado de nervios periféricos implicados en el DPC

6.- Otros:

- Manejo de dilatadores, vibradores, fitball.

ACTUACIÓN EN LA CLÍNICA DEL DOLOR

OBJETIVOS:

- Identificar y tratar el o los tipos dolor que afectan a cada paciente:
 - **Nociceptivo** (somático y visceral). El dolor somático, en general, es fácil de localizar, dado que la concentración de nociceptores en los tejidos somáticos es elevada. En cambio, los órganos internos responden a estímulos diferentes como la isquemia, la inflamación o la oclusión del flujo y la consiguiente distensión capsular. En este caso, el dolor no puede localizarse con precisión.
 - **Neuropático**: lesión, enfermedad o sección completa ("desafereenciación") del sistema nervioso periférico o central, en ausencia de un estímulo nocivo periférico. Es importante comprender que la neuropatía puede existir sin dolor y que el dolor puede existir sin evidencia de lesión del nervio. El dolor neuropático, por lo tanto, puede ser definido como una sensación o experiencia emocional desagradable asociada con la disfunción o lesión del sistema nervioso.
 - **Inflamatorio**: mediado por liberación de citocinas, prostaglandinas, etc.
- Atender a aquellas pacientes con endometriosis en las que el dolor es de difícil manejo.

- Realizar un abordaje multidisciplinar de manera que, en función de las necesidades, se cubran aspectos tales como un apoyo psicológico, fisioterapéutico, un tratamiento farmacológico (analgésicos, antihiperalgésicos y opioides) y un tratamiento intervencionista-(bloqueos nerviosos y neuromodulación).

ACTUACIONES:

- Utilización de la Escala Analógica Visual (EVA) para valorar la intensidad del dolor. Consiste en una línea de 10 cm con un extremo marcado con “no dolor” y otro extremo que indica “el peor dolor imaginable” (o “sin dolor” y “máximo dolor”) (Figura 1).
- En caso de dolor intenso, utilizar combinaciones de fármacos con diferente mecanismo de acción siguiendo una escalera analgésica (Figura 2).
- Ofrecer tratamiento según intensidad del dolor: AINES, opioides menores, neuromodulador, técnicas intervencionistas.

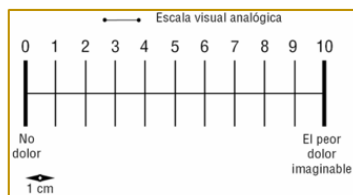


Figura 1: Escala Visual Analógica

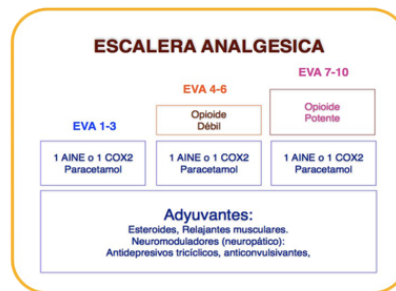


Figura 2: Escalera analgésica

ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE PSICOSOMÁTICA

Las mujeres con endometriosis avanzadas suelen presentar una morbilidad psicológica elevada, fundamentalmente depresión y ansiedad.

Para comprender el estado de salud mental de la paciente con endometriosis se deben tener en cuenta tres variables:

- La biológica: tejidos y órganos afectados y respuesta inflamatoria/dolor a dichas lesiones.
- La psicológica: efecto de la endometriosis como enfermedad, incertidumbre sobre la posible progresión de la enfermedad y efecto sobre la fertilidad y el dolor crónico como síntoma fundamental.
- La social: contexto sociocultural de la mujer afectada y posterior adaptación a dicha situación. El dolor pélvico crónico puede afectar a la relación con otras personas y alterar la vida y convivencia familiar. Esto puede derivar en fatiga, pérdida de interés, disminución del deseo sexual, imagen negativa de sí misma, pesimismo y sentimientos de inutilidad. A ello se añade la frustración cuando se producen problemas de fertilidad. Cuando el dolor es muy incapacitante se produce absentismo escolar y labo-

ral, desempleo, incapacidad laboral temporal e incluso absoluta. Todo ello, al igual que se ha observado con otras enfermedades crónicas, genera una mayor sensación de aislamiento social y estigmatización.

ACTUACIONES:

- Evaluación del estado mental con exploración psicopatológica: anamnesis sobre la presencia de síntomas psicológicos y afectación de las esferas relacional, sexual, laboral y social, junto con la evaluación del contexto familiar.
- Abordaje psicoterapéutico
- Tratamiento farmacológico

DERIVACIÓN:

Se recomienda derivar a mujeres con endometriosis y dolor pélvico crónico con síntomas depresivos, ansiosos, consumo excesivo de analgésicos y/o tóxicos y cualquier otra alteración psicopatológica.

- Manejo en unidades de salud mental atención primaria
- Manejo en unidad hospitalaria de psicósomática

GESTIÓN TERRITORIAL

El **círculo de derivación** establecido será el que sigue a continuación (Anexo 4: Algoritmo de derivación):

- Los Sectores Sanitarios de Calatayud, Huesca, Barbastro y Sector Zaragoza III derivarán a las pacientes a la oferta de servicios de la Unidad de Referencia de Endometriosis del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
- Los Sectores Sanitarios de Alcañiz, Teruel, Sector Zaragoza I y Zaragoza II derivarán a las pacientes a la oferta de servicios de la Unidad de Referencia de Endometriosis del Hospital Universitario Miguel Servet.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Para garantizar la continuidad asistencial se dispondrá:

- Interconsulta virtual entre atención primaria y ginecología del centro de referencia.
- Accesibilidad a la información del proceso de endometriosis de la paciente a través de la historia clínica electrónica de Aragón.
- Registro de datos de mujeres atendidas por Endometriosis en Aragón a través del Formulario de Endometriosis de HCE de Aragón (Manual de ayuda, página principal HCE).
- Evaluación del programa a través de los indicadores de calidad obtenidos a partir del registro de datos del Formulario de Endometriosis de HCE de Aragón (ANEXO 5: INDICADORES).

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA ENDOMETRIOSIS EN ARAGÓN

Se constituye el Grupo Director de la Estrategia de Endometriosis (Anexo 6: Miembros del Grupo Director de la Estrategia de Endometriosis) responsable de la implantación del programa de atención a la endometriosis y del seguimiento y evaluación del proceso.

La composición del *Grupo de la Estrategia de Endometriosis de Aragón (GEEA)* es la siguiente:

- Un director/a del Grupo, facultativo de ginecología, designado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria,
- Los facultativos de ginecología de la Unidad de Referencia.
- Un facultativo de ginecología responsables del proceso en cada Sector Sanitario
- Dos representantes de la Asociación de Afectadas de Endometriosis

Las funciones del Grupo Director son:

- Seguimiento y evaluación de la implantación del programa en Aragón.
- Seguimiento del registro de casos y de la documentación clínica.
- Discusión de los casos clínicos complejos


- Actualización de los criterios clínicos que se consideren convenientes para mejorar el programa de atención de la endometriosis de Aragón.
- Valoración de necesidades formativas, tanto para profesionales de atención primaria como de especializada.
- Elaborar anualmente un informe sobre la situación de la endometriosis en Aragón.
- Los facultativos de ginecología del Grupo Director se reunirán trimestralmente y serán convocados por el Director/a del Grupo.
- El director del grupo, dos facultativos de ginecología y los dos representantes de la Asociación de Afectadas de Endometriosis se reunirán con periodicidad trimestral.

Para implementar el Programa de atención a la Endometriosis en la Comunidad Autónoma de Aragón es imprescindible difundir el presente documento entre los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada.

Los centros sanitarios de atención primaria desarrollarán un plan interno de difusión y de comunicación del programa.

En los centros de Atención Hospitalaria, la Dirección Médica del centro, o en quien delegue, al menos, presentará el programa a las siguientes especialidades: Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Urología, Anestesiología-Unidad del Dolor, Radiodiagnóstico, Salud Mental y Rehabilitación.

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS

| | | |
|---|--|---|
|  <p>HOSPITAL:</p> | <p>1º Apellido: _____</p> <p>2º Apellido: _____</p> <p>Nombre _____ nº Historia <input type="text"/></p> <p>Fecha _____ Cama: _____ Servicio _____</p> | AUTORIZACIÓN DE TÉCNICAS DE RIESGO |
| AUTORIZACIÓN TÉCNICAS DE RIESGO | | |
| CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN ENDOMETRIOSIS | | |
| <p>1. La laparoscopia es una técnica que utiliza uno o más instrumentos introducidos en el abdomen a través de pequeñas incisiones. El abdomen es distendido habitualmente por un gas denominado dióxido de carbono. El/los instrumento/s dotado/s de luz y cámara permite/n ver los órganos pélvicos y utilizar bajo visión directa una serie de instrumentos adicionales.</p> | | |
| <p>2. La Endometriosis es una enfermedad definida como presencia anormal de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Esta enfermedad es crónica y puede afectar a los diversos órganos de la cavidad abdominal (útero y sus anejos, vejiga, uréteres, intestino, etc.). Su tratamiento podrá conllevar una cirugía conservadora o la extirpación total o parcial de los órganos afectados y/o los implantes endometriósicos peritoneales adyacentes.</p> | | |
| <p>La intervención quirúrgica puede realizarse mediante laparoscopia o por laparotomía.</p> | | |
| <p>Ocasionalmente será recomendable la extirpación del útero, de uno o ambos ovarios y trompas, lo que puede dar lugar a esterilidad y menopausia. Otras veces, se procederá a la extirpación de quistes endometriósicos en ambos ovarios y, a pesar de la no extirpación de los ovarios, puede producirse una disminución de la reserva ovárica, llegando incluso a la menopausia en el 2% de los casos.</p> | | |
| <p>3. Complicaciones y/o riesgos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.</p> | | |
| <p>3.1. Molestias postoperatorias más frecuentes de la laparoscopia:</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • dolor de hombro • hinchazón abdominal • hemorragia vaginal leve | | |
| <p>3.2. Complicaciones específicas de la laparoscopia:</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • lesiones vasculares • hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria) • accidentes eléctricos • lesiones de órganos vecinos (intestino delgado, grueso, uréteres, vejiga), infecciones (intra y postoperatorias) • enfisema subcutáneo y tromboembolismo gaseoso • reconversión a cirugía abierta | | |
| <p><i>Ci 352 Laparoscopia ginecológica - Página: 1 de 3</i></p> | | |
| | | 03 |

- 3.3. **Hallazgos inesperados**, que no han podido ser detectados previamente en la exploración o pruebas previas, que dificultan y complican la cirugía, pueden variar el plan quirúrgico inicial. El equipo quirúrgico podrá suspender el procedimiento programado inmediatamente si durante la intervención se objetiva una amplia extensión de la enfermedad no sospechada previamente, para una nueva cirugía diferida por equipo especializado y evitar tratamientos incompletos que incrementan el riesgo de persistencia, recurrencias de la enfermedad y el mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas en cada sucesivo abordaje quirúrgico. Si durante el acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo quirúrgico podrá modificar la técnica quirúrgica programada.

La mayoría de las complicaciones pueden requerir acelerar, suspender o retrasar la intervención. Complicaciones severas que requieren histerectomía (extirpación del útero o matriz), colostomía (desembocar el colon al exterior en la pared abdominal) o que son causa de fallecimiento difícilmente suceden, pero no son imposibles. Si en el momento del acto quirúrgico, por surgir algún imprevisto o porque tras la inspección laparoscópica cuidadosa se observen condiciones que requieran la reconversión de la laparoscopia hacia la cirugía tradicional abierta (laparotomía), estoy de acuerdo en que ésta se realice, así como que el equipo médico pueda variar la técnica quirúrgica programada.

3.4. **Riesgos personalizados**: Las complicaciones específicas de la intervención o disección quirúrgica dependen de la extensión de los implantes endometriósicos y de la relación con órganos adyacentes (lesiones vesicales, ureterales, intestinales, vasculares o neurológicas, rotura de quiste, extirpación incompleta del quiste, etc).

Por su situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....
.....

- Presencia de cirugías previas, hace más probable el desarrollo de complicaciones
- Afectación del intestino, hace que exista probabilidad de:
 - Dehiscencia de sutura vaginal, fuga de anastomosis, fistulas, estenosis post-anastomosis, y de forma excepcional obstrucción intestinal, peritonitis y sepsis, lo que puede conllevar la necesidad de una bolsa de derivación del intestino a la pared abdominal por un tiempo, y en muy raras ocasiones de forma definitiva.
 - Dolor y alteraciones del ritmo intestinal tras la cirugía
 - Alteraciones en la percepción del llenado vesical con necesidad de vaciar la vejiga de forma artificial temporalmente, y en ocasiones de forma permanente.
 - Alteraciones en la esfera sexual.
- La complejidad y sintomatología de la endometriosis, así como la multifocalidad de la enfermedad, puede conducir a que el acto quirúrgico no mejore lo esperado y deseado.

4. **Anatomía Patológica**: La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. Asimismo he comprendido que dependiendo de los resultados anatomopatológicos y, por tanto, del diagnóstico definitivo, puede ser necesario completar esta intervención con otra más amplia, de la que se me informará en su caso.

5. Diagnóstico de presunción, una vez realizado el estudio correspondiente:

1.
2.

6. Propuesta de procedimiento quirúrgico:

1.
2.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

CONSENTIMIENTO

D. / Dñamanifiesta que ha recibido información suficiente y en términos comprensibles para tomar la decisión de acuerdo con su propia y libre voluntad y presta su consentimiento y autorización a la práctica de la intervención reseñada.

En Zaragoza adede

Firma del Médico
(nº colegiado)

Firma del paciente o representante legal

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

D. / Dña decido no dar mi consentimiento para que se efectúe la intervención reseñada. Me han sido explicadas, entiendo y asumo las repercusiones que esta decisión pudiera ocasionar sobre la evolución del proceso

En Zaragoza a de de

Firma del paciente o representante legal

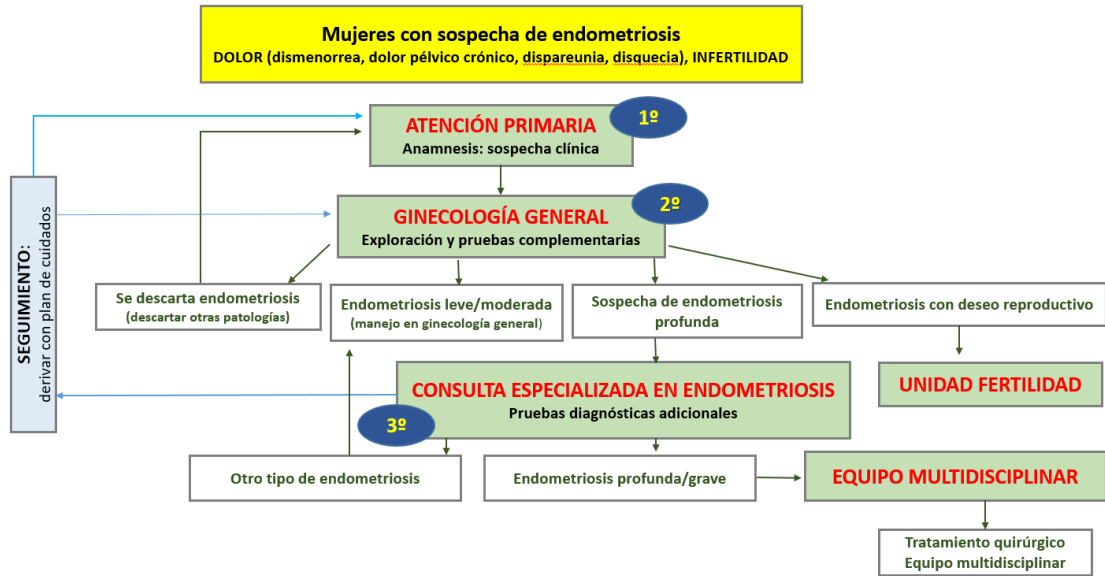
REVOCACIÓN

D. / Dña, retiro mi consentimiento prestado anteriormente, sin que sea necesario aducir justificación alguna.

En Zaragoza adede

Firma del paciente o representante legal

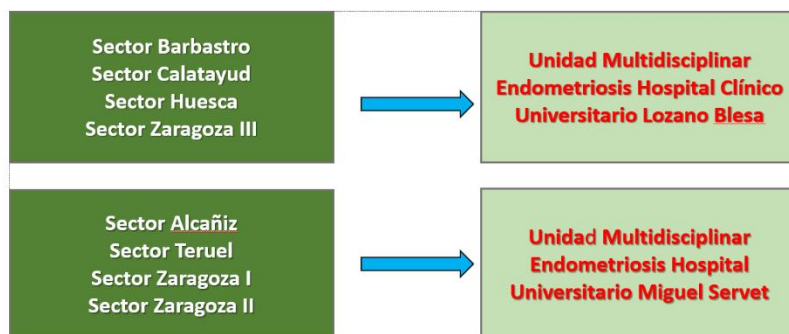
ANEXO 2: ALGORITMO ITINERARIO DE ATENCIÓN



ANEXO 3: SÍNTOMAS Y SIGNOS DE SOSPECHA DE ENDOMETRIOSIS

| Síntomas y signos de sospecha de Endometriosis | |
|--|---|
| Dismenorrea severa | Alto consumo de analgésicos / AINEs Mal control de síntomas con el tratamiento habitual Mala tolerancia o contraindicación al tratamiento habitual |
| Dismenorrea invalidante | Absentismo escolar o laboral Limitación para la realización de las actividades diarias Importante afectación de la calidad de vida |
| Dispareunia con la penetración profunda y/o postcoital | |
| Disquecia, sobre todo catamenial | |
| Disuria, sobre todo catamenial | |
| Dolor pélvico crónico (> 6 meses de duración) | |
| Sangrado menstrual abundante | |
| Síntomas no ginecológicos con empeoramiento o debut catamenial | Hematuria catamenial Rectorragia catamenial Dolor pleural catamenial con o sin neumotórax asociado Hemoptisis catamenial Dolor catamenial referido a hombro Inflamación/dolor catamenial de nódulo en pared abdominal, ombligo o cicatriz de cirugía ginecológica u obstétrica |

ANEXO 4: ALGORITMO DE DERIVACIÓN



ANEXO 5: INDICADORES

| Indicadores de Actividad de Asistencia Sanitaria | Indicadores de Características de las Mujeres |
|--|---|
| Número de pacientes nuevas por hospital y año | Distribución por grupo de edad en la primera consulta |
| Número total de pacientes por hospital y año | Distribución por Forma de presentación |
| Número total de consultas por hospital y año | Distribución por Tipo de diagnóstico |
| Número promedio de consultas de seguimiento por paciente | Número de cirugías por endometriosis |
| Distribución anual por Tipo de tratamiento | Historia de esterilidad |

ANEXO 6: MIEMBROS DEL GRUPO DIRECTOR DE LA ESTRATEGIA DE ENDOMETRIOSIS

(Actualizado a fecha junio 2022)

Directora del Grupo:

- Ana Cristina Lou Mercadé (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza)

Facultativos de ginecología de la Unidad de Referencia:

- Raúl Bolea Tobajas (Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza)
- Miguel Díaz Vega (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza)
- Salvador García Aguirre (Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, Unidad de Reproducción)
- Yasmina José Gutiérrez (Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza)
- Ana Cristina Lou Mercadé (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza)

Facultativos de ginecología responsables del proceso en cada Sector Sanitario:

- Hospital Provincial Ntra. Sra. De Gracia de Zaragoza: Concepción Blasco Gimeno
- Hospital Ernest Lluch de Calatayud: Daniel Gracia Cólera
- Hospital San Jorge de Huesca: María Guarga Montori
- Hospital de Barbastro: Marta Benito Vielba
- Hospital Obispo Polanco de Teruel: Vicente Spinozo Cruz
- Hospital de Alcañiz: Beatriz Vicente López
- Hospital de la Defensa: Pilar De La Cueva Barrao

Representantes de Atención Primaria:

- M^a José García Montañés. Médico del Equipo de atención Primaria Puerta del Carmen. Zaragoza
- Raquel Luque Carro. Matrona. Sector Zaragoza I

Representantes de la Asociación de Afectadas de Endometriosis:

- Doña Agnès Dewulf
- Doña Beatriz Valbuena Martínez

TABLA DE ABREVIATURAS

| |
|--|
| ACMA: Asociación Científica de Matronas de Aragón |
| ADENA: Asociación de Afectadas de Endometriosis de Aragón |
| AGOA: Asociación de Ginecología y Obstetricia de Aragón |
| AHC: anticonceptivos hormonales combinados |
| AINES: antiinflamatorios no esteroideos |
| COX-2: ciclooxigenasa 2 |
| DIU-LNG: Dispositivo intrauterino de Levonorgestrel |
| DMF: Dolor miofascial |
| EHP: Endometriosis Health Profile |
| ESHRE: Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología |
| EVA: Escala Analógica Visual |
| FIV: Fertilización in Vitro. |
| <i>GEEA: Grupo de la Estrategia de Endometriosis de Aragón</i> |
| GnRH: Hormona liberadora de gonadotropina |
| HCE: historia clínica electrónica |
| HCU: Hospital Clínico Universitario |
| HIS: Sistema de Información Hospitalaria |
| HUMS: Hospital Universitario Miguel Servet |
| IA: Inhibidores de la Aromatasa |
| IU: Inseminación intrauterina |
| OMS: Organización Mundial de la Salud |
| RM: Resonancia Magnética |
| SAMFYC: Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria |
| SEF: Sociedad Española de Fertilidad |
| SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria |
| SEMG: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia |
| THM: terapia hormonal de la menopausia |

- ¹ Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
- ² Norinho P, Martins M, Ferreira H. A systematic review on the effects of endometriosis on sexuality and couple's relationship. *Facts Views Vis Obgyn* 2020 Oct 8;12(3):197-205.
- ³ Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol* 2019 Apr;220(4):354.e1-354.e12.
- ⁴ <https://innovation.ox.ac.uk/outcome-measures/endometriosis-health-profile-ehp/>
- ⁵ Guerriero S, Condous G, van den Bosch T, Valentin L, Leone F et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016 Sep;48(3):318-32.
- ⁶ Guerriero S, Saba L, Pascual MA, Ajossa S, Rodriguez I et al. Transvaginal ultrasound vs magnetic resonance imaging for diagnosing deep infiltrating endometriosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018 May;51(5):586-595.
- ⁷ Modelo de atención a las mujeres con endometriosis. Revisión sistemática de guías de práctica clínica 2020. https://www.aetsa.org/download/publicaciones/Endometriosis_DEF_NIPO.pdf
- ⁸ Rafique S, Decherney AH. Medical Management of Endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 2017 Sep;60(3):485-496.
- ⁹ Kho RM, Andres MP, Borrelli GM, Neto JS, Zanluchi A, Abrão MS. Surgical treatment of different types of endometriosis: Comparison of major society guidelines and preferred clinical algorithms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018 Aug;51:102-110.
- ¹⁰ Farella M, Tuech JJ, Bridoux V, Coget J, Chati R, Resch B, Marpeau L, Roman H. Surgical Management by Disk Excisión or Rectal Resection of Low Rectal Endometriosis and Risk of Low Anterior Resection Syndrome: A Retrospective Comparative Study. *J Minim Gynecol* 2021 Dec: 28(12):2013-2024.
- ¹¹ Cohen A, Almog B, Tulandi T. Sclerotherapy in the management of ovarian endometrioma: systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril* 2017 Jul;108(1):117-124.e5.
- ¹² Kim GH, Kim PH, Shin JH, Nam IC, Chu HH, Ko H. Ultrasound-guided sclerotherapy for the treatment of ovarian endometrioma: an updated systematic review and meta-analysis. *Eur Radiol* 2021 Sep 27.
- ¹³ <https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/manejoEndometriosis.pdf>
- ¹⁴ Gemmell LC, Webster KE, Kirtley S, Vincent K, Zondervan KT, Becker CM. The management of menopause in women with a history of endometriosis: a systematic review. *Human Reproduction Update*, Vol.23, 481–500, 2017
- ¹⁵ ESHRE Guideline Endometriosis 2022. <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline.aspx>
- ¹⁶ https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/
- ¹⁷ https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/11/opbe_endometriosis_aetsa.pdf

