

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENDOMETRIOSIS

ESTUDIO DESCRIPTIVO REALIZADO EN APROFAM 1992-1997

ALMA VERONICA CARDONA CORDERO

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	Página
I.- INTRODUCCION	1
II.- DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.- JUSTIFICACION	3
IV.- OBJETIVOS	4
V.- REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI.- METODOLOGIA	18
VII.- ETICA DE LA INVESTIGACION	24
VIII.- PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS	24
IX.- EJECUCION DE LA INVESTIGACION	24
X.- PRESENTACION DE RESULTADOS	25
XI.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	37
XII.- CONCLUSIONES	38
XIII.- RECOMENDACIONES	39
XIV.- RESUMEN	40
XV.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
XVI.- ANEXOS	43

INTRODUCCION

La endometriosis es una enfermedad donde el tejido endometrial está en una posición ectópica, afectando aproximadamente un 8% de la población femenina, incrementándose a un 40 - 70% de mujeres en las que no se encuentra otra causa de infertilidad.

En Guatemala, específicamente en APROFAM, no se conocía el perfil epidemiológico de las pacientes que son diagnosticadas con endometriosis, hasta el desarrollo del presente estudio. Además se determinó que el grupo de edad en que se encuentran dichas pacientes es el de 26 a 35 años, son casadas, amas de casa, residentes en el área urbana, ladinas, un 67% con historia de padecer infertilidad de 5 años o menos de duración.

Es más, se pensó al inicio del mismo que en muchas ocasiones las pacientes son asintomáticas y por tal razón no consultan sino hasta que presentan problemas para poder concebir, lamentablemente a veces es demasiado tarde y no es mucho lo que se puede ofrecer para solucionar el problema.

Entre los hallazgos importantes de este estudio podemos mencionar que la mayoría de pacientes a quienes se diagnosticó endometriosis su principal motivo de consulta se atribuye a infertilidad, a pesar de presentar concomitantemente otra sintomatología (ejemplo: dolor pélvico, el que puede llegar a considerarlo normal el padecerlo).

Lo anterior evidencia una total falta de educación en salud por parte de la mujer, aún en este grupo selecto de pacientes que consultan a las Clínicas de APROFAM. Lo cual no es más que reflejo de la discriminación, subordinación que padece la Mujer en Guatemala.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La endometriosis es una de las tantas causas de infertilidad en la mujer, en donde el tejido endometrial está en una posición ectópica, afectando aproximadamente un 8 % de la población femenina, incrementándose a un 40-70 % en mujeres en las que no se encuentra alguna otra causa de infertilidad. (10)

Hay que considerar que existen factores que contribuyen al desarrollo de la endometriosis, por tal razón es de suma importancia tomar en cuenta todos los síntomas con los que la paciente se presenta a nuestra clínica, así como los antecedentes ya que son la base del diagnóstico y terapéutica correcta.

El mejoramiento del acceso a los métodos diagnósticos en APROFAM, ha permitido detectar mas casos de endometriosis (170 casos). Esto es muy importante, sin embargo lo más relevante de esta situación es que el pronóstico de la enfermedad en sí es malo, y se incrementa de acuerdo al estado en el cual fue diagnosticado.

Si se analiza lo anterior se observa que el tratamiento proporcionado es 100% curativo, y esto es grave cuando el estadio en que se encuentra la enfermedad está avanzado, porque la mujer puede quedar infertil. Esto puede atribuirse a que en nuestro medio no se conocen las características (perfil epidemiológico) de las pacientes con endometriosis, y de las que estan en riesgo de padecerlo.

En APROFAM no existen datos de la epidemiología de la endometriosis, por lo que siempre hay que remitirse a bibliografía extranjera para obtenerlos, por eso surgió la inquietud de obtener datos fidedignos en nuestro medio, ya que es un problema bastante frecuente.

El presente estudio se realizó en la Clínica de la Mujer, APROFAM en pacientes con diagnóstico de endometriosis de los años 1992 a 1997, así como en un grupo control que consultó por causas varias dentro de la misma institución.

III. JUSTIFICACION

La endometriosis es una de las principales causas de infertilidad en un 15 a 25%. Es por esto que es de suma importancia el conocer cada uno de los síntomas y signos que esta enfermedad presenta, ya que muchas veces estos van directamente relacionados con la severidad de la misma. (15)

En muchas ocasiones las pacientes son asintomáticas, y por tal razón no consultan sino hasta que presentan problemas para poder concebir, lamentablemente a veces es demasiado tarde y no es mucho lo que se puede ofrecer para solucionar el problema.

Este estudio se realizó debido a que en APROFAM no se tiene una información concreta de cual es el perfil epidemiológico de las pacientes con endometriosis, es decir no se conocen las características de la paciente guatemalteca que la padece, entiendase grupo de edad, estado civil, etnia, ocupación, origen, paridad, etc. y por lo tanto no se puede hacer la comparación con lo que reporta la literatura extranjera para saber con certeza si se comporta como esta lo refiere o tiene un comportamiento distinto.

Al tener datos de la epidemiología en la institución, de la endometriosis, se pueden manejar a las pacientes de una manera mas correcta sabiendo exactamente la sintomatología y factores asociados que presenta la mujer guatemalteca.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

Establecer el perfil epidemiológico de las pacientes con diagnóstico de endometriosis, en los años 1992-1997 en la Clínica de la Mujer APROFAM.

ESPECIFICOS

- Establecer si existe relación o similitud entre el perfil epidemiológico de las pacientes con endometriosis en nuestro medio y lo referido en la literatura.
- Establecer el comportamiento de la endometriosis en nuestro medio.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

EMBRIOLOGIA Y ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

EMBRIOLOGIA

El sexo genético de un embrión se determina en el momento de la fecundación por el tipo de esperma que fecunda al óvulo, pero no es sino hasta la séptima semana de vida intrauterina cuando se presentan los indicios morfológicos del sexo, cuando las gónadas comienzan a adquirir características sexuales.

La primera manifestación de la formación de una gónada aparece sobre la superficie ventral del riñón embrionario entre el VIII segmento dorsal y el IV segmento lumbar a las 4 semanas de vida. El epitelio celómico se encuentra engrosado y se forman grupos de células que reciben el nombre de células germinales primordiales.

En los embriones femeninos, los conductos mesonéfricos se atrofian y los conductos paramesonéfricos se desarrollan en el conducto genital femenino. Las porciones craneales sin fusionar de los conductos paramesonéfricos devienen en las trompas uterinas o de Falopio, mientras que las porciones fusionadas que constituyen el canal o primordio uterovaginal originan el epitelio y las glándulas del útero. El estroma endometrial y el miometrio se derivan del mesénquima adyacente.

El cuerpo y el cuello provienen de la fusión del segmento caudal de los conductos de Müller. La musculatura empieza a formarse en el cuarto mes de la gestación, antes que los conductores se fusionen.

ANATOMIA

Ovarios

Los dos ovarios, derecho e izquierdo, están situados en las caras laterales de la excavación pélvica y descansan en una foseta peritoneal llamada foseta ovárica.

Son de color rosa pálido en la niña y rosa más oscuro en la mujer adulta; constan de tejido glandular y conjuntivo, vasos y nervios. Cada ovario pesa de 5 a 8 gr. aproximadamente en la mujer adulta.

Trompa uterina

Se extiende de la superficie exterior del ovario al ángulo lateral del útero. Mide de 10 a 12 cms. de longitud. Se distinguen en ella 4 porciones que de adentro afuera son: la intersticial, el itsmo, la ampolla y el pabellón.

Útero

El útero o matriz es un órgano hueco destinado a contener el huevo fecundado durante su evolución y a expulsarlo cuando ha alcanzado su desarrollo completo.

Está situado en la parte media de la excavación pélvica, entre la vejiga y el recto. Tiene la forma de un cono truncado de base superior y vértice inferior.

Presenta en la unión de su tercio inferior con sus dos tercios superiores, un estrechamiento circular llamado itsmo, que lo divide en una parte superior llamada cuerpo y una parte inferior llamada cuello.

El útero de la nulípara mide 7 cms. y en la múltipara su longitud es de 8 cms.

Peritoneo

El peritoneo es una membrana serosa que reviste paredes de la cavidad abdominal y envuelve áreas variables de las vísceras.

~~El útero y las trompas están~~ cubiertos por el peritoneo visceral; el que reviste al útero se llama perimetrio. La cara posterior del útero se encuentra totalmente tapizada por el peritoneo, que hacia abajo llega hasta la inserción de la vagina para ascender nuevamente hacia atrás, recubriendo al recto. De esta manera la serosa forma entre el recto y el útero una depresión, que es el saco de Douglas.

Las trompas también están revestidas por peritoneo, con excepción de la porción intersticial.

El ovario es el único órgano intraperitoneal que no esté revestido por el peritoneo; éste se detiene a nivel del hilio ovárico en una línea blanca denominada Waldeyer-Farré.

HISTOLOGIA DEL ENDOMETRIO

Para propósitos de morfología el endometrio se divide en dos regiones:

1. La mucosa del itsmo o segmento inferior de útero, la cual no responde cíclicamente al estímulo hormonal y es una mucosa de transición entre el endocérnix y el endometrio.

2. El endometrio del cuerpo y fondo uterinos, que es un endometrio funcional con receptores hormonales que le permiten responder a los estímulos. El endometrio del cuerpo y fondo uterinos presenta dos zonas bien definidas:

- a. La capa basal, con glándulas tubulares adyacentes al miometrio. Esta capa siempre presenta apariencia "Tipo proliferativo" porque no cambia cíclicamente y constituye la capa de reserva del endometrio.
- b. La capa funcional que presenta dos estratos: el compacto y el esponjoso, debido a su apariencia histológica durante la fase secretoria final y durante el embarazo. El estrato compacto responde a la porción superficial de la mucosa que incluye el cuello de las glándulas y el epitelio superficial. Debe notarse que el epitelio superficial del endometrio no presenta variaciones celulares características en la fase secretora. El estrato esponjoso ocupa la mayor parte del espesor del endometrio y es el que acciona intensamente a los estímulos hormonales. Presenta una vascularización bien desarrollada.

Si la capa funcional se pierde durante la menstruación o por legrado, la porción funcional profunda y la capa basal son responsables de la regeneración del endometrio.

La vascularización del endometrio está compuesta por las arterias basales en la porción profunda de la mucosa y cuya estructura no varía con los cambios cíclicos. Las arterias espirales ocupan la capa funcional. Estas arterias son pequeñas y con el desarrollo de la etapa secretora crecen en forma espiral con digitaciones y llegan hasta la superficie endometrial. En la época de la menstruación presentan cambios de hialinización y alteración de las fibras elásticas de la pared vascular.

Las células que componen el endometrio se dividen en:

1. El epitelio: superficial y glandular.
 - a) Célula basal o de tipo proliferativo.
 - b) Célula secretora
 - c) Célula ciliada, más prominente en la superficie del ítemo y durante la fase proliferativa.
2. El estroma: tejido de sostén de las glándulas compuesto por:
 - a) Célula estromal, alargada en fase proliferativa, presentando fenómeno de predecidualización en fase secretora y de decidualización en el embarazo.
 - b) Granulocito estromal, prominente en la fase secretora tardía y que presenta gránulos eosinófilos en el citoplasma.

ENDOMETRIOSIS

CONCEPTO Y LOCALIZACION

La endometriosis se define como la patología en la cual el tejido endometrial incluyendo las glándulas endometriales y el estroma (células que componen el endometrio) se encuentran en una posición ectópica. Esto significa que el tejido endometrial puede ser encontrado fuera del útero, usualmente en la pelvis. Puede haber endometriosis en muchos sitios como ovarios, ligamentos uterinos (redondos, anchos, uterosacros), tabique rectovaginal, peritoneo pélvico, apéndice, intestinos, vejiga y otras superficies peritoneales. (10), (18)

La localización de los implantes, la profundidad con la que penetra el tejido, y su tamaño contribuyen a la naturaleza única de esta enfermedad.

INCIDENCIA

Generalmente la incidencia para endometriosis es de 12 a 15%. El 75% de las pacientes con endometriosis tiene entre 25 y 45 años, aunque ésta no es rara en adolescentes y mujeres jóvenes. (15).

Sin embargo era usual que se enseñara que la endometriosis era una enfermedad de pacientes blancas, delgadas, de altos recursos económicos, sin hijos, mujeres mayores, se sabe ahora que la endometriosis puede afectar a cualquier mujer sin distinción de edad raza.

HISTOGENESIS

El mecanismo de la producción de endometriosis todavía se desconoce y el origen de las células endometriales aberrantes aún es controvertido. Existen varias teorías para la histogenesis de la endometriosis entre las que encontramos:

- Regurgitación transtubaria o menstruación retrógrada
- Implantación directa de células endometriales
- Metaplasia del epitelio celómico
- Diseminación linfática
- Diseminación hematógena
- Activación de restos celulares embrionarios
- Activación de restos de los conductos de Wolff
- Metaplasia del urotelio
- Factor hereditario
- Factor inmunológico

Las principales son:

1. La teoría de la implantación directa o de Sampson, la cual sugiere que las células endometriales se implantan directamente por regurgitación transtubaria del flujo menstrual y partículas endometriales en el momento de la menstruación, con crecimiento subsecuente dentro de la pelvis.

2. La teoría de la metaplasia celómica, propone que algunas células multipotenciales son estimuladas para diferenciarse en endometriosis en cualquier tejido con epitelio celómico.
3. La teoría de la diseminación vascular, que sugiere que las células endometriales penetran en la vasculatura uterina o en los vasos linfáticos durante la menstruación y son llevadas hasta localizaciones distantes.
4. La teoría congénita, propone que en el embrión las células que van a formar el útero salen antes de que éste se cierre. El sobrante de éstas células es encontrado generalmente en el cordoncillo celómico y están presentes en el nacimiento. (15), (18)

PATOLOGIA

Las características macroscópicas de la endometriosis son muy variables. Al abrir el abdomen, el cirujano puede encontrar una pequeña masa adherente en uno o ambos lados de las pelvis, generalmente en la superficie posterior del útero en su porción inferior. Al liberar estas adherencias para girar los anexos en el campo, la aparición de un líquido oscuro y herrumbroso debe despertar la sospecha de endometriosis. Al examinar los ovarios podemos encontrar quistes chocolatosos, llamados endometriomas que son secreciones sanguinolentas que tienen un material viscoso entre negro y café, debido a que se pierde la irrigación central del ovario. La trompa de falopio suele ser normal, con fimbria permeable, aunque puede encontrarse rodeada de adherencias peritoneales con varias zonas hemorrágicas de color azul oscuro en uno o ambos ligamentos uterosacros.

En la pelvis podemos encontrar áreas difusas café-amarillentas de tejido descolorado por deposiciones de hemosiderina. En peritoneo lesiones circumscritas de color azul, morado o negro, de aproximadamente 1-5 mm, también discretas cicatrices las cuales en su área central tienen apariencia arrugada y líneas radiadas. (10), (18)

La confirmación histológica por medio de una biopsia es segura para diagnosticar endometriosis, sin embargo no es siempre necesaria, porque los patólogos requieren tanto de las glándulas endometriales como el estroma para confirmarlo, por lo tanto como

los dos elementos no siempre son reconocibles, las biopsias no siempre hacen confiable el diagnóstico. (10)

CUADRO CLINICO

El diagnóstico clínico de la endometriosis en una mujer de 30 años, infertil, que refiere incremento de la dismenorrea y apareamiento reciente de dispareunia raramente se perderá. Sin embargo un tercio de las mujeres con endometriosis activa no se les hace diagnóstico y un tercio de las mujeres con endometriosis son asintomáticas, aún cuando la infertilidad está incluida como un síntoma.

El síntoma más común es el dolor, pero entre todos los síntomas podemos encontrar: dismenorrea, dolor pélvico fuera del período menstrual, dolor de espalda, dispareunia, movimientos intestinales dolorosos, fatiga, edema, estreñimiento, diarrea durante la menstruación, dolor con el ejercicio, exámenes pélvicos dolorosos, micción dolorosa y frecuente, infertilidad. (16), (18)

En endometriosis un 33% de las mujeres son asintomáticas, un 70% presentan infertilidad, un 66% presentan dismenorrea, un 33% dispareunia y un 12% ciclos irregulares. (10)

Los posibles mecanismos por los cuales la endometriosis produce infertilidad son:

- Adherencias y cicatrización
- Alteración de la movilidad tubaria
- Distorsión de la relación tuboovárica
- Epitelio tubario anormal
- Salpingitis crónica
- Cambios en el líquido peritoneal
- Aumento de prostaglandinas en el líquido peritoneal
- Incremento en el # de macrófagos del líquido peritoneal
- Elevación de la fagocitosis de espermatozoides
- Lesión de los gametos mediada por células
- Disfunción en la ovulación
- Síndrome del folículo luteinizado no roto
- Funcionamiento anormal del cuerpo lúteo
- Irregularidades menstruales
- Fenómenos autoinmunológicos

- Hiperprolactinemia
- Disminución en la función del activador de plasminógeno
- Aumento en la tasa de abortos espontáneos

DIAGNOSTICO

La única manera 100% segura de diagnosticar endometriosis, es ver en el microscopio las glándulas y el estroma. racticamente hablando, esto significa que hay que obtener tejido endometrial, durante una cirugía pélvica para un examen microscópico.

Pero que pasa si no ha habido cirugía, o que la paciente es una joven adolescente que apenas acaba de iniciar sus ciclos menstruales. En los estadios tempranos de la enfermedad, una cuidadosa y completa historia clínica puede ser lo más importante para el diagnóstico adecuado. Cuando la enfermedad va progresando pueden surgir evidencias físicas que el médico puede reconocer.

El ultrasonido, la tomografía tienen información limitada acerca de los quistes, pero no todas las mujeres con endometriosis tienen quistes, y no todos los quistes son endometriosis. El marcador tumoral CA 125, que es un antígeno de membrana celular producido por el epitelio celómico no es buen indicador de endometriosis. (18)

CLASIFICACION

El paso que por lo general es omitido en el diagnóstico es una descripción cuidadosa de la pelvis que es la que permite la estadificación exacta de la enfermedad. La clasificación aprobada en 1980 por La Asociación Americana de Fertilidad tiene útiles características. Primero, muestra un despliegue ilustrado de los hallazgos. El valor de un diagrama pélvico llenado cuidadosamente, no puede ser subestimado. Esta clasificación indica como la localización del problema, el tamaño y extensión de la lesión, y la formación de adherencias empeoran el pronóstico. El sistema de calificación es arbitrario y difícil de manejar pero es útil para el análisis de datos comparativo. También ayuda a la paciente cuando es referida con otro médico para su manejo. (Ver gráfica 1). (10), (18)

La clasificación de Acosta y colaboradores ha sido bastante útil y es la siguiente:

ENDOMETRIOSIS		< 1 cm	1-3 cm	> 3 cm
	Superficial	1	2	4
	Profunda	2	4	6
	D Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
	I Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
Obstrucción del fondo de saco posterior		Parcial		Completa
		4		40
ADHERENCIAS		* < 1/3	1/3 2/3	> 2/3
	D Laxas	1	2	4
	Densas	4	8	16
	I Laxas	1	2	4
	Densas	4	8	16
	D Laxas	1	2	4
	Densas	4	8	16
	I Laxas	1	2	4
	Densas	4	8	16

* Afección de

TRATAMIENTO

La terapia para la endometriosis debe ser orientada al paciente según su edad, síntomas, perspectivas de embarazo y extensión de la enfermedad.

El tratamiento puede ser clasificado en cuatro categorías:

- Observación
- Embarazo
- Supresión médica
- Cirugía

Observación

Una mujer y su médico pueden escoger observar la endometriosis sin tratamiento. Esto puede ocurrir cuando el diagnóstico de endometriosis es primero considerado. Antes de iniciar un tratamiento agresivo una posición de observación "esperar y ver" puede ser útil para ver si los síntomas ceden por si mismos. Atención de cerca a los síntomas y frecuentes exámenes por el médico con bastante experiencia con endometriosis llevarán al tratamiento adecuado en el tiempo adecuado.

Las mujeres asintomáticas con endometriosis mínima o leve pueden concebir sin tratamiento. La observación es más lógica cuando la duración de infertilidad es menor de 3 años y la edad de la mujer es menor de 30 años. Después de 6 ciclos de observación el juicio de este enfoque tiene que ser reconsiderado; después de 12 ciclos sin concebir o con evidencia de que la enfermedad a progresado el tratamiento está recomendado.

La observación no es una buena opción cuando los síntomas son significativos y el examen pélvico muestra cambios progresivos.

Embarazo

El embarazo figura como uno de los mitos alrededor de la endometriosis. A muchas mujeres se les dice "usted no se puede embarazar si tiene endometriosis", así como "si usted se embaraza se curará de endometriosis". Ninguna de las dos aseveraciones es cierta.

Primero que todo, la endometriosis es una enfermedad de mujeres fértiles. Muchas mujeres con endometriosis que quieren tener hijos los tienen.

Segundo, el embarazo no es la cura de endometriosis. Lo que ocurre es que en el embarazo la ovulación para. Los implantes endometriosis generalmente se vuelven menos activos, y se pueden hacer mas pequeños y menos dolorosos. Estos parecen ser los resultados de los cambios hormonales que el embarazo trae. Estos incluyen niveles altos de progesterona, presencia de gonadotropina coriónica humana (HCG) y prolactina. Cuando la menstruación para muchas mujeres con endometriosis se sienten mucho mejor mientras están embarazadas.

Además un enorme impacto psicológico ocurre. El embarazo es algo normal y saludable que ocurre en el cuerpo de la mujer. Una mujer que ha sufrido de endometriosis y luego concibe se siente finalmente como otra mujer. Es una experiencia positiva y liberadora.

Supresión médica

Esta manera de tratamiento puede traer una mejora en los síntomas de muchas mujeres. Claramente, no hace que la enfermedad desaparezca. Las drogas pueden ser usadas para afectar la cantidad de estimulación estrogénica que los implantes de endometriosis reciben. Teóricamente entre menor estimulación el tejido recibe, la actividad celular es menor en los implantes. Esto hace mas lento el rango de progresión y la cantidad del daño local. Pero el precio que se paga, los efectos colaterales de el medicamento, los costos de las drogas, y el factor de que la endometriosis todavía esta presente.

Pseudoembarazo, esto se puede lograr por la administración continua de disis con incremento de anticonceptivos orales (ACOS), para hacer un efecto de 9 meses de amenorrea. Estos ofrecen una baja dosis combinada de estrógenos y progesterona para prevenir la ovulación. La ovulación es difícil para muchas mujeres con endometriosis, y esto es muy positivo para los ACOS. También las mujeres que continúan en las píldoras reducen su flujo menstrual y dismenorrea. Los efectos colaterales son relativamente mínimos para muchas mujeres y los costos no son muy altos.

La progesterona es usualmente dada en depósitos de larga duración vía parenteral (depo-provera). La progesterona también puede prevenir la ovulación y reducir los niveles circulantes de estrógenos. Los efectos colaterales incluyen: sangrado irregular, edema, aumento de peso, etc. El costo es razonable. Hay que tener sumo cuidado con depo-provera ya que cierto porcentaje de mujeres a las cuales se les administra nunca vuelven a ovular, por lo que no es una buena opción para mujeres que quieren embarazarse de nuevo.

La testosterona es un potente estímulo atrófico local para la endometriosis. La metiltestosterona oral a 5 mg. diarios da excelentes resultados en el mejoramiento de los síntomas, y usualmente no suprime la ovulación. Sin embargo el índice de embarazo no es mejor que el encontrado en el tratamiento de pseudoembarazo. Aproximadamente 10% de las mujeres experimentan un defeminización (acné, hirsutismo), y si las drogas continúan administrándose en el principio del embarazo puede ocurrir masculinización de un feto femenino lo cual significa un gran riesgo.

Análogos de GNRH (Synarel, Lupron, Zoladex y Danocrina) son drogas que virtualmente paran toda la actividad del ovario (producción hormonal y ovulación). Los resultados son similares a la menopausia, con algunas diferencias en los niveles de FSH y LH. Esta clase de drogas son efectivas en la reducción de la actividad de los implantes de endometriosis, pero son extremadamente caros. También causan muchos efectos colaterales como calores, palpitaciones, cefaleas, trastornos del sueño, sequedad vaginal, depresión, disminución de la libido, desmineralización de los huesos, ganancia de peso y cambios del estado de ánimo. Estas drogas no curan la endometriosis, y no deberían prescribirse solo en circunstancias específicas.

Los AINES por lo general mejoran la dismenorrea. Pero no hay evidencia de que esta clase de droga promueva la regresión de la endometriosis activa y/o mejore la fertilidad.

Cirugía

El abordaje quirúrgico de la endometriosis puede dividirse en 4 niveles: diagnóstica, muy conservativa, agresiva-conservativa y radical.

DIAGNOSTICA

La cirugía diagnóstica tiene como máxima prioridad el diagnóstico. Ningún intento es necesario hacer para tratar cualquier problema que es encontrado. Hay muchas pacientes que creen que su cirugía previa fue una pérdida, cuando en realidad lo que el cirujano deseaba era hacer un diagnóstico sin tratamiento.

MUY CONSERVATIVA

Esta cirugía es en la cual el cirujano, puede tratar problemas fácilmente tratables, obvios o extensos. Por ejemplo un endometrioma con secreción puede ser drenado. Los médicos que creen que la endometriosis nunca puede ser controlada y siempre recidivará por lo general hacen este tipo de cirugía.

AGRESIVA CONSERVATIVA

Esta cirugía remueve el problema pero preservando todos los órganos. El énfasis en remover las áreas con endometriosis y posible endometriosis es mantener la fertilidad. Cuando la endometriosis es moderada/severa con formación de endometrioma y adherencias densas pueden deformar la anatomía normal, este tipo de cirugía es de elección. Las ventajas de la cirugía incluyen definitivamente el tratamiento sin recidiva por arriba de 6 meses, total corrección tanto de distorsiones anatómicas, como del problema activo y también da la oportunidad de hacer terapias conjuntas como es una suspensión uterina o una neurectomía presacra solo si es en mujeres con sintomatología recurrente.

La cauterización laparoscópica se utiliza cuando los implantes de endometrio se encuentran en ligamento uterosacro, el cervix, o en el fondo uterino, dando muy buen resultado. En la actualidad se hace laparoscopia terapéutica con vaporización laser de dióxido de carbono, argon y neodymium YAG la cual es de mucha utilidad y buen pronóstico para la paciente.

CIRUGIA RADICAL

En esta cirugía se remueven los órganos reproductivos de la mujer. Ciertamente hay mujeres que se benefician con este abordaje, pero la mayoría de ellas no necesitan medidas tan drásticas para aliviar el dolor. Hay que tomar en cuenta que si la mujer quiere embarazarse esta opción tiene que descartarse por completo. (8), (10), (18).

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

B. UNIVERSO

Todas las pacientes con diagnóstico de endometriosis desde hace 5 años en Clínica de APROFAM y el grupo control que son pacientes que consultaron por diferentes causas a este mismo centro, a quienes también se les realizó laparoscopia.

C. AREA DE ESTUDIO

Clínica de la Mujer, APROFAM en la zona 1 de la ciudad capital.

D. CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes con diagnóstico de endometriosis, sin importar el rango de edad
- Historias clínicas de las pacientes completas.
- Todas las historias clínicas que estén comprendidas entre los años 1992-1997.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes con diagnóstico de endometriosis con historias clínicas incompletas.

F. RECURSOS

1. MATERIALES

- a) Historias clínicas
- b) Informática APROFAM
- c) Boleta de recolección de datos
- d) Material bibliográfico

2. FISICOS

- a) Clínica de salud reproductiva APROFAM
- b) Archivo APROFAM

3. HUMANOS—

- a) Investigador
- b) Colaborador
- c) Personal de archivo
- d) Personal de informática

VARIABLES

SEGUN ESCALA DE MEDICION

VARIABLES NOMINALES	VARIABLES NUMERICAS
- Estado civil - Religión - Etnia - Ocupación - Uso de anticonceptivos - Síntomas - Factores de infertilidad asociados - Antecedentes	- Edad - Escolaridad - Gestas - Partos - Hijos vivos - Tiempo de infertilidad

1. EDAD

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona.

Definición operacional: Edad de la paciente.

Unidad de medida: 15-20, 20-25, 25-30, 30-35, 35-40, 40-45.

2. ESTADO CIVIL

Definición conceptual: Condición en la que se encuentra determinado sujeto con respecto a su libertad de elección material.

Definición operacional: Estado civil de las pacientes.
Unidad de medida: 1. casada 2. soltera 3. unida 4. divorciada
5. viuda

3. RELIGION

Definición conceptual: Culto, creencia o devoción de una persona.
Definición operacional: Religión de la paciente.
Unidad de medida: 1. católica 2. evangélica 3. otra

4. ETNIA

Definición conceptual: Agrupación natural de individuos que tienen la misma cultura.
Definición operacional: Etnia de las pacientes.
Unidad de medida: 1. Ladina 2. Maya/Indígena

5. ESCOLARIDAD

Definición conceptual: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento determinado.
Definición operacional: Grado de educación que la persona cursó al momento de consulta.
Unidad de medida: Respuesta abierta.

6. OCUPACION

Definición conceptual: Acción de ocuparse en algo. Profesión.
Definición operacional: A lo que se dedica la paciente.
Unidad de medida: Respuesta abierta.

7. ANTECEDENTES

Definición conceptual: Hecho anterior que sirve para juzgar otros posteriores.
Definición operacional: Antecedentes médicos de las pacientes.
Se tomarán en cuenta alergias, diabetes, tuberculosis, enfermedades inmunológicas, ETS, infertilidad primaria, infertilidad secundaria, tiempo de infertilidad.
Unidad de medida: 1. si 2. no

8. GESTAS

Definición conceptual: Embarazos de una mujer, aunque no lleguen a término.
Definición operacional: Número de embarazos.
Unidad de medida: Respuesta abierta.

9. PARTOS

Definición conceptual: Momento de nacimiento del niño.
Definición operacional: Número de partos de la paciente.
Unidad de medida: Respuesta abierta.

10. HIJOS VIVOS

Definición conceptual: Número de hijos que sobreviven al momento del parto.
Definición operacional: Número de hijos vivos que tiene la paciente.
Unidad de medida: Respuesta abierta.

11. ANTICONCEPTIVOS

Definición conceptual: Medicamento que se usa para inhibir la ovulación.
Definición operacional: Uso de contraceptivos por la paciente, tomando en cuenta el tipo a usar.
Unidad de medida: 1. si 2. no

12. SINTOMAS

Definición conceptual: Índice subjetivo de una enfermedad o cambio de estado tal como lo percibe el paciente.
Definición operacional: Se toman en cuenta los siguientes síntomas: dolor menstrual, dolor pélvico, dolor en abdomen bajo y lumbar, dispareunia, opresión en abdomen bajo y pelvis, manchado intermenstrual, estreñimiento, calambres menstruales severos, dolor de espalda, dolor al movimiento de intestinos, fatiga, hinchazón, diarrea los días de menstruación, dolor con ejercicio, dolor al examen pélvico, dolor y micción frecuente.
Unidad de medida: 1. si 2. no

13. FACTORES DE INFERTILIDAD ASOCIADOS OBSERVADOS POR LAPAROSCOPIA

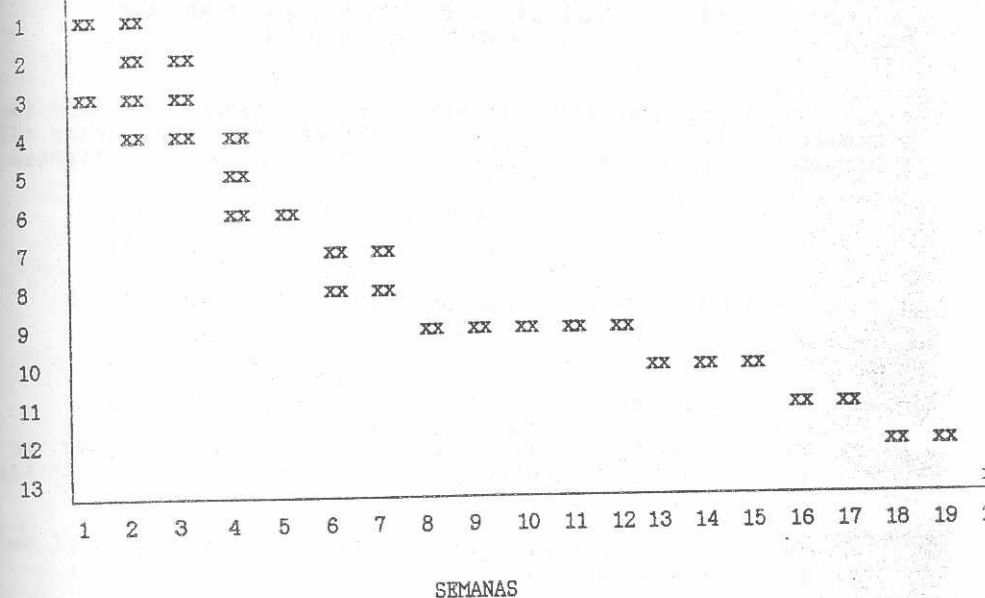
Definición conceptual: Factores físicos que predisponen a una paciente a padecer de infertilidad encontrados por laparoscopia.

Definición operacional: Se toman en cuenta adherencias, obstrucción de trompas, fibromas uterinos, ovarios poliquísticos, malformaciones

Escala de medición: 1. si 2. no

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



SEMANAS

ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del tema por la Unidad de Tesis.
6. Aprobación del proyecto por el Comité de Investigación de APROFAM
7. Aprobación del proyecto por la Coordinación de la Unidad de Tesis.
8. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
9. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
10. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas.
11. Análisis y discusión de resultados.
12. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
13. Presentación del informe final para correcciones.

VII. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Todos los datos recopilados en el presente estudio fueron mantenidos en forma confidencial. Se revisaron historias clínicas por lo que no representó ningún riesgo para las pacientes.

VIII. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS

- Se elaboró una boleta de recolección de datos.
- Se revisaron detalladamente los registros clínicos de las pacientes con diagnóstico de endometriosis en el tiempo estipulado por el estudio.
- Se revisó el archivo computarizado, para revisión de los datos de pacientes del grupo control.
- Cada dato obtenido de ambas fuentes, se registró adecuadamente en la boleta elaborada, verificando los datos antes de procesar la información.

IX. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

El presente estudio se realizó en la Clínica de Salud Reproductiva APROFAM. Los datos fueron recopilados personalmente por la investigadora. Toda la información fue ingresada al programa estadístico EPIINFO y con los resultados se efectuaron tablas y gráficas. Se realizaron conclusiones y recomendaciones.

X. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1
COMPARACION ENTRE PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS
Y GRUPO CONTROL POR GRUPO ETAREO

EDAD	CASOS		CONTROLES	
	FREC	%	FREC	%
15-25 a	12	19.3	25	20.6
26-35 a	39	62.9	81	66.9
36-45 a	11	17.7	15	12.4
T O T A L	62	100	121	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 2
COMPARACION ENTRE PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS
Y GRUPO CONTROL POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	CASOS		CONTROLES	
	FREC	%	FREC	%
Soltera	09	14.5	04	3.3
Casada	43	69.4	69	57.0
Unida	10	16.1	46	38.0
Divorciada	0	0	02	1.7
T O T A L	62	100	121	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 3
COMPARACION ENTRE PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS
Y GRUPO CONTROL POR ETNIA

ETNIA	CASOS		CONTROLES	
	FREC	%	FREC	%
Ladina	57	91.9	112	92.6
Indígena	5	8.1	9	7.4
TOTAL	62	100	121	100

Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 4
FRECUENCIA DE ENDOMETRIOSIS
POR LUGAR DE RESIDENCIA

LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Guatemala	52	83.9
El Progreso	2	3.2
Santa Rosa	1	1.6
Chiquimula	1	1.6
Zacapa	2	3.2
Izabal	1	1.6
Petén	1	1.6
Quezaltenango	1	1.6
Suchitepéquez	1	1.6
T O T A L	62	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 5
FRECUENCIA DE ENDOMETRIOSIS
POR OCUPACION

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	27	43.5
Cocinera	1	1.6
Comerciante	2	3.2
Conserje	1	1.6
Contadora	1	1.6
Dependiente	1	1.6
Ejecutiva	3	4.8
Enfermera	1	1.6
Estudiante	2	3.2
Maestra	4	6.5
Oficinista	1	1.6
Operadora de comp.	1	1.6
Operadora de maq.	1	1.6
Operaria	1	1.6
Recepcionista	1	1.6
Receptor-Pagador	1	1.6
Secretaria	12	19.4
T O T A L	62	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 6
MOTIVO DE CONSULTA MAS FRECUENTE
EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS

MOTIVO DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dolor pélvico	09	14.5
Infertilidad	53	85.5
T O T A L	62	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 7
MOTIVO DE CONSULTA POR TIPO DE
INFERTILIDAD EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS

TIPO DE INFERTILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infertilidad primaria	33	62.3
Infertilidad secundaria	20	37.7
T O T A L	53	100.0

Fuente: boleta de recolección de datos

CUADRO No. 8
TIEMPO DE INFERTILIDAD AL MOMENTO DE
CONSULTA EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS

TIEMPO DE INFERTILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12 a 36 meses (1-3 a)	18	33.9
37 a 60 meses (3-5 a)	18	33.9
60 a 84 meses (5-7 a)	7	13.2
84 y + meses (7 a y +)	10	18.9
T O T A L	53	100.0

Fuente: boleta de recolección de datos

CUADRO No. 9
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS EN PACIENTES
CON ENDOMETRIOSIS

ANTECEDENTES GINECOOBSTE- TRICOS						
	0	1	2	3	4	5
Gestas	34	18	6	2	1	0
Partos	42	15	4	0	0	0
Abortos	54	7	1	0	0	0
Ectópicos	61	0	1	0	0	0
Cesáreas	58	4	0	0	0	0
Legrados	53	7	1	1	0	0

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 10
SINTOMAS MAS FRECUENTES EN
PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS

S I N T O M A S	No. PACIENTES
Dolor menstrual	50
Dolor pélvico	52
Dolor en abdomen bajo y lumbar	39
Dispareunia	1
Opresión en abdomen bajo y pelvis	2
Manchado intermenstrual	3
Estreñimiento	1
Dolor de espalda	16
Fatiga	1
Edema	2
Diarrea los días de menstruación	1
Dolor al ejercicio	2
Dolor al examen pélvico	2

Fuente: boleta de recolección de datos

CUADRO No. 11
HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS DE LOCALIZACION
MAS FRECUENTE SEGUN LUGAR ANATOMICO DE FOCOS
DE ENDOMETRIOSIS

LOCALIZACION ANATOMICA	No. DE PACIENTES
Ovarios	19
Trompas de Falopio	3
Peritoneo	0
Utero	41
Intestinos	4
Ligamentos útero-sacros	26
Fosas ováricas	3
Vejiga	2

Fuente: boleta de recolección de datos

CUADRO No. 12
FACTORES DE INFERTILIDAD ASOCIADOS
OBSERVADOS POR LAPAROSCOPIA EN
PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS

FACTORES DE INFERTILIDAD ASOCIADOS	No. DE PACIENTES
Adherencias	41
Obstrucción de trompas	22
Fibromas uterinos	12
Ovarios poliquísticos	4
Malformaciones anatómicas	3
Líquido inflamatorio	3

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 13
PACIENTES POR OCUPACION
EN GRUPO CONTROL

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	105	86.8
Abogado	1	0.8
Empleada doméstica	1	0.8
Lava y plancha	2	1.6
Cultora de belleza	1	0.8
Dependiente	2	1.6
Tortillera	2	1.6
Enfermera	1	0.8
Mesera	1	0.8
Maestra	3	2.5
Operaria	2	1.6
T O T A L	121	100.0

Fuente: Base de datos APROFAM

CUADRO No. 14
PACIENTES POR LUGAR
DE RESIDENCIA EN GRUPO CONTROL

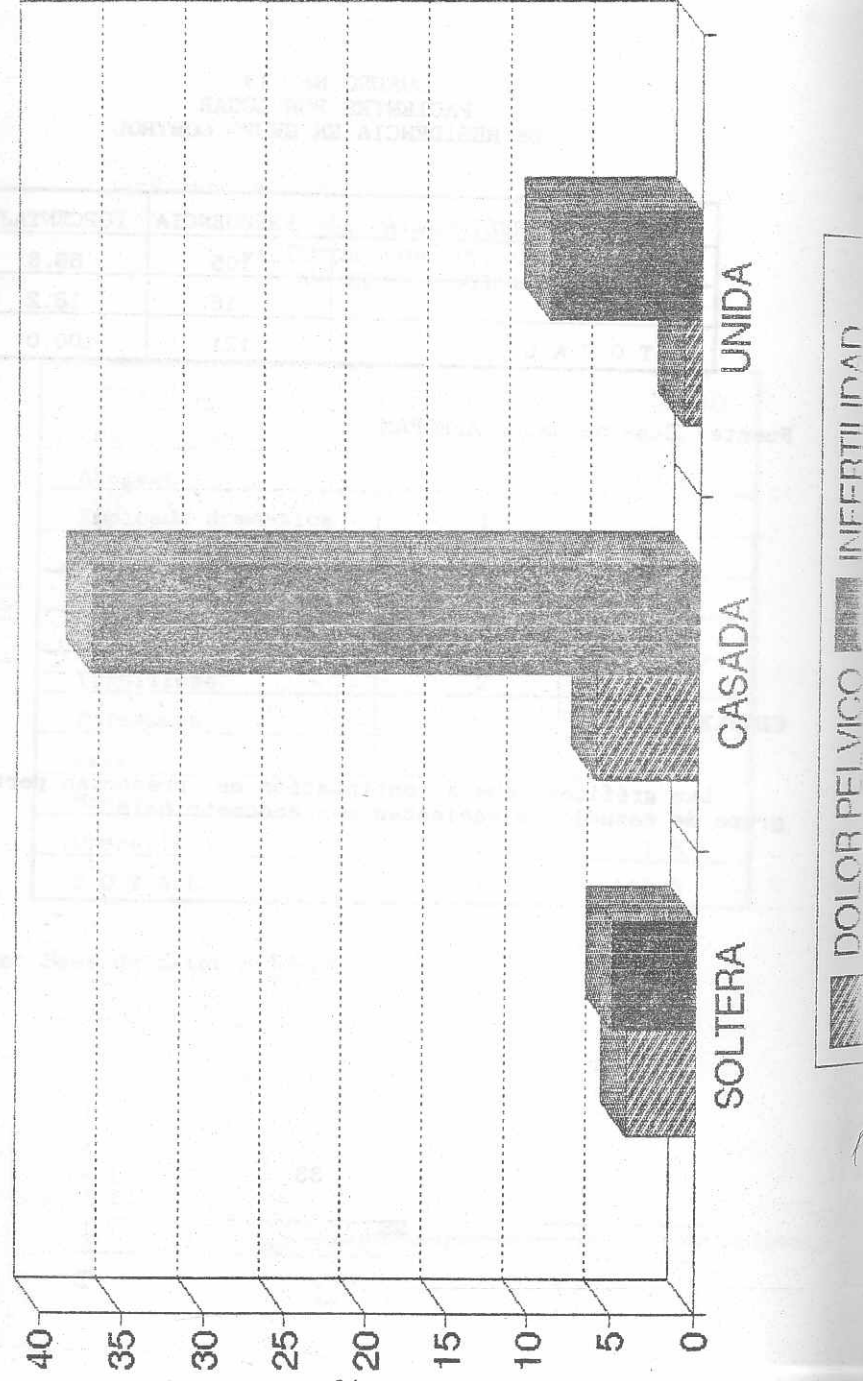
LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	105	86.8
Rural	16	13.2
T O T A L	121	100.0

Fuente: Base de datos APROFAM

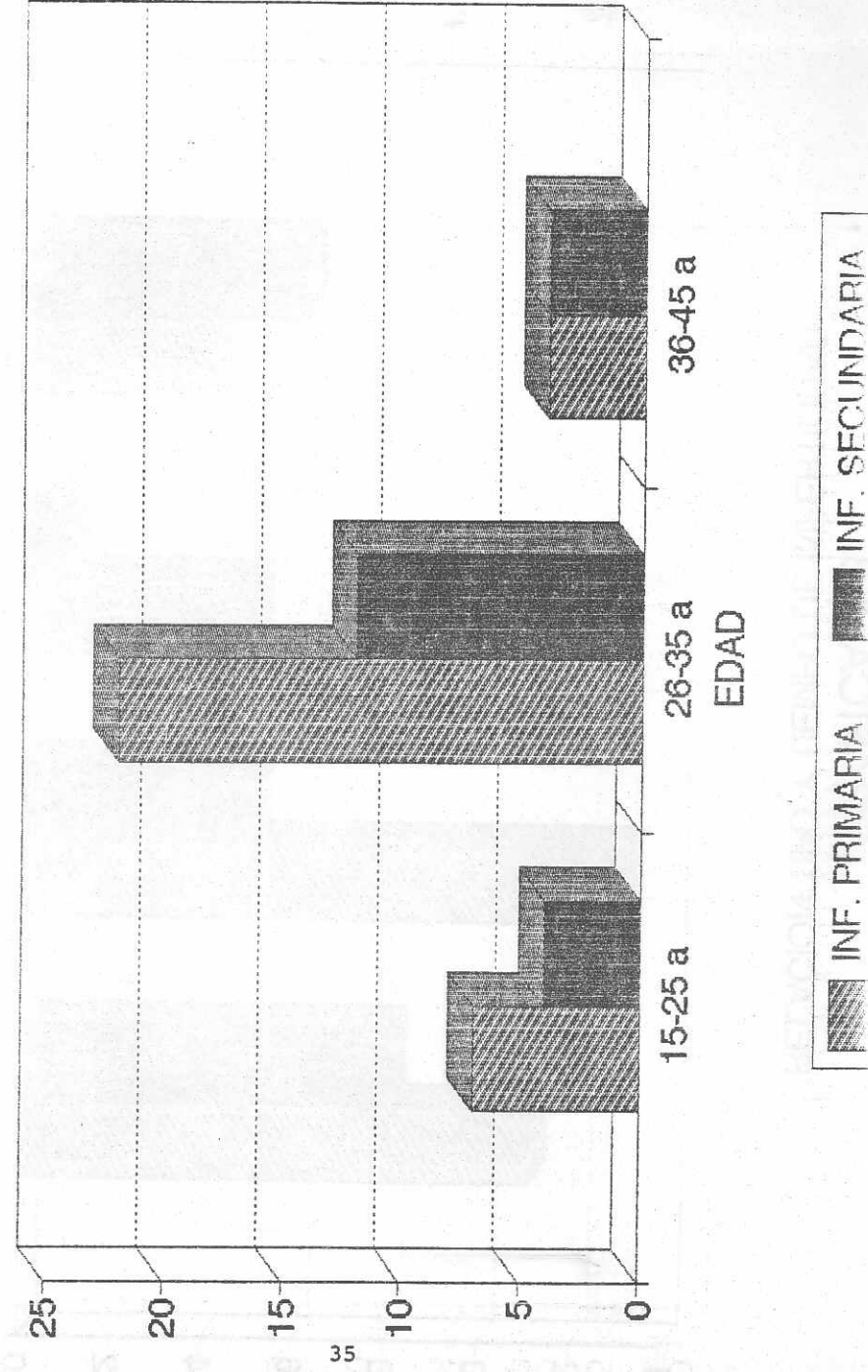
GRAFICAS

Las gráficas que a continuación se presentan pertenecen al grupo de estudio de pacientes con endometriosis.

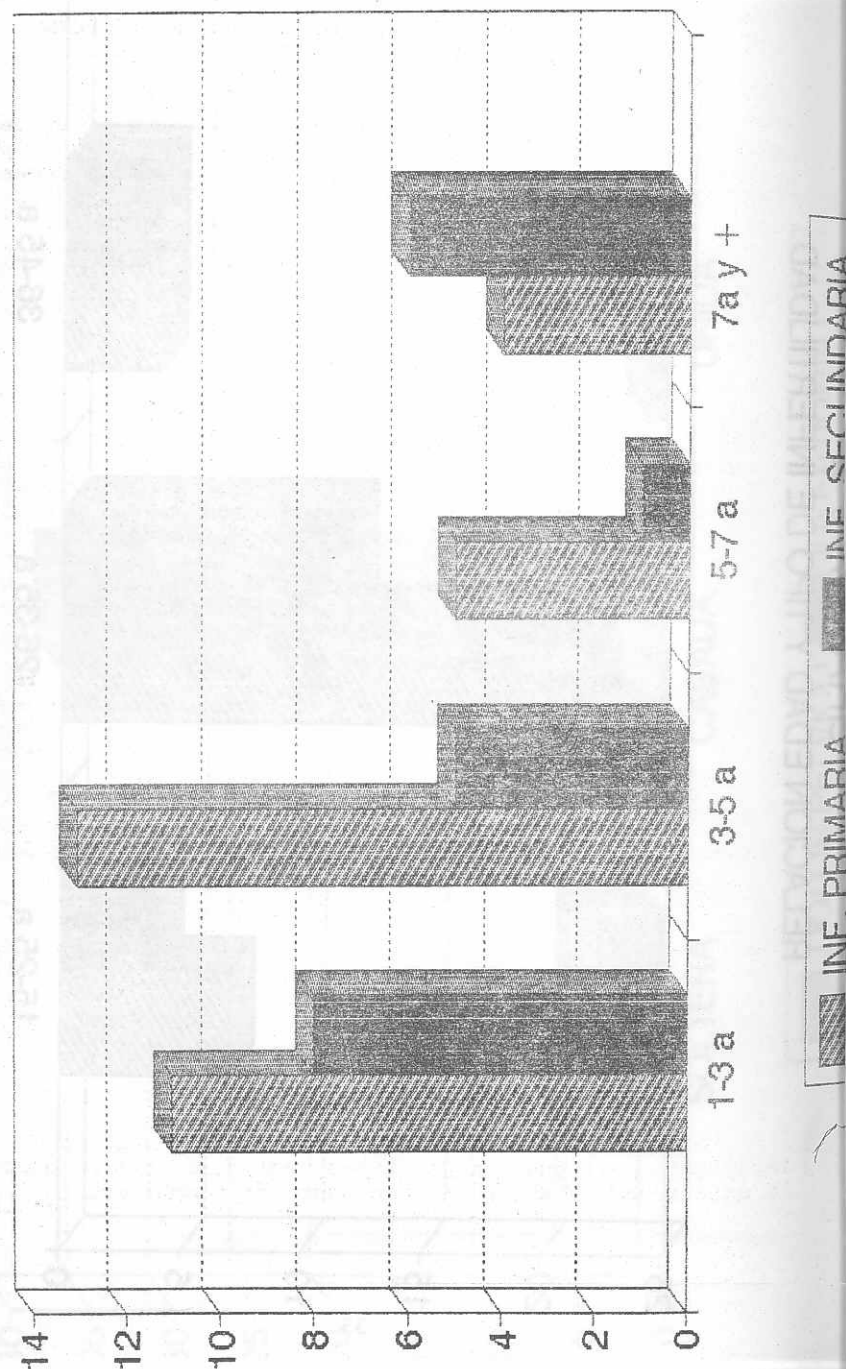
GRAFICA # 1
RELACION ESTADO CIVIL Y MOTIVO CONSULTA



RELACION EDAD Y TIPO DE INFERTILIDAD



GRAFICA # 3
RELACION TIPO Y TIEMPO DE INFERTILIDAD



XI. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Nuestro país lamentablemente se encuentra en subdesarrollo, con una sociedad en la cual la mujer tiene un segundo plano, sin acceso a educación, salud y muchas de las necesidades básicas. Todo esto se refleja en el comportamiento de la salud de nuestras pacientes. En lo que se refiere al lugar de residencia podemos observar que la gran mayoría de pacientes que consultan se encuentran establecidas en el área urbana, porque en el área rural es más difícil el acceso a la áreas de salud y porque la mujer no le da importancia a sus problemas, y tienen un alto grado de desinformación.

Se puede observar que el grupo mayoritario que consulta son las mujeres casadas que sobrepasan los 26 años, siendo su principal motivo de consulta la infertilidad como se puede observar en la gráfica # 1, aunque la gran mayoría de ellas presentaba sintomatología de endometriosis no consultaron hasta tener un problema mayor, como es el no poder tener hijos, y ésto es grave porque el pronóstico de la endometriosis depende de el estadio en que esta se encuentre. Muchas mujeres por la misma desinformación creen que la menstruación acompañada de los distintos tipos de dolor es normal, y por eso la enfermedad avanza y entonces no es mucha la ayuda que se le puede dar a la paciente.

Como se describe en la bibliografía, los focos más frecuentes de endometriosis son el fondo de útero, ligamentos útero sacros y ovarios, pero muchas veces estos hallazgos no son los únicos que se encuentran en una laparoscopia sino otros factores asociados a infertilidad como lo son las adherencias en un mayor porcentaje, obstrucción de trompas o fibromas uterinos, que pueden hacer el cuadro más complicado para la paciente y que también puede contribuir en la sintomatología de la paciente.

El grupo control tiene las mismas características epidemiológicas del grupo estudiado, por lo tanto hay que tomar en cuenta que algunas de las pacientes del mismo podrían padecer en algún momento de endometriosis; con ésto no se quiere decir que todas las mujeres que consultan por diversos motivos vayan a padecer la enfermedad, pero lamentablemente por el tipo de estudio que es retrospectivo no podemos saber los síntomas que las pacientes del grupo control tenían, ya que los datos se tomaron de archivos con información ya recaudada.

Por lo antes expuesto creo que la educación en salud es importante para que las pacientes estén alertas y conozcan sobre la enfermedad, y así no tarden tanto en consultar.

XII. CONCLUSIONES

Se pudo establecer en el presente estudio que las mujeres que consultaron a la Clínica de la Mujer en APROFAM durante los años de 1992 y marzo 1997 presentaron las siguientes características:

1. La mujer guatemalteca que con más frecuencia consulta por endometriosis es la que está comprendida entre los 26 y 35 años, ladina, que reside en el área urbana, ama de casa, casada.
2. El motivo de consulta más frecuente es la infertilidad y no el dolor pélvico o dismenorrea como se refiere en la bibliografía a pesar de que la sintomatología está presente en las pacientes.
3. Los lugares anatómicos más afectados por focos de endometriosis encontrados por laparoscopia son en orden de frecuencia: fondo de útero, ligamentos útero-sacros y ovarios como se refiere en la bibliografía.
4. La endometriosis que causa problemas de infertilidad por lo general se ve asociada a otros hallazgos laparoscópicos como adherencias, obstrucción de trompas y fibromas uterinos.
5. El grupo control presenta las mismas características epidemiológicas del grupo de estudio, lo que lo hace susceptible a padecer de la enfermedad, no afirmando con esto que les afectará a todas las pacientes, debido a que se desconocen los síntomas de las mismas.

XIII. RECOMENDACIONES

1. Que se continúen realizando estudios, para poder ver la incidencia de patologías que afectan a las mujeres de nuestra población y que son susceptibles de prevenir.
2. Dar educación en salud a la población femenina que asiste a consulta externa de APROFAM por distintas causas, para mantenerla informada.
3. Realizar una mejor recolección de datos en las historias clínicas, para tener un mejor marco de referencia al momento que el personal médico desee consultar dicho material.
4. Utilizar la boleta de recolección de información diseñada durante el presente estudio para mejorar la calidad de datos a obtener.
5. Es importante sugerir que en toda mujer que consulte por infertilidad, comprendida entre 26 y 35 años, que sea casada, ama de casa, se le realice el examen de laparoscopia diagnóstica, en busca de endometriosis.

XIV. RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo de 62 mujeres que asistieron a la Clínica de la Mujer, APROFAM, de los años 1992-1997 con diagnóstico laparoscópico de endometriosis y un grupo control de la base de datos del sistema computarizado SAC, de 121 pacientes el cual sirvió para comparar las características epidemiológicas entre ambos grupos.

En este estudio se observó que la edad más frecuente es de 26 a 35 años con un 62.9%, mujeres casadas, ladinas, residentes en área urbana, amas de casa, que su motivo principal de consulta es la infertilidad, a pesar de presentar algún tipo de sintomatología de endometriosis, siendo la infertilidad primaria la de mayor porcentaje con un 62.3%, y el tiempo de infertilidad de 1 a 5 años.

La localización anatómica de focos de endometriosis es el fondo de útero, asociado a diversos factores como adherencias y otros que contribuyen a la infertilidad.

El grupo control tiene las mismas características epidemiológicas que el grupo en estudio, por lo mismo son pacientes que pueden padecer endometriosis. Por lo tanto la educación en salud es muy importante, en las mujeres que consultan por diversos motivos a la clínica de la mujer, porque el pronóstico de endometriosis empeora dependiendo del estadio en el que se hace diagnóstico y se inicia tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Adampson, G. D. "SURGICAL TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS ASSOCIATED INFERTILITY". Journal. 1994 Dec. (6) pp. 1488-1504.
2. Arumugam. "ENDOMETRIOSIS AND INFERTILITY". Journal 1995. Jan. (1) pp 198-199.
3. Bayley. H.R. "AGRESIVE SURGICAL MANAGEMENT FOR ADVANCED COLORRECTAL ENDOMETRIOSIS". Journal. 1994 Aug. (8) pp 747-753
4. Brumsted J.R. "THE ASSOCIATION OF INTRAUTERINE FILLING DEFECTS ON HYSTEROSALPINGOGRAM WITH ENDOMETRIOSIS". Journal. 1996 Oct. (4) pp 522-526.
5. Candiani. "ENDOMETRIOSIS AN NONOBSTRUCTIVE MULLERIAN ANOMALIES". Journal. 1992 Apr. (4) pp 515-517.
6. Chen. "CORRELATION OF FECUNDARILITY AND SERUM ESTRADIOL AFTER DANAZOL TREATMENT IN PATIENTS WITH ADVANCED ENDOMETRIOSIS". Journal. 1996 Jun (6) pp 1232-1234.
7. Fujii. A. "THE IMPACT OF ENDOMETRIOSIS ON THE REPRODUCTIVE OUTCOME OF INFERTILE PATIENTS". Journal. 1992 Jul (1) pp 278-282.
8. Jacobsen. G. "LASER LAPAROSCOPY IN THE TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS ASSOCIATED INFERTILITY". Journal. 1992 Jun (6) pp 1186-1193.
9. Kanazawa. "TREATMENT OF INFERTILITY ASSOCIATED WITH ENDOMETRIOSIS BY SELECTIVE TUBAL CATHETERIZATION UNDER HYSTEROSCOPY AND LAPAROSCOPY". Journal. 1993 Sep. (3) pp 744-747.

10. Keller, Striker, Warren. "CLINICAL INFERTILITY". Edit. Appleton Century Crofts. 1984. USA. pp. 157-172.
11. Kusuhara. "LUTEAL FUNCTION IN INFERTILE PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS". Journal. 1992 Jul. (1) pp. 274-277.
12. Martin D.C. "PAIN AND INFERTILITY". Journal. 1995 Oct. (1) pp 2-3.
13. Mizuno. "COMPARISON OF CYTOKINE LEVELS AND EMBRYO TOXICITY IN PERITONEAL FLUID IN INFERTILE WOMEN WITH UNTREATED OR TREATED ENDOMETRIOSIS". Journal. 1992 Jul. (1) pp. 265-270.
14. Morell. V. "ATTACKING THE CAUSE OF SILENT INFERTILITY". Journal. 1995 Aug. pp 775-777.
15. Novack. "TRATADO DE GINECOLOGIA". 11a ed; Edit. Interamericana. México D.F. 1988. pp 265-288.
16. Perper. M.M. "DYSMINORRHEA IS RELATED TO THE NUMBER OF IMPLANTS IN ENDOMETRIOSIS PATIENTS". Journal. 1995 Mar. (3) pp 500-503.
17. Radoliffe. John. "A RANDOMIZE, DOBLE BLIND, PLACEBO CONTROLLED STUDY OF LUTEAL PHASE DYHIDROGESTERONA (DUPHASTON) IN WOMEN WITH MINIMAL TO MILD ENDOMETRIOSIS". Journal. 1994 Oct. (4) pp. 701-707.
18. Robert B. Albee MD. "ENDOMETRIOSIS". Basic Question and Answers. Microsoft Internet. 1997 Feb. Vol 1. pp. 2-9.
19. Terakawa. "LUTEINIZED UNRUPTED FOLLICLE IN THE EARLY STAGES OF ENDOMETRIOSIS AS A CAUSE OF UNEXPLAINED INFERTILITY". Journal. 1992 Jul. (1) pp 271-273.
20. Thylan. "ENDOMETRIOSIS AND MODERATE ALCOHOL USE". Public Health. 1995 Jul (7) pp. 1022-1027.

A N E X O S

V.1. No. Historia Clínica: _____	V.10. Residente en (zona/departamento): _____	V.37. Ovario porqueros: 1. SI 2. NO
V.2. Lugar: _____	V.11. Motivo de Consulta/Referida por: _____	V.58. Malformaciones Anatómicas: 1. SI 2. NO
V.3. Clave: _____	V.12. Dolor pélvico crónico	V.59. Líquido inflamatorio: 1. SI 2. NO
V.4. Nombre: _____	2. Infertilidad	V.60. Diagnóstico Laparoscópico de endometriosis pélvica: _____
V.5. Edad: _____ años.	3. dismenorrea	1. Estado I
V.6. Estado Civil: _____	4. dispareunia	2. Estado II
1. Casada	5. otros: _____	3. Estado III
V.7. Religión: _____	ANTECEDENTES	4. Estado IV
1. Católica	V.12. Alergias: 1. SI 2. NO.	LOCALIZACIÓN, LUGAR ANATÓMICO:
2. Evangélica	V.13. Diabetes: 1. SI 2. NO.	V.61. Ovarios: 1. SI 2. NO.
3. Otra	V.14. Tuberculosis: 1. SI 2. NO.	V.62. Trompas de falopio: 1. SI 2. NO.
V.8. Etnia: _____	V.15. Enfermedades inmunológicas: 1. SI 2. NO.	V.63. Peritoneo: 1. SI 2. NO.
1. Ladina	V.16. Si respondió afirmativamente mencione cual: _____	V.64. Utero: 1. SI 2. NO.
2. Maya indígena	V.17. Quirúrgicos: 1. SI 2. NO.	V.65. Intestino: 1. SI 2. NO.
V.9. Escolaridad: _____ años.	V.18. Si respondió afirmativamente mencione cual: _____	V.66. Ligamentos Uterosacros: 1. SI 2. NO.
V.10. Ocupación: _____	V.19. ETS: 1. SI 2. NO.	V.67. Fosas Ovaricas: 1. SI 2. NO.
V.11. Origen: _____	V.20. Si respondió afirmativamente mencione cual: _____	V.68. Vejiga: _____
1. Guatemala, Ciudad	V.21. Gestas: _____	V.69. MENCIONE TIPO DE LESION OBSERVADA: _____
2. Sacatepequez	V.22. Partos: _____	1. Lesión atípica
3. Chimaltenango	V.23. Abortos: _____	2. Lesión pigmentada
4. El Progreso	V.24. Ecotopos: _____	3. Lesión profunda
5. Jalapa	V.25. Cesáreas: _____	V.70. Diagnóstico Histológico: _____
6. Santa Rosa	V.26. Hijos Vivos: _____	V.71. Tratamiento médico prescrito: _____
7. Jutiapa	V.27. Logrados: 1. SI 2. NO.	_____
8. Chiquimula	V.28. Si respondió afirmativamente, anote hace cuanto tiempo (meses): _____	_____
9. Zacapa	1. 0 a 6 meses	_____
10. Izabal	2. 7 a 12 meses	_____
11. Peten	3. 12 a 36 meses	_____
12. Alta Verapaz	4. 37 a 60 meses	_____
13. Baja Verapaz	5. 60 o más	_____
14. Quiché	V.29. Edad de último hijo: _____	V.72. Seguimiento: _____
15. Huehuetenango	V.30. Menarquia: _____ años	_____
16. San Marcos	V.31. Última regla: _____	_____
17. Sololá		_____
18. Totonicapán		_____
19. Quetzaltenango		_____
20. Suchitepéquez		_____
21. Peten Itz'at		_____
22. Escuintla		_____