

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

Endometriosis y salud reproductiva, ¿Un problema
para las mujeres?

Autora: Sandra de Gea Fernández

Directora: Prof^a D^a María Campillo Cano

Murcia, a 10 de Mayo de 2020.

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

Endometriosis y salud reproductiva,

¿Un problema para las mujeres?

Autora: Sandra de Gea Fernández

Directora: Prof^a D^a María Campillo Cano

Murcia, a 10 de Mayo de 2020.



AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO:
Apellidos: de Gea Fernández		Nombre: Sandra
DNI: 49335287-B	Titulación: Grado en Enfermería	
Título del trabajo: Endometriosis y Salud Reproductiva, ¿Un problema para las mujeres?		

El Prof^a D^a María Campillo Cano como Directora/Tutora del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 10 de Mayo de 2021



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su esfuerzo para ayudarme a conseguir mi sueño, ser enfermera, por creer y por confiar en mí, porque gracias a ellos soy quien soy.

A mi tía, por sus infinitas palabras de sabiduría y cariño hacia mí, por sus valores.

A mis hermanas, por aconsejarme, y animarme, por toda y cada una de las cosas que hacen por mí. A mi cuñado Christian, por ser un hermano más para mí. En especial a mi hermana Patricia, por ser mi fuente de inspiración en la realización de este trabajo, mi motivación para indagar mucho más sobre esta enfermedad, la endometriosis.

Gracias a mi pareja, por su apoyo incondicional, paciencia y mimo, luchar siempre conmigo este sueño y hacerlo suyo, por hacer que crea en mí y aportarme seguridad en todos los momentos que he necesitado.

En definitiva, a toda mi familia, por ser mis pilares fundamentales, por apoyarme siempre a luchar para conseguir mi sueño, ser enfermera, la profesión más bonita del mundo, por apostar siempre tan fuerte por mí, por cada celebración de los pasos que he ido consiguiendo hasta llegar a la meta.

A mi compañera Ana, por ser siempre tan positiva, por darme la confianza que muchas veces me faltaba para creer en mí y en que podía conseguirlo, por nuestras conversaciones, momentos y ayuda mutua desde el principio de esta andadura.

A mi directora y profesora María Campillo, por haberme orientado durante todo el proceso de realización de este trabajo, por mostrarse siempre dispuesta a ayudarme, ser mi guía y consejo para conseguirlo, gracias.

A mis amigos, por darme su apoyo y alegrarse siempre de mis logros.

A cada uno de los profesionales sanitarios con los que he aprendido lo bonita que es esta profesión, enfermería, en especial a Jesús, Nieves y Álvaro. Por último, no quiero olvidarme de todos mis compañeros, que juntos, hemos conseguido llegar al final y conseguir nuestro sueño, ser enfermeros.

ÍNDICE

RESUMEN.....	XXIII
1. INTRODUCCIÓN.....	27
2. OBJETIVOS	31
2.1. Objetivo General	31
2.2. Objetivos Específicos	31
3. MARCO TEÓRICO.....	33
3.1. Endometriosis	33
3.1.1. Definición.....	34
3.1.2. Clasificación	36
3.1.3. Incidencia y prevalencia	41
3.1.4. Diagnóstico.....	42
3.1.5. Tratamiento	43
3.1.6. Complicaciones	52
3.1.7. Aspectos psicológicos	53
3.2. Lynda Juall Carpenito y su modelo centrado en la persona. 55	
3.3. Enfermería y sus cuidados centrados en la persona y la endometriosis	57
4. METODOLOGÍA.....	61
4.1. Diseño	61
4.2. Sujeto del estudio	61
4.3. Ámbito y Periodo del estudio.....	61
4.4. Procedimiento de recogida de información.....	61
4.4.1. Fuente de información	61
4.4.2. Procedimiento de información	62
4.5. Procesamiento de los datos.....	63
5. RESULTADOS	65

5.1 Descripción del caso	65
5.2. Valoración del caso	68
5.3. Diagnósticos de Enfermería (DxE)	71
5.3.2. Justificación del DxEp	75
5.4. Problema de Colaboración (PC) y Riesgos de Complicación (RC)	77
5.4.2. Justificación del RC principal	79
5.5. Planificación	83
5.5.1. Planificación del DxEp	83
5.5.2 Resultado (NOC)	84
5.5.3. Intervenciones (NIC)	86
5.6.2. Intervenciones (NIC)	95
5.7. Ejecución	97
5.7.1. Cronograma de Intervenciones/Actividades	117
5.8. Evaluación	118
5.8.1. Evaluación del resultado del DxEp	118
5.8.2. Evaluación del RCp	120
6. DISCUSIÓN	123
6.1. Limitaciones	129
7. CONCLUSIONES	131
8. REFERENCIAS	133
9. ANEXOS	145
9.1. Anexo 1: Modelo Bifocal, Lynda Juall Carpenito	145
9.2. Anexo 2: Escala Visual Analógica (EVA)	146
9.3 Anexo 3: Glosario de términos	147

TABLAS

Tabla 1	51
Tabla 2	62
Tabla 3	84
Tabla 4	85
Tabla 5	93
Tabla 6	94
Tabla 7	117
Tabla 8	118
Tabla 9	120

FIGURAS

Figura 1.....	35
Figura 2.....	37
Figura 3.....	38
Figura 4.....	40
Figura 5.....	44
Figura 6.....	48
Figura 7.....	50
Figura 8.....	75
Figura 9	79
Figura 10.....	145
Figura 11.....	146

IMAGEN

Imagen 1 y 2	47
--------------------	----

LISTADO DE ABREVIATURAS.

‰: Por ciento.

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

ACO: Anticonceptivos Orales.

ADAEC: Asociación de Afectadas por Endometriosis.

AEE: Asociación de Endometriosis España.

AHC: Anticonceptivos Hormonales Combinados.

AINES: Antiinflamatorios No Esteroideos.

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

AMC: Alergias Medicamentosas Conocidas.

ASRM: American Society for Reproductive Medicina (Sociedad Americana de Medicina Reproductiva).

CA-125: Antígeno-125.

Cc.: centilitros.

CDC: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades.

Cm: Centímetros.

DM: Diabetes Mellitus.

Dr.: Doctor.

DxE: Diagnóstico de Enfermería.

DxEp: Diagnóstico de Enfermería Principal.

EE: Etinilestradiol.

EVA: Escala Visual Analógica.

FC: Frecuencia Cardiaca.

FIV: Fecundación In Vitro.

FR: Frecuencia Respiratoria.

GnRH: Hormona Liberadora de Gonadotropina.

GPT: Transaminasa Glutámico-Pirúvica.

H.U.V.A: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

H: Horas.

Hb: Hemoglobina.

HPA: Hipotálamo-Pituitaria-Adrenal.

HTA: Hipertensión Arterial.

IM: Intramuscular.

INR: International Normalized Ratio (Tiempo de Protrombina).

IV: Intravenoso.

K: Potasio.

Kg: Kilogramos.

LH: Hormona Luteinizante.

m/p: Manifestado por.

Mg: Miligramos.

mmHg: milímetros de Mercurio.

MPA: Acetato de Medroxiprogesterona.

Na: Sodio.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association (Diagnósticos de Enfermería).

NIC: Nursing Interventions Classification (Intervenciones de Enfermería).

N.º: Número.

NOC: Nursing Outcomes Classification (Resultados de Enfermería).

º: Grados.

ºC: Grados Centígrados.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

p.ej.,: Por Ejemplo.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

PC: Problema de Colaboración.

r/c: Relacionado Con.

RC: Riesgo de Complicación.

RCp: Riesgo de Complicación Principal.

Rpm: Repeticiones por minuto.

Rx: Radiografía.

SatO2: Saturación de Oxígeno.

SEUD: Society of Endometriosis and Uterine Disorders (Sociedad de Endometriosis y Trastornos Uterinos).

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SPT: Síndrome Postrombótico.

Tª: Temperatura.

TAD: Tensión Arterial Diastólica.

TAS: Tensión Arterial Sistólica.

UI/ml: Unidades Internacionales por Mililitro.

RESUMEN

Introducción: La endometriosis es una enfermedad propia de la mujer, es crónica y de naturaleza benigna normalmente, manifestada con tejido endometrial externo a la cavidad uterina. Esta patología produce diferentes síntomas, que van a variar en función de la paciente, los más comunes son dolor pélvico, dispareunia, dismenorrea, y, frecuentemente infertilidad, bien primaria o secundaria. Objetivos: El presente trabajo surgió con el objetivo de identificar las repercusiones que presenta la endometriosis sobre la salud reproductiva de la mujer. Metodología: Estudio cualitativo, del tipo Estudio de caso, nos basamos en una paciente de 20 años que acude a urgencias por dolor abdominal intenso atribuido a la menstruación. Resultados: Se realizó un plan de cuidados para la paciente con las taxonomías NANDA, NOC, NIC y con el modelo AREA. Obteniendo como diagnóstico de enfermería principal "(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor y conducta expresiva". Marcándonos los siguientes objetivos: Control del dolor y Control del riesgo: trombos, ambos se consiguieron gracias a la realización de las diferentes intervenciones planificadas. Conclusiones: en síntesis, el estudio nos lleva a la conclusión de que la endometriosis produce complicaciones muy severas en la salud reproductiva de la mujer como es la infertilidad, bien primaria o secundaria y también dolor crónico. La etiología de la enfermedad es desconocida, aunque existen diferentes teorías que intentan explicar su origen. El diagnóstico de la endometriosis es una tarea difícil, ya que para diagnosticarla es necesario visualizar la lesión directamente y la realización de una biopsia. Además, a esta dificultad diagnóstica se le suma que puede ser sintomática o asintomática, aunque entre sus principales manifestaciones clínicas nos podemos encontrar dispareunia, dismenorrea, infertilidad o dolor pélvico crónico entre otros.

Descriptor: endometriosis, endometrioma, laparotomía, laparoscopia, infertilidad.

ABSTRACT

Introduction: Endometriosis is a chronic, usually benign and female disease, manifested with endometrial tissue external to the uterine cavity. This pathology produces different symptoms that may vary in case of patient, most common are pelvic pain, dyspareunia, dysmenorrhea and frequently infertility, either primary or secondary. Objectives: This work arose with the objective of identifying repercussions of endometriosis about female reproductive health. Methodology: Qualitative Study, of the Case Study type, we rely on a 20 year old patient who comes to emergency room for severe abdominal pain assigned to menstruation. Results: A care plan was realized to the patient with taxonomies NANDA, NOC, NIC and model AREA. Obtaining as a main Nursing diagnosis "(00132) Severe pain r/c harmful biological agents m/p self reported of pain intensity using standardized scales of pain assessment and expressive behavior". Setting the next goals: Pain control and risk control like thrombus, both can be achieved thanks to the implementation of the different planned intervention. Conclusions: In summary, the Study concludes that endometriosis produces very severe complications in female reproductive health such as infertility, primary or secondary and also chronic pain. The etiology of the disease is unknown, although there are different theories that try to explain its origin. The diagnosis of endometriosis is a hard task since to diagnose is necessary to visualize injury directly and the performing of a biopsy. In addition to this diagnostic difficulty is added that it can be symptomatic or asymptomatic, although among its main clinical manifestations we can find dyspareunia, dysmenorrhea, infertility, or chronic pelvic pain among others.

Key Words: endometriosis, endometrioma, laparoscopy, laparotomy, infertility, chronic pain.

1. INTRODUCCIÓN

La endometriosis, es una de las patologías más enigmáticas que produce afectación en mujeres que se encuentran en edad reproductiva. Se define por la aparición de endometrio externo a la cavidad uterina, normalmente localizado sobre el ovario y en la superficie peritoneal.

Estamos ante una enfermedad inflamatoria estrogendependiente, que afecta alrededor del 20 al 30% de pacientes en edad reproductiva, sobre todo pacientes nulíparas. Esta inflamación de la endometriosis está asociada a la síntesis de prostaglandinas, citoquinas y metaloproteinasas en exceso, (Manero et al. 2009).

Según Álvarez, (2012), hasta en un 30% de los casos, la endometriosis está asociada a esterilidad, bien primaria o secundaria. Los demás síntomas, las molestias y el discomfort en gran cantidad de pacientes son persistentes hasta la llegada de la menopausia.

A pesar de que la endometriosis tiene naturaleza benigna, su conducta puede hacer que parezca maligna, por las recidivas, la progresión que tiene y la afectación que ocasiona en diversos órganos.

Este problema no sólo es importante para las mujeres que padecen la enfermedad sino también para el sistema sanitario y la sociedad. La sintomatología que acompaña al colectivo joven resulta invalidante y supone exclusión social y un aumento de bajas laborales, sobre todo antes de la cirugía, (Cea, et al. 2015).

Según Agarwal et al. (2019), la endometriosis produce un gran impacto en la vida de las pacientes incluyendo el dolor que se asocia a ella, la infertilidad, la disminución en la calidad de vida y la interferencia que produce en la vida diaria, en las relaciones y en los medios vitales. Esta enfermedad se debe de abordar tal cual es, una enfermedad crónica, inflamatoria, sistémica y heterogénea presentando sus síntomas de dolor pélvico e infertilidad no solamente centrándonos en los hallazgos quirúrgicos y en las lesiones pélvicas que pueda producir. Se debe de abordar de forma global para mejorar todos aquellos

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

aspectos de la mujer a los que afecta, no solo físicamente, sino también psicológicamente.

Según el Sistema Nacional de Salud (SNS, 2013), la afectación que provoca la endometriosis en la calidad de vida de las pacientes, como consecuencia de sus principales síntomas y del efecto que tienen los tratamientos tanto médicos como quirúrgicos hace que esta enfermedad deba de ser tratada de forma multidisciplinar, ya que afecta a todas las esferas de la paciente, es decir, psicológica, social, biológica hasta pudiendo afectar espiritualmente.

Esta grave patología afecta a muchas mujeres, sobre todo a mujeres jóvenes. En este aspecto la enfermería presenta un papel fundamental en la atención de esta afección, ya que, los cuidados abordan todas las esferas afectadas en esta grave situación. Al ser una enfermedad crónica la paciente se debe de adaptar a ella, por lo que, es necesaria la ayuda por parte de profesionales sanitarios como pueden ser los enfermeros, que la puedan guiar en los diferentes aspectos, para ello, se le pueden realizar planes de cuidados adaptados a cada una de ellas con el que se garantice tanto la asistencia y la continuidad de los cuidados, así como también utilizarlos para aumentar la calidad de la atención y de la calidad de vida de las mujeres.

A pesar de que las tasas de embarazo en mujeres con endometriosis son bajas no por ello son imposibles de aumentar. Actualmente existen diferentes técnicas que abordan y logran cumplir el deseo de la paciente si ésta lo desea, de quedarse embarazada. Un seguimiento por parte del equipo multidisciplinar será clave del éxito.

Por todas estas razones, la investigación, el seguimiento por parte de profesionales de la salud y los cuidados bio-psico-social y espiritual son la base del abordaje y mejora de las pacientes.

En todas estas pacientes, la puerta de entrada serían los centros de salud, atendidas por matronas y enfermeras en consultas como la de planificación familiar, en las que el objetivo principal sería la detección precoz de la enfermedad, ya que, obteniendo un diagnóstico temprano se podrían realizar diversas actividades y conseguir beneficios, como por ejemplo disminuir el

Introducción

consumo excesivo de AINES así como de otros fármacos, evitar un diagnóstico erróneo y mejorar el manejo de la enfermedad y de sus síntomas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Identificar las repercusiones que presenta la endometriosis sobre la salud reproductiva de la mujer.

2.2. Objetivos Específicos

- Conocer la clasificación de la endometriosis, así como sus métodos diagnósticos.
- Describir las manifestaciones clínicas que presenta la endometriosis.
- Examinar los diferentes tratamientos de la endometriosis, incluyendo los tratamientos para conservar la fertilidad.
- Estudiar el rol de enfermería en la detección precoz de pacientes que padecen endometriosis.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería según la taxonomía NANDA, NOC y NIC a una paciente de 20 años de edad remitida a cirugía, donde se le realiza una exéresis de un quiste endometriósico de 12 cm, derivando en Endometriosis Pélvica Severa.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Endometriosis

Frederich Daniel von Recklinghausen fue el primer patólogo alemán en introducir el término de “endometriosis”, en el año 1885, (Restrepo, 2010).

En torno a la mitad del siglo XIX, Rokitansky dio una primera descripción patológica de la enfermedad, su idea era que en las neoplasias tanto del ovario como del útero pueden estar presentes el estroma y las glándulas endometriales.

Entre las primeras descripciones de endometrioma ovárico encontramos “hematomas del ovario” o “quistes de chocolate”, entorno al final del siglo XIX. Russel, publicó en 1899 una primera mención de “ovario que contiene mucosa uterina”, aunque fue John Alberston Sampson en el 1921 quien realizó varias publicaciones sobre la endometriosis, demostrando primeramente actividades endometriales específicas, como, por ejemplo, la descamación cuando se produce la menstruación y también en la decidualización del embarazo, y, después expuso una teoría de la patogenia, (Benagiano, Brosens, y Lippi 2014).

En numerosas ocasiones la endometriosis y la adenomiosis son confundidas, ya que tienen un proceso parecido, pero no son la misma enfermedad. La principal diferencia radica en que la adenomiosis se trata de una enfermedad ginecológica caracterizada por la presencia de glándulas y de estroma endometriales en el miometrio, en su espesor, y con hiperplasia e hipertrofia de las fibras musculares lisas del miometrio. Muchos autores la llaman endometriosis interna, por presentar en el interior del miometrio y la llamada endometriosis externa la dejan reservada para la comúnmente llamada endometriosis (Gallo et al. 2006).

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

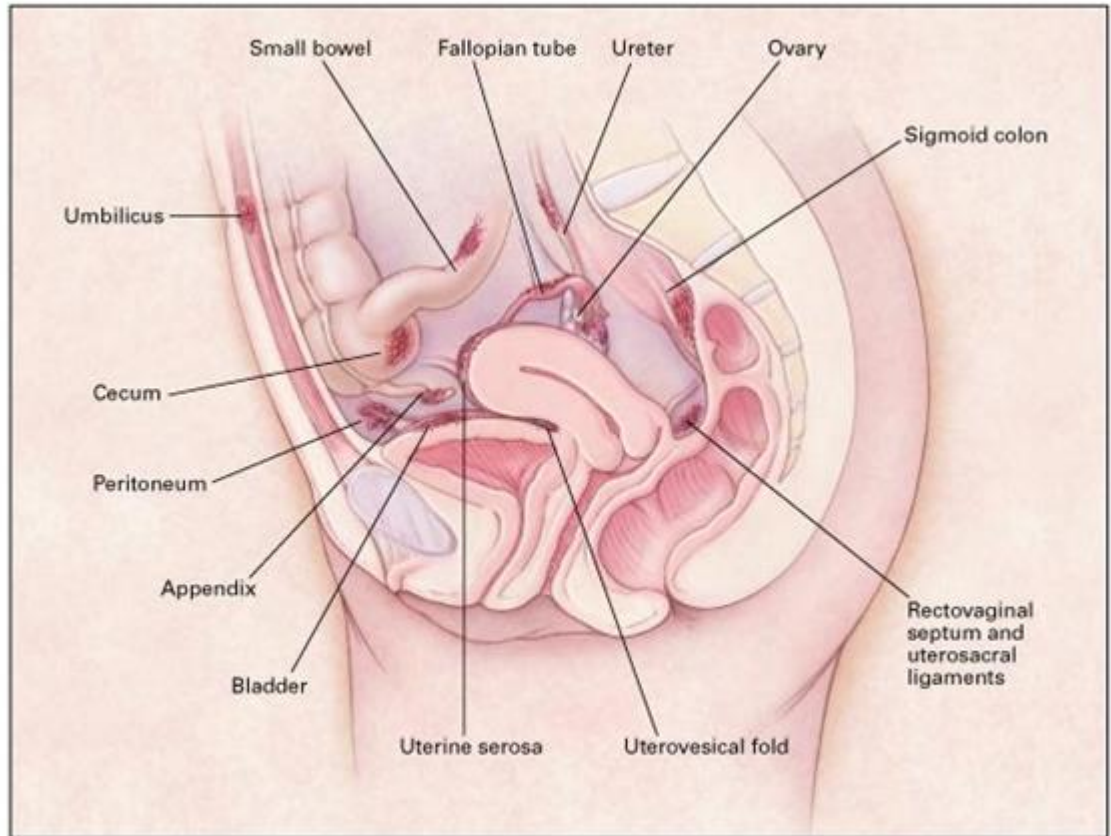
3.1.1. Definición

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica en la que el tejido endometrial (endometrio) se encuentra externo al útero, normalmente en la cavidad pélvica. Este tejido ectópico suele responder a cambios hormonales que pueden provocar dismenorrea e infertilidad.

En la endometriosis pélvica las localizaciones más habituales son los ovarios, los ligamentos uterosacros, las trompas de Falopio y el fondo de saco de Douglas. También puede afectar a otros órganos pélvicos como el colon, el peritoneo pélvico, el ligamento ancho y el redondo, el tabique rectovaginal y la vejiga. En ocasiones y en casos aislados también podemos encontrar tejido endometrial en órganos extrapélvicos, como por ejemplo del tracto gastrointestinal o del tracto urinario. A continuación, podemos ver las posibles ubicaciones donde se suele implantar la endometriosis.

Figura 1

Ubicaciones de la endometriosis



Fuente: New England Journal of Medicine (2001).

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

3.1.2. Clasificación

Según Rolla, (2019), hay tres variantes en la endometriosis: Enfermedad Peritoneal Superficial, Endometriosis Infiltrante Profunda y Endometriomas Ováricos o “Quistes de Chocolate”.

Hay distintos sistemas de clasificación de la enfermedad, que son: Clasificación revisada de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (RASRM), la Clasificación de Enzian y el Índice de infertilidad asociada a la endometriosis.

- Clasificación revisada de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (RASRM): esta clasificación fue propuesta en 1973 tras analizar los diferentes resultados de 107 mujeres infértiles que fueron operadas por endometriosis. Se convirtió en la primera clasificación de la ASRM (American Society for Reproductive Medicine). Sobre todo, está destinada para usarla en aquellas pacientes que consultan por infertilidad.

Figura 2

Clasificación de la endometriosis de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (RASRM)



CLASIFICACIÓN DE ENDOMETRIOSIS SEGÚN LA AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE

Nombre de la paciente _____ Fecha _____
 Estadio I (Mínima) - 1-5 Laparoscopia _____ Laparotomía _____ Fotografía _____
 Estadio II (Leve) - 6-15 Tratamiento recomendado _____
 Estadio III (Moderada) - 16-40 Pronóstico _____
 Estadio IV (Grave) - >40
 Total _____

PERITONEO	ENDOMETRIOSIS	<1 cm	1-3 cm	>3 cm
		Superficial	1	2
	Profunda	2	4	6
OVARIO	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
OVARIO	Adherencias	Rodean menos de un tercio de su diámetro	Rodean de un tercio a dos tercios de su diámetro	Rodean más de dos tercios de su diámetro
	D Laxas	1	2	4
	Densas	4	8	16
	I Laxas	1	2	4
	Densas	4	8	16
	TROMPA DE FALOPPIO	D Laxas	1	2
Densas		4*	8*	16
I Laxas		1	2	4
Densas		4*	8*	16

*Si rodea por completo a la fimbria, la calificación es de 16.
 Se refiere al aspecto de los implantes superficiales: (rojizo [(R), rojizo rosado, en forma de gota, vesículas oscuras o claras], blanquecinas [(W), opacificaciones, defectos peritoneales, amarillo pardo] o depósitos negros (B) de hemosiderina, azul. Denota el porcentaje del total descrito como R___%, w___% y B___%. El total debe ser igual a 100%.

Endometriosis adicional: _____ Patología concomitante: _____



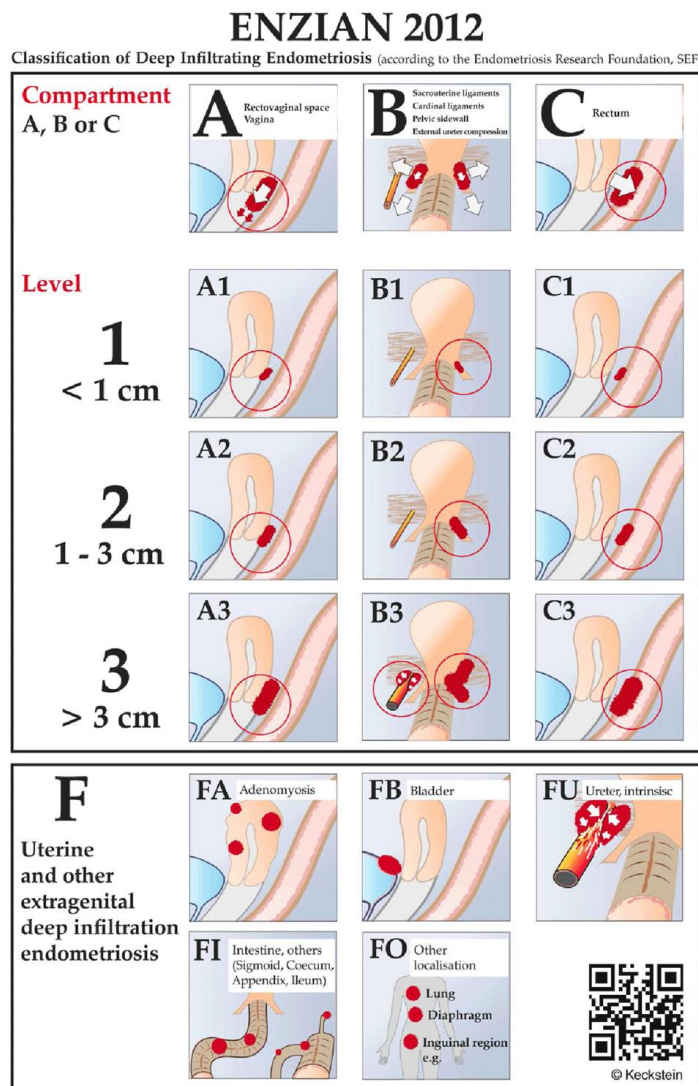
Fuente: Rolla (2019), extraído de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (RASRM).

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

- Clasificación de Enzian: los dibujos de esta clasificación proporcionan al cirujano una ayuda para poder realizar una mejor escenificación de la enfermedad. Esta clasificación hace un abordaje de los compartimentos tanto de la vejiga anterior y uretral lateral, así como el compartimento posterior.

Figura 3

Clasificación de Enzian



Fuente: Rolla (2019).

- Índice de infertilidad asociada a la endometriosis: se introdujo en el año 2010 como un complemento que nos permite diagnosticar mejor el estado de fertilidad que se asocia a la endometriosis. Este índice no solamente incluye hallazgos laparoscópicos, sino que también incluye otros problemas que pueden afectar a la fertilidad, como por ejemplo, la edad de la mujer, sus anteriores embarazos y la duración de la infertilidad.

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

Figura 4

Índice de Fertilidad de la Endometriosis

ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI) SURGERY FORM

LEAST FUNCTION (LF) SCORE AT CONCLUSION OF SURGERY

Score	Description		Left	Right
4	= Normal	Fallopian Tube	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
3	= Mild Dysfunction	Fimbria	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
2	= Moderate Dysfunction	Ovary	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
1	= Severe Dysfunction			
0	= Absent or Nonfunctional			

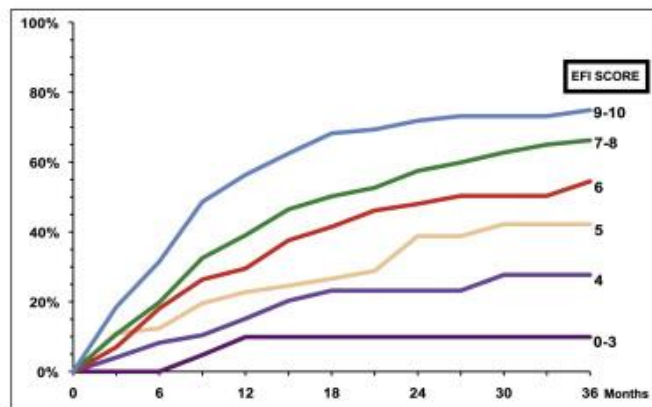
To calculate the LF score, add together the lowest score for the left side and the lowest score for the right side. If an ovary is absent on one side, the LF score is obtained by doubling the lowest score on the side with the ovary.

Lowest Score	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	+	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	=	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>
	Left		Right		LF Score

ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI)

Historical Factors			Surgical Factors		
Factor	Description	Points	Factor	Description	Points
Age	If age is ≤ 35 years	2	LF Score	If LF Score = 7 to 8 (high score)	3
	If age is 36 to 39 years	1		If LF Score = 4 to 6 (moderate score)	2
	If age is ≥ 40 years	0		If LF Score = 1 to 3 (low score)	0
Years Infertile	If years infertile is ≤ 3	2	AFS Endometriosis Score	If AFS Endometriosis Lesion Score is < 16	1
	If years infertile is > 3	0		If AFS Endometriosis Lesion Score is ≥ 16	0
Prior Pregnancy	If there is a history of a prior pregnancy	1	AFS Total Score	If AFS total score is < 71	1
	If there is no history of prior pregnancy	0		If AFS total score is ≥ 71	0
Total Historical Factors			Total Surgical Factors		
EFI = TOTAL HISTORICAL FACTORS + TOTAL SURGICAL FACTORS:			<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	+	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
			Historical		Surgical
					= <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
					EFI Score

ESTIMATED PERCENT PREGNANT BY EFI SCORE



Fuente: Rolla (2019).

3.1.3. Incidencia y prevalencia

Según el SNS, (2013):

Estimar la incidencia real de esta enfermedad es muy complicado, ya que, como posteriormente citamos, el diagnóstico de ella se obtiene realizando una verificación histológica. Estimamos que, de forma general, la endometriosis tiene una afectación de al menos a un 10% de las mujeres en edad fértil, y este porcentaje sufre un ascenso al 30-50% si solo estuviéramos considerando a pacientes en edad fértil pero que presenten problemas relacionados con el dolor pélvico o la infertilidad-esterilidad.

En cuanto a la prevalencia varía altamente según los diferentes grupos, entre los que podemos destacar:

- Mujeres que han sido sometidas a laparoscopia por la infertilidad: la prevalencia de este grupo de pacientes presenta un rango desde el 2.1% al 77.1%, según se pudo recopilar en 52 trabajos que realizaron Matorras y Cobos (2010). La media de la prevalencia de estos estudios nos lanza una cifra de un 26.13%.
- Mujeres que se han sometido a laparoscopia por el dolor pélvico: según el trabajo citado anteriormente Matorras y Cobos, (2010) de unas 6815 pacientes que provinieron de unos 33 estudios se obtiene un rango desde un 2.15% a un 83.6% obteniendo una media de un 17.74%.
- Mujeres que se les ha sometido a esterilización tubárica mediante laparoscopia: Estos mismos autores nombrados antes obtuvieron que de los datos de 9811 pacientes que provenían de 16 estudios, obtuvieron un rango de entre un 1.4% a un 50%, con una media de un 5.68%.
- Y, por último, según Manero et al. (2009), las mujeres que no presentan ningún síntoma la prevalencia está situada entre el 3 al 30%.

Con todos estos datos, al igual que hemos nombrado en la incidencia, resulta muy complicado realizar una estimación de la prevalencia real de la endometriosis, como consecuencia de la gran dispersión de datos. A pesar de esto, sí que podemos afirmar que esta patología no es despreciable, ya que es hasta incluso muy elevada en las poblaciones que se han seleccionado.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

Conocer la epidemiología de esta enfermedad se encuentra limitado debido a que para poder diagnosticarla de forma general en la población se necesita una intervención quirúrgica, además de una biopsia y realizar un estudio histológico de la misma, (Manero et al. 2009).

3.1.4. Diagnóstico

Según Hernández-Valencia, (2009), la enfermedad de la endometriosis es considerada una enfermedad única de la edad reproductiva, así pues, las manifestaciones clínicas van a aparecer en esa etapa de la vida, como consecuencia de que las lesiones se estimulan por las hormonas que se producen en el ciclo menstrual. En el periodo premenstrual y en el menstrual, los síntomas son más intensos, llegando a producirse un dolor incapacitante durante la menstruación, y tras esta va disminuyendo hasta que al terminar no se nota. De modo que, el dolor pélvico trata del síntoma más frecuente, aunque puede incluirse dolor al defecar, dolor de espalda, dolor cuando se realiza un cambio de posición, dispareunia y en casos extremados dolor a la micción.

Encontramos pocas maniobras o intervenciones exploratorias que nos apoyen en el diagnóstico certero de endometriosis. Aunque, en el caso en el que no haya signos debemos de buscar dolor ante el movimiento uterino, nódulos en la vagina en su parte posterior o dolor como consecuencia de masa anexial causado por endometriomas.

Sin embargo, el método más idóneo para diagnosticar la endometriosis es visualizar directamente la lesión endometrial ectópica, a través de laparoscopia junto con epitelio endometrial y estroma o glándulas endometriales.

Como pruebas diagnósticas nos encontramos con dos estudios:

- Prueba de laboratorio antígeno-125 en suero (CA-125).
- Imagen con resonancia magnética.

Aunque ninguno de estos dos estudios ha demostrado tener especificidad para el diagnóstico. El incremento de CA-125 por encima de 35 UI/ml, es el más utilizado habitualmente para diagnosticar o monitorizar el cáncer de ovario, aunque, en cambio, por su elevada especificidad se puede utilizar para realizar un seguimiento del tratamiento para la endometriosis.

Según Gurreonero-Briceño y Portura (2011), el diagnóstico de esta enfermedad es difícil, ya que por la variabilidad de sus síntomas y signos se puede confundir con otras patologías. La etiología de esta enfermedad es desconocida. Aunque sí que se han planteado diferentes teorías intentando explicar cuál es su fisiopatología, como la teoría de la menstruación retrógrada de Sampson, la metástasis, la base genética, la metaplasia celómica, la base ambiental, el modelo de interacción multifactorial y la alteración de la inmunidad celular.

Para poder diagnosticar de forma definitiva la enfermedad en pacientes que presentan síntomas se necesita bien laparotomía o laparoscopia más la toma de una biopsia para poder confirmarlo. Hay diversidad en las modalidades de tratamiento, que incluyen terapia quirúrgica, médica y las dos en combinación.

3.1.5. Tratamiento

Es desconocido si el inicio temprano del tratamiento puede reducir el progreso de la enfermedad.

Actualmente no existe ningún tratamiento, ni farmacológico ni quirúrgico que haya logrado erradicar la enfermedad por completo, así como tampoco sus recurrencias ni recidivas (Schrager, Falleroni y Edgoose, 2013).

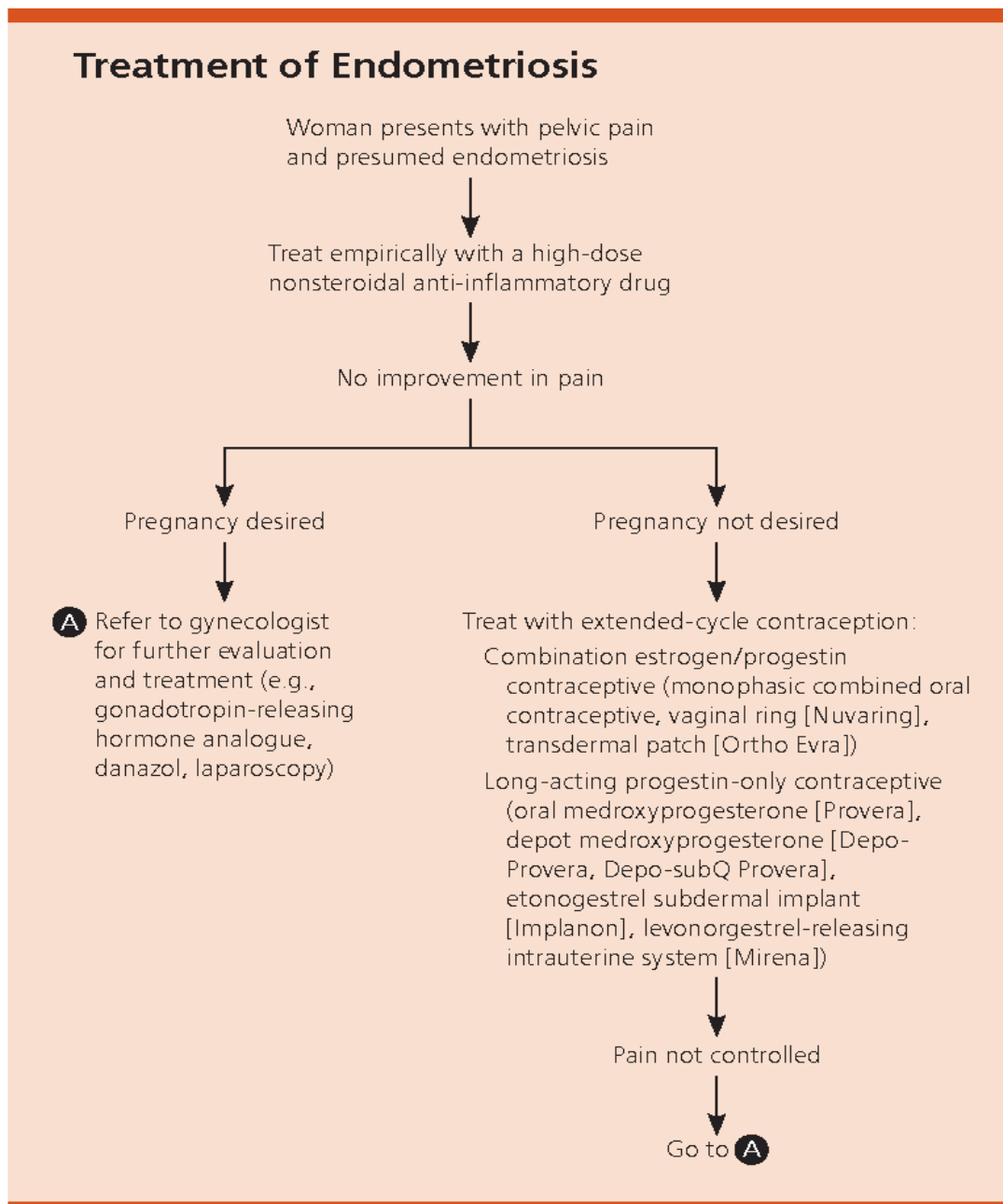
El tratamiento de esta enfermedad, la endometriosis, va a depender de varios aspectos, como, de lo graves que sean los síntomas, de la edad que tenga la paciente, de las intenciones reproductivas, el historial médico y del perfil que tenga la paciente de efectos secundarios a tratamientos tanto médicos como quirúrgicos.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

A continuación, mostramos un algoritmo de tratamiento en dependencia si la mujer tiene unas intenciones reproductivas u otras, es decir, de si la mujer quiere o desea embarazos o no.

Figura 5

Algoritmo para tratar la endometriosis



Fuente: Schragar, Falleroni & Edgoose (2013).

Según Durón y Bolaños (2018), entre los fármacos que se utilizan en la endometriosis, los más importantes son:

- **AINES (Antiinflamatorios No Esteroideos):** se suelen usar como tratamiento de primera línea para tratar el dolor que se asocia a la endometriosis, ya que producen un buen efecto ante la dismenorrea primaria. Aunque en un estudio/análisis, Cochrane descubrió datos que no eran suficientes para la demostración de que los AINES disminuyen de forma significativa el dolor que produce la endometriosis.
- **AHC (Anticonceptivos Hormonales Combinados):** este tipo de anticonceptivos contienen Progestina y Etinilestradiol (EE), y, se pueden utilizar bien de forma cíclica o bien de forma continua para tratar la endometriosis. Su utilización continua puede producir un buen control del dolor. Los AHC pueden ser comparados con los análogos de GnRH. Las dosis óptimas de etinilestradiol en los AHC como tratamiento de la endometriosis aún no está definida, por esto, cuando se seleccionan los AHC se deben de basar en el perfil de los efectos secundarios, así como en las características que tiene la paciente, su edad, el hábito tabáquico, sus afecciones médicas, y sus antecedentes familiares. En los AHC, su componente de progestina produce la decidualización con la atrofia del endometrio eutópico.
- **Progestágenos:** de igual manera, las progestinas de acción corta y las progestinas de acción larga resultan tener eficacia para el tratamiento de la endometriosis. Los progestágenos más utilizados usualmente para tratar la endometriosis son el acetato de medroxiprogesterona (MPA) y los derivados de 19-nortestosterona (cómo, por ejemplo, el acetato de noretindrona, levonorgestrel y dienogest). En similitud con los anticonceptivos orales, el mecanismo de acción de los progestágenos supone la decidualización y después la atrofia pertinente del tejido endometrial.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

Los efectos secundarios más comunes de los anticonceptivos que contienen solamente progestina son incremento de peso, variaciones en el estado anímico o sangrado errático. A pesar de estos efectos secundarios, también reducen el dolor al 70-100%, así pues, las pacientes se encuentran satisfechas.

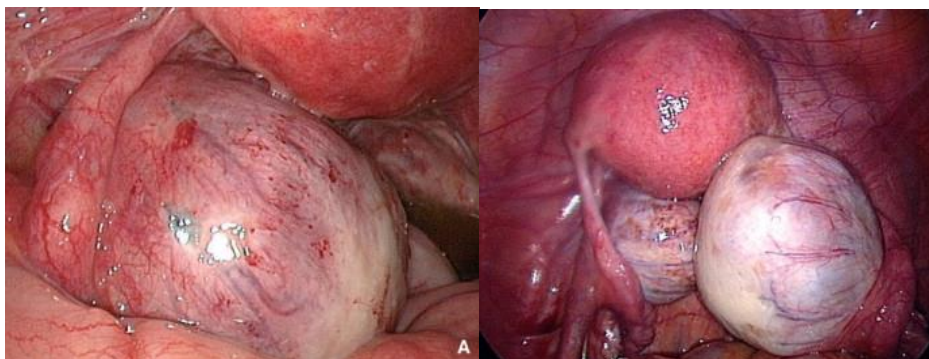
- **Otras progestinas y antiprogestinas:** hay diferentes estudios que han demostrado que la progestina Dienogest produce una mejora en el dolor pélvico estando en el contexto de la endometriosis y también produce efectos beneficiosos que persisten hasta unos 6 meses tras su interrupción. Por otra parte, el Dienogest que es un derivado de 19-nortestosterona no tiene efectos secundarios androgénicos, cosa que sí que tienen otros fármacos de este grupo.
- **Danazol:** se trata de un derivado de 17 a-ethinyltestosterona, cuya actuación sobre todo es inhibir el incremento de LH (Hormona Luteinizante) y la esteroidogénesis e incrementando los niveles de la testosterona libre. Los efectos secundarios de los hiperandrogénicos son acné, hirsutismo, agravamiento de la voz, e incremento de peso.
- **Agonistas de GnRH (hormona liberadora de gonadotropina):** su posible mecanismo de acción para el alivio del dolor en la endometriosis puede implicar la inducción de la atrofia endometrial de forma progresiva y de amenorrea. Los efectos secundarios pueden ser sobre todo por el estado hipoestrogénico inducido y pueden ser, sequedad vaginal, bochornos, decremento de la lívido, dolor de cabeza, variaciones de humor y agotamiento mineral óseo.
- **Inhibidores de la aromatasa:** la Aromatasa p-450 se trata de una de las enzimas claves en la biosíntesis de los estrógenos, porque cataliza la conversión de testosterona y de androstenediona a estradiol y a estrona. La aromatasa está de forma consistente en las lesiones de la endometriosis y también en el endometrio eutópico de pacientes con esta enfermedad, mientras que por el contrario se encuentra ausente en el endometrio eutópico de las mujeres que no tienen la enfermedad.

Por otro lado, el manejo quirúrgico para el alivio del dolor relacionado con la endometriosis puede utilizarse bien como terapia de primera línea o se puede iniciar tras terapias médicas que hayan resultado ser fallidas (Kho et al., 2018; Durón y Bolaños, 2018).

El tratamiento médico para los endometriomas puede producir una estabilización de su tamaño y/o la contracción temporal de los mismos, pero es necesario realizar una terapia quirúrgica de forma definitiva cuando el endometrioma es sintomático o es grande. Además, cuando el endometrioma es asintomático, pero es mayor de 4cm, también puede necesitar cirugía para poder realizar un diagnóstico histopatológico, ya que está asociado con el cáncer de ovario.

Imagen 1 y 2

Endometrioma Ovárico



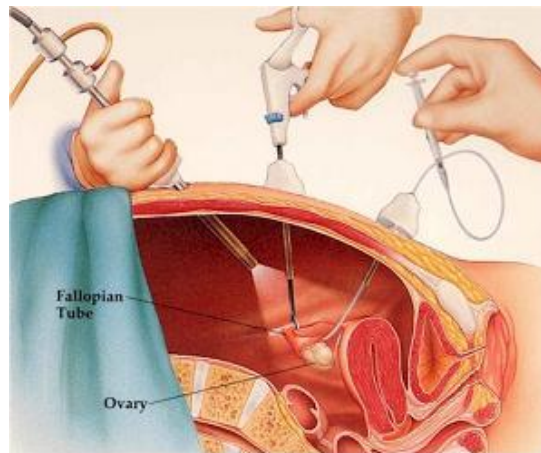
Fuente: Canis et al., (2015).

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

- **Laparotomía y laparoscopia:** para el tratamiento del dolor que está asociado a endometriosis. Son igual de efectivas las dos, tanto la laparotomía como la laparoscopia, aunque la cirugía por laparoscopia es la más utilizada en la endometriosis y de forma general está asociada con un menor dolor, también con menos tiempo de estancia hospitalaria y con una más rápida recuperación, además de un mejor resultado estético. En cambio, cuando las lesiones tengan una gran magnitud o cuando la localización de las mismas no permite tratamiento mediante laparoscopia, es necesario realizar la intervención mediante laparotomía.

Figura 6

Laparoscopia



Fuente: Centro Ginecológico Escalante, 2019.

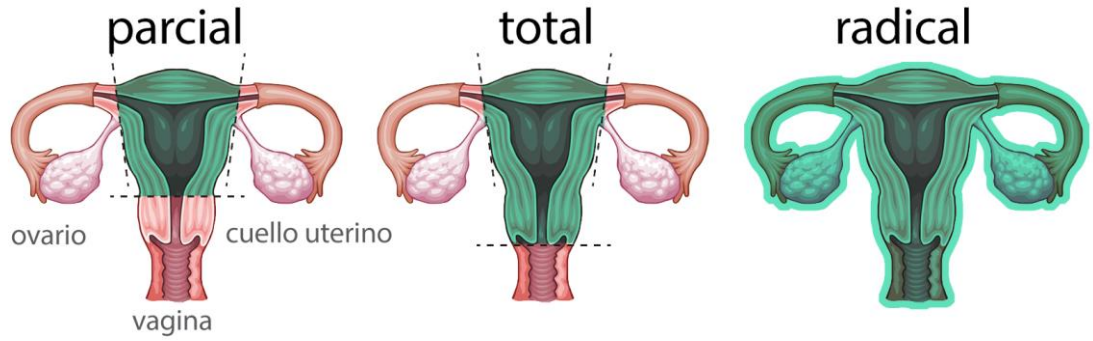
En aquellos casos en los que los quistes incrementen su tamaño, presenten síntomas de tipo doloroso que no remiten con fármacos o bien que presenten características en las ecografías que hagan sospechar de malignidad, se va a indicar resección completa del endometrioma.

- **Resección de endometrioma:** Esta técnica quirúrgica se realiza por medio de laparoscopia, ya que nos va a permitir poder evaluar la totalidad de la cavidad tanto pélvica como abdominal, también reservar ya no solo el quiste ovárico sino también otros focos existentes en la pelvis de endometriosis y así conseguir definitivamente un estudio histológico y poder certificar un diagnóstico de esta enfermedad, pudiendo descartar que la lesión sea maligna. Esta cirugía ha evidenciado su efectividad para disminuir el dolor y mejorar en la fertilidad. En cambio, aunque con esta técnica, la resección de endometriosis sea excelente, hay datos que muestran un daño potencial en la paciente, en su reserva ovárica. Por esta razón, este tratamiento se debe de evaluar conjuntamente con médicos de medicina reproductiva y equipos quirúrgicos ginecológicos, para conseguir optimizar el tratamiento, pues hay otras opciones existentes cómo, por ejemplo, la fertilización in vitro y la crioconservación de ovocitos que se podrían usar tanto antes como después de la cirugía.
- **Neurectomía presacra:** esta técnica supone interrumpir la inervación a nivel simpático del útero en el nivel del plexo hipogástrico superior. Esta intervención ha sido propuesta para tratar el dolor en la línea media que está asociado con la menstruación, ya que sus efectos han sido inconsistentes sobre otros componentes del dolor a nivel pélvico.
- **Histerectomía:** otro de los tratamientos quirúrgicos de la endometriosis es la histerectomía con salpingooforectomía bilateral (BSO), también denominada histerectomía con doble anexectomía o histerectomía radical, con él se consigue un riesgo menor de recurrencia de la endometriosis, ya que se extirpa el útero, cérvix, ovarios, trompas de Falopio, vasos linfáticos y ganglios. Esta intervención se usa sobre todo en mujeres que no tienen el deseo de mantener su fertilidad.

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

Figura 7

Tipos de histerectomía



Fuente: Azcárraga, (2020).

Tabla 1

Manejo de la endometriosis

Tratamiento de la Endometriosis

Manejo
Farmacológico



- AINES (Antiinflamatorios No Esteroideos).
- AHC (Anticonceptivos Hormonales Combinados).
- Progestágenos.
- Otras Progestinas y Antiprogestinas.
- Danazol.
- Agonistas de GnRh (Hormona liberadora de Gonadotropina).
- Inhibidores de la Aromatasa.

Manejo
Quirúrgico



- Laparotomía.
- Laparoscopia.
- Resección de Endometrioma.
- Neurectomía Presacra.
- Histerectomía.

Fuente: Elaboración propia a partir de Durón y Bolaños (2018).

Según, Rolla (2019), es necesario tener una consideración especial en los tratamientos para la infertilidad de estas pacientes. Aquellas técnicas quirúrgicas y de reproducción asistida se van a cruzar dependiendo de la edad de la mujer y de las diversas etapas de la enfermedad. En las enfermedades leves y mínimas frecuentemente se van a beneficiar de la cirugía experta. Y, por último, las etapas más avanzadas, moderadas y graves de forma general van a requerir fecundación in vitro (FIV).

3.1.6. Complicaciones

Según, Tanbo y Fedorcsak (2016) una de las principales complicaciones que produce la endometriosis además del dolor es la infertilidad. Esta afectación la puede producir mediante varias vías inclusive la inflamación peritoneal y alteraciones endocrinas que actúan interfiriendo en la función ovárica y producen una reducción de la competencia de los ovocitos.

Ha sido demostrado que en endometriosis leve cuando se extirpan focos peritoneales superficiales ocasiona una mejoría de la fertilidad, por otro lado, el efecto de la resección de endometriomas y de lesiones de infiltración profunda no se ha documentado el efecto sobre la fertilidad. Una de las opciones de tratamientos es la fecundación in vitro (FIV).

Según, Villegas-Echeverri et al. (2016), otra de las complicaciones que ocasiona esta enfermedad es el dolor pélvico crónico, este dolor es aquel que no es cíclico, con una duración superior a 3 meses que se localiza en la región pélvica, periné, pared abdominal anterior en la zona de debajo del ombligo, área genital, cadera o región lumbosacra, y presenta una severidad que puede provocar discapacidad funcional. Las pacientes afectadas por la endometriosis no pueden realizar ejercicio, padecen trastornos de sueño, también dificultad para poder disfrutar de su tiempo libre, socialización escasa, dificultad en la marcha, para concentrarse, tienen un impacto negativo tanto en su calidad de vida como en su sexualidad. Es cierto, que no todas las pacientes que presentan dolor pélvico crónico tienen endometriosis y no todas las que tienen endometriosis presentan dolor pélvico crónico, pero sí que es una complicación muy frecuente en esta enfermedad. Se ha demostrado que el dolor es persistente hasta después del tratamiento tanto médico como quirúrgico y también que esta enfermedad puede originar otros generadores de dolor.

3.1.7. Aspectos psicológicos

Según Quintero et al. (2017) se ha estudiado y se ha demostrado que el dolor producido por la endometriosis provoca negativas consecuencias tanto a nivel fisiológico como social y psicológico, e influye en desarrollar un malestar a nivel emocional cómo, por ejemplo, ansiedad y depresión. Aunque, el cómo afecta la enfermedad a la persona parece que están moderadas por cómo percibe la persona la propia enfermedad. En esta percepción influyen el locus de control, la autoestima, la satisfacción de su rol social y el apoyo social. Se ha demostrado que la endometriosis produce en las mujeres que la padecen un impacto en el funcionamiento psicológico y en la calidad de vida.

La endometriosis produce afectación en la calidad de vida de las pacientes que la padecen, aunque no amenace la vida, los factores que más afectan a esta son el dolor y el funcionamiento psicológico y social. El dolor contribuye a la disminución del desarrollo de actividades cotidianas ya no solo laborales sino también educativas, así afecta a la calidad de vida. También en aquellas mujeres que padecen esta enfermedad y experimentan dismenorrea, se puede observar una menor calidad de vida, que se relaciona con la salud mental y también con la salud física. A pesar de esto, también hay estudios que dicen lo contrario, que el dolor crónico y la dismenorrea no provocan afectación.

La endometriosis además parece que produce un impacto de forma negativa en aspectos como las relaciones afectivas que pueda tener la paciente, y uno de los factores que influye en esto es la dispareunia. También la proyección de tener hijos se puede ver afectada. Todo esto, puede perturbar la vida en pareja. Así mismo, encontramos que existe una gran asociación entre los factores psicosociales y los factores psicológicos negativos y la agudeza de la endometriosis, es por esto, que la calidad de vida también se relaciona con lo difícil que resulta la regulación emocional.

Por otro lado, hay factores que contribuyen en la disminución o en el aumento de cómo perciben las mujeres que padecen esta patología. Factores como la educación, la situación económica y también laboral, el efecto que produce el dolor sobre el estudio o el trabajo y si la paciente tiene pareja, están

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

relacionados con una mejor calidad de vida. Otros como la intensidad o la frecuencia del dolor, la comorbilidad con otras condiciones que afectan a la salud, la disfunción sexual, las cirugías que le han practicado, la cantidad de visitas que se le realiza al médico, el dolor entre menstruaciones, y la dispareunia o la cantidad de tiempo que tarda en diagnosticarse la enfermedad son factores que influyen en el decremento de la percepción de la calidad de vida. Igualmente, la depresión, la percepción del dolor y la ansiedad influyen también en este decremento, (Reula, 2018).

Uno de los síntomas principales, que produce además consecuencias más severas es la infertilidad. Esta, puede intervenir en la relación existente entre los desórdenes psiquiátricos, y también con el aislamiento social en esta enfermedad. Se ha hallado una relación entre los niveles de cortisol y la infertilidad. Generalmente, las pacientes que tienen endometriosis tienen niveles bajos de cortisol y la activación del eje HPA, la consecuencia de la desregulación de este eje es el dolor incapacitante.

Así mismo, la endometriosis se relaciona con grados elevados de somatización, alteraciones emocionales y sentimientos como la incertidumbre, este último tiene influencia en la escasez de la percepción de control, que afecta a la salud mental. Trastornos como la ansiedad y la depresión son los que mayor comorbilidad presentan, teniendo una tendencia a producirse conjuntamente. Estas dos afecciones parece que se encuentran influenciadas por el nivel de dolor. Igualmente, el propio malestar emocional contribuye a que exista más percepción del dolor. Estas dos afecciones parece que se encuentran influenciadas por el nivel del dolor. Igualmente, el propio malestar emocional contribuye a que exista más percepción del dolor, (Pérez, (2018); Quintero, Vinaccia & Quiceno, (2017); Lozano (2020).

3.2. Lynda Juall Carpenito y su modelo centrado en la persona

En el año 1983 Lynda Juall Carpenito crea el Modelo Bifocal. La enfermería mundial cuenta con distintas taxonomías que son de las más utilizadas y más extendidas, sobre todo en España, que son la NANDA, NOC y NIC. Cuando valoramos a un paciente, a una familia, etc., enfermería se encuentra con dos tipos de problemas, por un lado aquellos llamados Independientes, que son los Diagnósticos de Enfermería (DxE) y por otro lado aquellos llamados problemas interdependientes o problemas de colaboración, que son aquellos problemas duales, ya que intervienen dos profesionales de la salud, el médico y la enfermera, cada uno se encarga de unas intervenciones y competencias pero ambos deben de actuar de manera multidisciplinar.

La definición que Lynda Juall Carpenito da de problema de colaboración o problema interdependiente: “Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo (a un traumatismo, enfermedad, estudios diagnósticos o tratamiento) y que los profesionales enfermeros son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico” (Carpenito, 1983).

Lo que intenta Lynda Juall Carpenito con este modelo es situar al paciente en el centro de la atención.

En la práctica asistencial el enfoque del Modelo Bifocal es muy necesario, ya que no todos los problemas se pueden resolver y/o atender a través de Diagnósticos Enfermeros. También hay Problemas de Colaboración (PC) o Problemas Interdependientes y Riesgos de Complicación (RC). Todos derivan de situaciones bien fisiopatológicas o que se relacionan con el tratamiento que la persona está recibiendo, también aquellas que pueden sobrevenir por situaciones personales, ambientales o derivadas de la madurez de la persona.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

El Riesgo de Complicación (RC) deriva del Problema de Colaboración (PC). La enfermera se encarga de controlar su aparición y los cambios en el estado de las complicaciones a nivel fisiológico y se encarga de gestionar esos cambios para así poder evitar tanto la morbilidad como la mortalidad.

(Juall, (2005); Juall, (2016)).

Lynda Juall Carpenito contempla en su Manual de Diagnósticos Enfermeros, la enfermedad de la Endometriosis. Juall, (2016) define como problemas de colaboración de esta enfermedad hipermenorrea y polimenorrea y diferentes diagnósticos enfermeros como son:

- Dolor crónico relacionado con la respuesta del tejido endometrial ectópico (abdominal, peritoneal) a la estimulación hormonal ovárica cíclica.
- Patrón sexual ineficaz relacionado con coito doloroso o infertilidad.
- Ansiedad relacionada con la naturaleza impredecible de la enfermedad.
- Riesgo de gestión ineficaz de la propia salud relacionado con un conocimiento insuficiente de la patología, los mitos, el tratamiento farmacológico y el posible embarazo.

3.3. Enfermería y sus cuidados centrados en la persona y la endometriosis

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en 2013 creó una Guía de atención a las mujeres con endometriosis, con el objetivo de crear un documento para mejorar la equidad y la calidad de atención a estas pacientes dentro del SNS. El motivo de esta guía fue colaborar para que se pueda tener más conocimientos sobre la endometriosis basándose en la evidencia científica que hay disponible sobre ella y el consenso existente entre las personas expertas en este campo. Por otro lado, otro de los motivos fue contribuir ayudando a los diferentes equipos de profesionales sanitarios a la hora de la toma de decisiones sobre diferentes aspectos, entre ellos el diagnóstico, el tratamiento, la prevención, los cuidados, la derivación y otros aspectos que se relacionan con la endometriosis, para así avanzar en los modos de actuar en el SNS, ayudando en la atención integral a aquellas pacientes afectadas y sensibilizar a la sociedad ante la enfermedad.

A nivel mundial encontramos la World Endometriosis Society, que lo que busca es promover innovaciones y estándares, todos ellos basados en la evidencia científica para defender, educar, investigar y atender clínicamente la endometriosis y la adenomiosis para poder mejorar la vida de las personas afectadas y de sus familias.

El día mundial de la endometriosis es el 14 de marzo. El tema resulta tan importante que cada vez es más frecuente la celebración de congresos sobre la endometriosis, como, por ejemplo, el Congreso Mundial sobre Endometriosis, en Sao Paulo, Brasil, o el Congreso Internacional de Endometriosis, en Florencia. Así mismo, en enero de 2020 Murcia acogió en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca a los máximos referentes de España de esta enfermedad, para realizar un curso sobre la patología.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

En España existen diferentes unidades especializadas en esta enfermedad, entre las que se encuentran:

- **Murcia:** la Unidad de Endometriosis, se encuentra en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (H.U.V.A), la cual contiene dos consultas de forma exclusiva semanalmente, las que reciben a más de 2.000 visitas de forma anual.

Una de las ginecólogas especializadas en este campo e integrada en la unidad es la ginecóloga Laura Cánovas.

En Murcia encontramos diferentes clínicas privadas que también tratan la endometriosis.

- **Sanidad pública Madrid:** Madrid cuenta con dos unidades especialistas en endometriosis, una es la del Hospital Universitario de La Paz y la otra es la del Hospital Universitario Doce de Octubre. En el primero se trata del Equipo de la Doctora Alicia Hernández (Centros de Especialidades de Peña Grande. José Marvá y Colmenar Viejo Sur). Mientras que en el segundo es el Equipo del Doctor José Luis Muñoz (Centros de especialidades de Carabanchel. Villaverde Cruce y Orcasitas). También hay varias asociaciones, entre ellas, EndoMadrid (Asociación de Endometriosis de Madrid).

Actualmente, existen diversas asociaciones destinadas a la endometriosis, como por ejemplo, ADAEC (Asociación de Afectadas por Endometriosis), la AEE (Asociación de Endometriosis España).

Además, encontramos la SEUD (Society of Endometriosis and Uterine Disorders, Sociedad de Endometriosis y Trastornos Uterinos), cuyo objetivo es poder facilitar una plataforma a nivel científico de forma internacional, la cual proporciona un respaldo para ofrecer una mejor gestión en aquellas enfermedades ginecológicas que son benignas y a su vez en las disfunciones uterinas relacionadas con ellas.

Por otro lado, sería conveniente, tal y como menciona el SNS (2013) en su guía de atención a las mujeres con endometriosis, la elaboración de planes de cuidados por parte del personal de enfermería para conseguir que las mujeres diagnosticadas de esta enfermedad reciban una atención de gran calidad. Estos planes de cuidados deben de focalizar la atención en las necesidades de la paciente, respetando a la vez que incluyendo tanto sus preferencias como sus valores. La persona a la que se le realiza debe de ser autónoma e involucrarse en sus cuidados, ya que esto tiene una repercusión muy positiva, a la vez que lleva consigo grandes beneficios clínicos.

Así mismo, hay varios autores que hacen hincapié en la importancia de la participación de enfermería en el diagnóstico y en el tratamiento de esta enfermedad mediante la atención a las mujeres y la recolección de datos significativos para su diagnóstico. Con esto, no solo se contribuye a ese fin, sino que también estamos aportando al crecimiento del conocimiento por parte del personal de enfermería sobre la endometriosis y mejorando la manera de abordarla (Novakowski & Cabral, 2012)

Con el paso del tiempo resulta más necesaria la especialidad en este campo, la endometriosis, ya que, cada vez son más las mujeres que la sufren. A pesar de ser una enfermedad benigna, produce efectos importantes en ellas, que afectan en muchos sentidos de su vida, por todos estos motivos es necesaria la investigación para mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Estudio cualitativo, del tipo Estudio del caso. Con esta metodología se nos permite estudiar el caso profundamente, no se nos limita la recogida de datos y con él se pretende dar respuesta al por qué y al cómo usando distintas fuentes y diversos datos (Martínez, 2006).

4.2. Sujeto del estudio

Mujer de 20 años que acude a urgencias por dolor abdominal intenso atribuido a la menstruación. Tras pruebas y tratamientos en urgencias, se remite a cirugía urgente y se realiza una exéresis de un quiste endometriósico, derivando finalmente en Endometriosis Pélvica Severa.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio

El estudio se realizó en el “Servicio de Urgencias Maternal” de un hospital de la Región de Murcia. En el periodo del 28 de Septiembre del 2020 al 10 de Mayo de 2021.

4.4. Procedimiento de recogida de información

4.4.1. Fuente de información

Como fuente de información hemos utilizado los siguientes instrumentos:

- Historia clínica de la paciente, sobre todo del servicio de ginecología.
- Exploración, observación y examen físico directo a la paciente.
- Valoración enfermera utilizando los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Búsqueda y revisión bibliográfica.

Tabla 2

Bases de datos, artículos revisados y seleccionados

Bases de datos	Artículos Revisados	Artículos seleccionados
Elsevier	15	8
Pubmed	40	16
Scielo	24	10
Science Direct	8	4

Fuente: Elaboración propia.

4.4.2. Procedimiento de información

La recogida de datos comenzó realizando una breve y rápida entrevista a la paciente, dónde pudimos obtener información sobre lo que le ocurría y datos sobre ella. Una vez que se tomaron estos datos, en todo momento se aseguró la confidencialidad y privacidad tanto de los datos como de la paciente. Se realizó una breve revisión de la historia clínica y se procedió a la exploración física de la paciente por parte del médico y enfermeros.

Se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, en las siguientes Bases de datos: Scielo, Pubmed, base de datos de la editorial Elsevier, en la que se utilizaron los siguientes descriptores: Endometriosis, infertilidad, endometriosis, esterilidad.

4.5. Procesamiento de los datos

Los datos del sujeto de estudio han sido analizados y organizados en los siguientes procedimientos:

En primer lugar, con los datos que se obtuvieron se detectaron los posibles diagnósticos de nuestra paciente según la taxonomía NANDA, Heather Herdman & Kamitsuru, (2018-2020). Tras esto se realizó un análisis en base a la Metodología Enfermera asociada al modelo AREA propuesta por Peasut & Herman (1999) para así poder obtener el diagnóstico de enfermería principal. Seguidamente se propusieron las principales complicaciones potenciales asociadas a nuestro caso, basándonos en el Manual de Diagnósticos Enfermeros de Lynda Juall Carpenito y en la evidencia científica, ya que algunos riesgos no los contemplaba. Para poder trabajar tanto el diagnóstico principal como las complicaciones potenciales mediante la taxonomía NOC y NIC se establecieron objetivos, que, para poder lograrlos hubo que establecer también unas intervenciones y actividades.

En un segundo momento, se realizó un análisis crítico de la evidencia científica incluida en este estudio, tomando como base los objetivos planteados.

5. RESULTADOS

5.1 Descripción del caso

Mujer de 20 años, nuligesta, que acude a urgencias por dolor abdominal intenso atribuido a la menstruación, mareada, con fatiga, comenta tener mucho frío, requiere silla de ruedas para acceder.

Antecedentes personales:

No presenta AMC (Alergias Medicamentosas Conocidas). No HTA. No DM. No Dislipemia. No fumadora. No antecedentes quirúrgicos.

Tratamiento: Toma anticonceptivos orales (ACO).

Anamnesis médica: La paciente refiere que le había venido la menstruación, esa misma mañana se levantó bien para ir a clase, pero en el transcurso tuvo que ser llevada a su domicilio porque empezó con pinchazos en la zona abdominal muy intensos, dolor y náuseas, aunque no vómitos. Al tumbarse en la cama se queda medio inconsciente y con sensación de ahogo de ese mismo dolor, al ver esto su pareja decide llevarla a urgencias. Narra tener frío, sensación de mareo, cansancio, fatiga y no puede mantenerse en bipedestación. Habitualmente para los dolores de la menstruación toma Antalgín (Naproxeno), aunque esta vez sin efecto. Cuenta que en agosto acudió a su médico de cabecera porque los dolores menstruales eran más intensos de lo habitual y sufría fiebre con ellos, la exploró y la derivó al ginecólogo para realizarle una ecografía con cita en diciembre. Refiere que su barriga cambió de forma hace dos años.

Exploración Física: FC:65rpm; TAS: 125mmHg; TAD: 87mmHg; SatO₂: 98-99%. T^a: 36.9°C.

Nivel de consciencia: Consciente y orientada.

Se palpa masa en hipogastrio hasta el ombligo que podría corresponder a Quiste anexial.

Pruebas complementarias:

En un primer momento se cursa analítica completa urgente (Hemograma, bioquímica y coagulación más orina) y luego se pide repetir otra analítica, solo con hemograma de control, se canaliza vía venosa periférica. También se piden Radiografías tanto de tórax como de abdomen, y se realizan Ecografías abdominales.

Se administra analgesia y antieméticos por vía intravenosa, (Vademecum, 2015):

- Ketorolaco: principio activo: Ketorolaco. Vía de administración en este caso: IV. Posología Ketorolaco: IM (administrar de forma lenta y profunda a nivel muscular) o vía IV. Inicialmente: 10 mg, seguidamente de entre 10 a 30 mg cada 4 a 6 horas, según se necesite para ir controlando el dolor, en el caso en que el dolor sea muy intenso se debe iniciar con 30mg. Las dosis máximas que se deben de administrar son 90mg. En ancianos 60mg. La duración que puede tener en total en tratamiento no puede ser más de 2 días.
- Primperan: principio activo: Metoclopramida Hidrocloruro. Vía de administración en este caso: IV. Posología Primperan: se pueden administrar 10 mg durante un máximo de 3 veces al día. En los niños, de 0.1 a 0.5 mg por kg con un máximo también de 3 veces al día. La duración que puede tener este tratamiento como máximo son 5 días. Así como las dosis máximas son de 0.5mg/kg al día teniendo que reducir las dosis en insuficiencias renales o hepáticas graves.

Resultados

Primer análisis sanguíneo:

- Hemograma: Leucocitos: 11.250, Hb: 12.6, Hematocrito 39.1%, Plaquetas 229.000.
- Bioquímica: Glucosa: 128, Urea: 30, Creatinina: 0.8, Na:140, K: 3.7, Amilasa: 42, GPT: 24.
- Coagulación: INR: 1.10.
- Orina: Leucocitos 0-5. Amilasa 361.

Segundo análisis sanguíneo con solo hemograma de control:

- Hemograma control: Leucocitos: 11.000.

Radiología:

- Rx de abdomen: heces duras abundantes.
- Rx de tórax: no se ve neumoperitoneo.

Ecografía abdominal: Probable quiste anexial derecho que alcanza hasta mesogastrio y con líquido libre entre asas, en espacio de Morrison y periesplénico.

Útero y ovarios normales.

Se remite a cirugía urgente ante la sospecha de torsión del quiste anexial derecho. Se realiza cirugía conservadora con exéresis de quiste endometriósico de 12cm que cubre el útero hasta plica vesicouterina y hasta ombligo, derivando en Endometriosis Pélvica Severa.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

5.2. Valoración del caso

(Avilés, López, Driéguez, & Conesa, 2019):

PATRÓN 1: Percepción-Manejo de Salud

No presenta alergias medicamentosas conocidas. No HTA. No DM. No Dislipemia. No fumadora. No antecedentes quirúrgicos. Ni antecedentes familiares.

Vacunación completa.

No presenta alergias conocidas.

No antecedentes médicos ni de accidentes de interés. Tampoco antecedentes familiares.

No fumadora.

Tratamiento: ACO (Anticonceptivos Orales).

Este patrón se encuentra en riesgo de alteración.

PATRÓN 2: Nutricional-Metabólico.

No presenta alergias ni intolerancias alimentarias.

No DM (Diabetes Mellitus). No Dislipemia.

Refiere náuseas.

Primer análisis sanguíneo:

- Hemograma: Leucocitos: 11.250, Hb: 12.6, Hematocrito 39.1%, Plaquetas 229.000.
- Bioquímica: Glucosa: 128, Urea: 30, Creatinina: 0.8, Na:140, K: 3.7, Amilasa: 42, GPT: 24.
- Coagulación: INR: 1.10.
- Orina: Leucocitos 0-5. Gérmenes abundantes. Amilasa 361.

Segundo análisis sanguíneo con solo hemograma de control:

- Hemograma control: Leucocitos: 11.000.

Este patrón se encuentra alterado.

PATRÓN 3: Eliminación.

Estreñimiento, refiere realizar una deposición cada 2-3 días.

Micción normal sin ningún tipo de incontinencia.

Este patrón se encuentra alterado.

PATRÓN 4: Actividad-Ejercicio.

No HTA.

No problemas respiratorios.

Constantes vitales normales, FC:65rpm; TAS: 125mmHg; TAD: 87mmHg;
SatO₂: 98-99%. T^a: 36.9°C.

Independencia para ABVD y AIVD.

Este patrón no se encuentra alterado.

PATRÓN 5. Sueño-Descanso.

La paciente refiere sueño nocturno poco reparador, lo relaciona con siestas largas y cada vez que le viene la menstruación, con el dolor.

Este patrón se encuentra alterado.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

PATRÓN 6. Cognitivo-Perceptivo.

Consciente y orientada.

Sin alteraciones auditivas ni visuales.

Dolor abdominal localizado correctamente, utilizando la escala EVA (Escala Visual Analógica) la paciente refiere una puntuación de 9 (Intenso).

Este patrón se encuentra alterado.

PATRÓN 7: Autopercepción-Autoconcepto.

Da mucha importancia al cambio de forma de su barriga desde hace 2 años, lo que hace pensar que puede tener algún problema o riesgo de desarrollarlo con su imagen corporal.

Gran preocupación ante lo que le deparará la situación, sobre todo si acaba en cirugía.

Este patrón se encuentra alterado.

PATRÓN 8: Rol-Relaciones.

Estudia un grado superior.

Gran preocupación por la situación de la paciente por parte de su familia, familia bastante unida.

Este patrón no dispone de datos que estén alterados.

PATRÓN 9: Sexualidad-Reproducción.

Toma ACO (Anticonceptivos Orales).

No embarazos ni abortos, G0P0A0, nuliparidad.

Este patrón no se encuentra alterado.

PATRÓN 10: Adaptación-Tolerancia al estrés.

No disponemos de datos para valorar este patrón.

PATRÓN 11: Valores-Creencias.

Carecemos de datos para valorar este patrón.

5.3. Diagnósticos de Enfermería (DxE)

Una vez realizada la valoración de enfermería y teniendo los patrones que se encuentran alterados, en riesgo o en disposición de mejora, nos dirigimos a obtener los diagnósticos de enfermería de cada patrón utilizando el NANDA Internacional, (Heather Herdman & Kamitsuru, 2018-2020).

PATRÓN 1: Percepción-Manejo de la Salud.

(00004) Riesgo de infección r/c enfermedad crónica.

Definición: Susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

Dominio: 11 Seguridad/Protección.

Clase: 1 Infección.

PATRÓN 2: Nutricional-Metabólico.

(00134) Náuseas r/c ansiedad, temor m/p sensación de náuseas.

Definición: Fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos.

Dominio: 12 Confort.

Clase: 1 Confort físico.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

PATRÓN 3: Eliminación.

(00011) Estreñimiento r/c hábitos de eliminación inadecuados, hábitos dietéticos inadecuados m/p heces duras, formadas.

Definición: Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

Dominio: 3 Eliminación e Intercambio.

Clase: 2 Función gastrointestinal.

PATRÓN 5: Sueño-Descanso.

(00095) Insomnio r/c siestas frecuentes, estresores m/p patrón de sueño no reparador.

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Dominio: 4 Actividad/Reposo.

Clase: 1 Sueño/Reposo.

PATRÓN 6: Cognitivo-Perceptivo.

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor y conducta expresiva.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión real o potencial, o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.

Dominio: 12 Confort.

Clase: 1 Confort físico.

PATRÓN 7: Autopercepción-Autoconcepto.

(00153) Riesgo de baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal.

Definición: Susceptible de desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación concreta, que puede comprometer la salud.

Dominio: 6 Autopercepción.

Clase: 2 Autoestima.

(00146) Ansiedad r/c amenaza del estatus habitual y estresores m/p preocupación.

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de apresión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés.

Clase:2 Respuestas de afrontamiento.

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

5.3.1. Priorización del Diagnóstico de Enfermería Principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA.

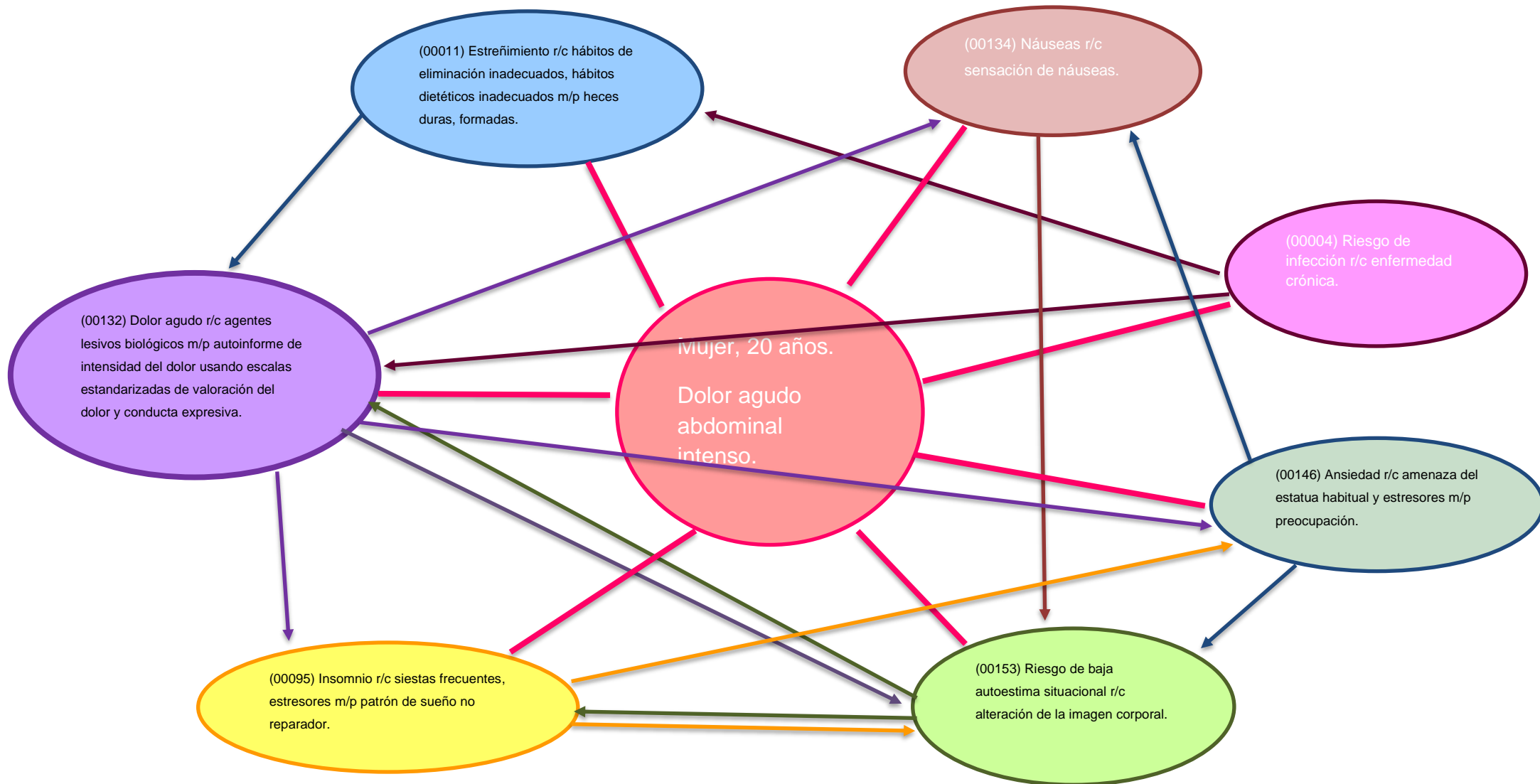


Figura 8: *Red de Razonamiento Crítico para obtener el DxEp (Diagnóstico de Enfermería Principal), basada en el modelo AREA, propuesto por Peasut & Herman (1999).*

Fuente: Elaboración propia basada en el modelo AREA de Pesut & Herman (1999).

5.3.2. Justificación del DxEp

Atendiendo a la Red de Razonamiento hemos obtenido como DxEp el diagnóstico (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor y conducta expresiva, ya que, es el diagnóstico que más relación presenta con nuestra paciente, puesto que acude a urgencias por esto mismo, por dolor agudo en abdomen y también es el principal problema para abordar. Además de ser el diagnóstico que más relaciones tiene con los demás y abordando este podríamos intentar solucionar los demás.

A continuación, justificamos las relaciones que tiene el DxEp (dolor agudo) con los otros diagnósticos.

- **Relación entre dolor agudo y riesgo de baja autoestima situacional.**

Según Hall-Flavin (2019), los problemas que produce el dolor y este mismo, pueden afectar al estado de ánimo. Sobre todo, el dolor que causa incapacidad puede producir baja autoestima por los problemas que puede producir en el trabajo, económicamente, o por no poder participar en el ocio.

El dolor y la depresión presentan una conexión, ya que el dolor puede producir depresión, así como la depresión puede causar dolor.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

- **Relación entre dolor agudo e insomnio.**

Según Vico-Romero, Cabré-Roure, Monteis-Cahis, Palomera-Fanegas, y Serra-Prat, (2014), en un estudio realizado para ver cuál era la prevalencia del insomnio en los pacientes durante su periodo de hospitalización y así poder identificar los factores de riesgo que van relacionados a este, se vio que, algunos de los factores principales que se asociaban al insomnio eran la depresión, antecedentes de ansiedad, pirosis, el dolor, miedo y la capacidad funcional limitada durante el tiempo de ingreso.

- **Relación entre dolor agudo y náuseas.**

Según Mesas Idáñez, (2012), el dolor visceral es caracterizado por ser de tipo cólico cuando se produce en una víscera hueca, se trata de un dolor profundo, que no se localiza bien, sordo, a veces es un dolor irradiante o que se siente en un área lejana al órgano que se encuentra afectado. Acostumbra a ir acompañado de síntomas vegetativos, como son las náuseas, los vómitos, la sudoración, el incremento de la presión arterial, así como de la frecuencia cardíaca. Un ejemplo de este dolor son procesos agudos como la apendicitis.

- **Relación entre dolor agudo y ansiedad.**

En un estudio realizado para poder realizar una descripción del impacto que tiene el dolor en el sueño y los síntomas tanto de ansiedad como de depresión en pacientes que presentan algún tipo de dolor neuropático, se vio que entre el 19,7% y el 12,9% de pacientes presentaban ansiedad y depresión. Utilizando escalas, se han podido ver alteraciones a nivel del estado emocional de los pacientes y han corroborado que existe una alta frecuencia de trastornos de ansiedad y depresión que se asocian al dolor neuropático, (Gálvez et al. 2006).

5.4. Problema de Colaboración (PC) y Riesgos de Complicación (RC)

Para poder obtener los problemas de colaboración y los riesgos de complicación, hemos utilizado el Manual de Diagnósticos Enfermeros de Lynda Juall Carpenito (Juall Carpenito, 2016).

- PC: Endometriosis.
 - RC de hipermenorrea.
 - RC de polimenorrea.
- PC: Plan de cuidados genéricos en el adulto hospitalizado.
 - RC: Disfunción cardiovascular.
 - RC: Insuficiencia respiratoria.
- PC: Endometriosis (García Velasco, y otros, 2013):
 - RC: Dolor crónico.
 - RC: Retraso en la recuperación quirúrgica.
 - RC: Disfunción sexual.
 - RC: Ansiedad.
 - RC: Baja Autoestima Crónica.
 - RC: Infertilidad.
- PC: Anticonceptivos Orales, (Cases, 2018).
 - RC: Trombosis venosa profunda.
 - RC: Tromboembolismo.
 - RC: Accidente Cerebrovascular.

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

5.4.1. Priorización del Riesgo de Complicación Principal (RCp), mediante una Red de Razonamiento basada en el Modelo AREA.

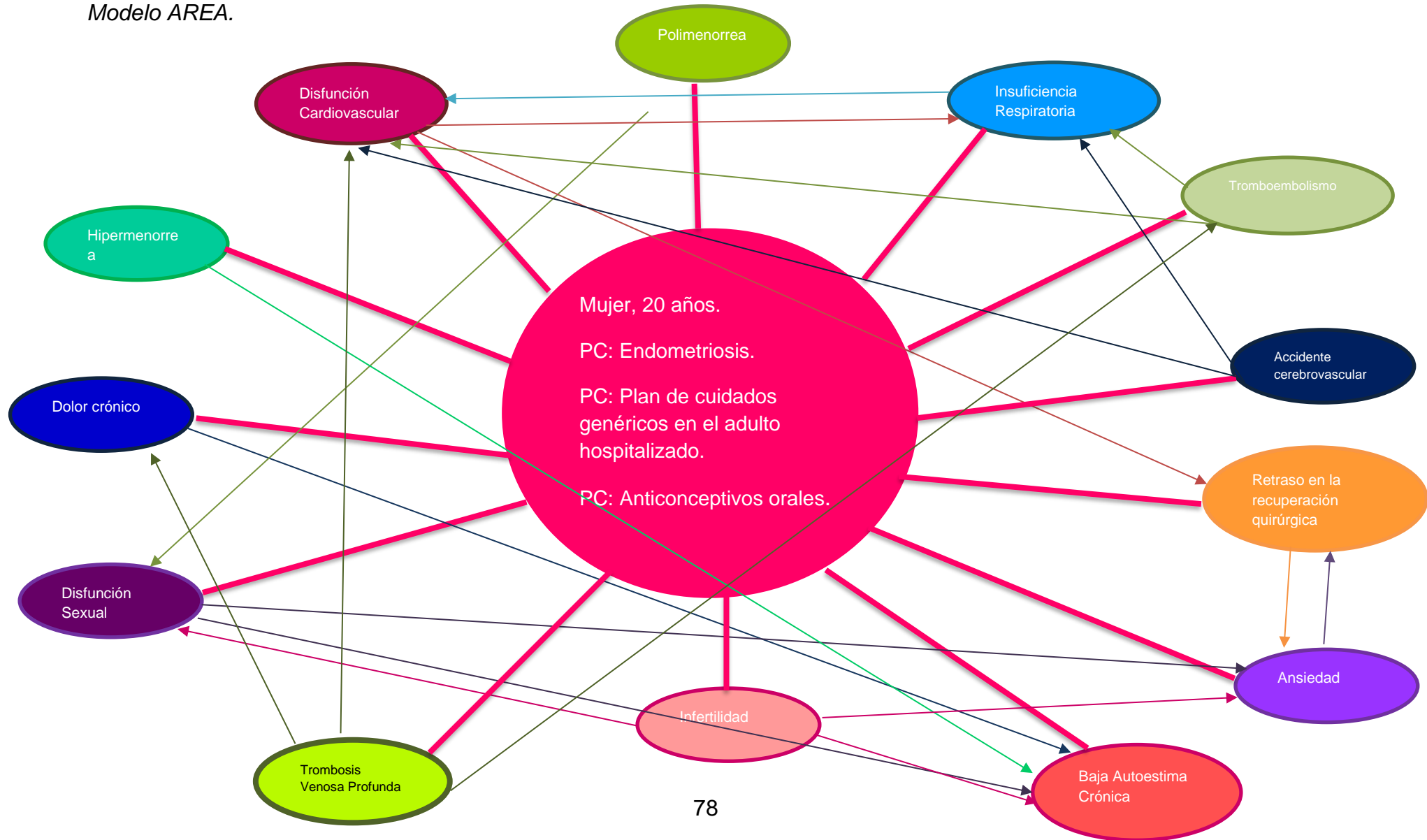


Figura 9: *Red de Razonamiento Crítico para obtener el RCp.*

Fuente: Elaboración propia a partir de Carpenito 2016 y otras fuentes.

5.4.2. Justificación del RC principal

Obtenemos como Riesgo de complicación principal (RCp) Infertilidad, ya que se trata de uno de los principales riesgos de complicación que puede llevar asociado la enfermedad que tiene nuestra paciente además de ser el que más probabilidades tiene de suceder con la operación, ya que no se sabe si a nuestra paciente van a tener que extirparle cualquier órgano reproductor debido al endometrioma que presenta y por el cual se tiene que realizar la cirugía de urgencia. Además, se trata del Riesgo de Complicación que más relaciones presenta con los demás riesgos.

Sin embargo, como el problema de colaboración de la Infertilidad es muy difícil de abordar en un servicio de urgencias como el que estamos porque disponemos de muy poco tiempo para abordarlo, escogemos como riesgo de complicación principal Trombosis Venosa Profunda, ya que es otro de los riesgos de complicación que presenta nuestra paciente por sus antecedentes y por su tratamiento, los anticonceptivos orales. Es un riesgo que se puede dar durante el tiempo en el que la estamos atendiendo y evitando este riesgo podríamos evitar otros cómo, por ejemplo, el dolor crónico, la disfunción cardíaca o el tromboembolismo.

A continuación, vamos a justificar los dos riesgos de complicación junto con sus relaciones, RC Infertilidad y RC Trombosis Venosa Profunda.

- **RC Infertilidad:**

Según Fernández y Albornoz (2010), la endometriosis se manifiesta durante la etapa de la vida reproductiva y se diagnostica de forma frecuente en pacientes que se encuentran en estudio por infertilidad. En las etapas avanzadas de la enfermedad, la infertilidad tiene su explicación en la distorsión a nivel anatómico de los órganos reproductores mientras que, en las fases iniciales, cuando no hay distorsión a nivel anatómico se debe a la aparición de una

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

reacción inflamatoria peritoneal que puede comprometer el desarrollo folicular, ovulación, implantación, así como el desarrollo embrionario. La endometriosis puede aparecer también de forma asintomática y manifestarse solamente mediante la infertilidad.

- **Relación de RC Infertilidad con RC Disfunción sexual.**

Según González y Miyar Pieiga, (2001), la infertilidad puede ser tanto de origen masculino como femenino. La pareja debe de buscar ayuda, así como tratamiento médico y evaluar el aparato reproductor de ambos, tanto de él como de ella. Evaluar la infertilidad puede ser en el ámbito emocional muy traumático y se puede convertir en amenazante tanto para la imagen emocional, física, así como sexual del paciente. La entrevista debe de tener un enfoque que permita visualizar la esfera sexual, indagando sobre todas las conductas sexuales, coito, frecuencia y deseo sexual entre otros. Hay parejas en las que este procedimiento para visualizar su infertilidad puede provocar disfunción sexual, cambios en su comportamiento a nivel sexual, lo que produce un efecto desfavorable en el pronóstico.

Este proceso es bastante largo y prolongado, y las parejas infértiles sufren variaciones emocionalmente y puede producir un resultado peor en el aspecto de la función y de la satisfacción a nivel sexual. Por eso, es tan importante hacer una reflexión sobre la repercusión que tiene la infertilidad, que puede causar insatisfacciones y disfunciones sexuales. También, durante el proceso de estudio, así como de tratamiento de la infertilidad, pueden existir reproches entre la pareja de la no participación por igual en el tratamiento y en el estudio, y para responder a esto, a veces, uno de los dos puede demandar más relaciones sexuales mientras que otras pueden negarse a mantener estas relaciones, provocando así disfunciones sexuales que entorpecen más en la situación de infertilidad.

Según Martín-Jiménez et al. (2011), no hay un acuerdo sobre cuáles son las repercusiones que provoca la infertilidad sobre la sexualidad. Aunque sí que la infertilidad es considerada como un factor de alto riesgo para que se produzcan disfunciones sexuales, tanto masculinas como femeninas.

- **Relación de RC Infertilidad con RC Ansiedad.**

Según Palacios & Jadresic, (2000), el debate de la relación que hay a nivel emocional y la infertilidad siempre ha estado en el centro de los diferentes estudios tanto psicológicos como psiquiátricos de los pacientes, sobre todo en las mujeres que sufren complicaciones para la concepción de un hijo o para conseguir embarazos a término. Las secuelas psicológicas que puede acarrear la infertilidad son importantes grados tanto de ansiedad como de depresión, sentimientos de culpabilidad, de miedo o de aislamiento.

- **Relación entre RC Infertilidad y RC Baja Autoestima Crónica.**

Según Carreño-Meléndez, Bium-Gryberg, Sánchez-Bravo, & Henales-Almaraz, (2008), por la gran cantidad de manifestaciones clínicas durante el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de infertilidad junto con los cambios de las diferentes fases se produce un impacto emocionalmente, que se expresa a través de reacciones depresivas, ansiosas, de baja autoestima, bajo autoconcepto, relaciones de pareja deficientes y en referencia al ámbito sexual, disconformidades familiares o aislamiento.

Según Contreras-García et al., (2016), se realizó un estudio con el objetivo de realizar una descripción de los niveles tanto de ansiedad, desesperanza, así como de autoestima en mujeres diagnosticadas de infertilidad que iban a iniciar un tratamiento para la fecundación in vitro. En dicho estudio, se vio que las pacientes que padecen infertilidad tienen elevados niveles de ansiedad, de desesperanza y de baja autoestima. Por eso, es imprescindible evaluar estas condiciones en las mujeres que se someten a tratamiento para la infertilidad, porque el factor mental es un aspecto muy importante en la salud a nivel sexual y reproductivo de estas.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

- **RC: Trombosis Venosa Profunda:**

Según Gallardo et al., (2017), la Trombosis Venosa Profunda trata de una patología que es usual y que tiene mucho efecto social, que conlleva complicaciones que pueden resultar mortales como, por ejemplo, la embolia pulmonar. Hay bastantes patologías o factores de riesgo que se pueden asociar a su aparición, tales como el tratamiento con anticonceptivos orales (ACO), hay diferentes tipos de ACO, pero todos ellos están asociados con un incremento del riesgo de sufrir Trombosis Venosa Profunda.

- **Relación entre RC Trombosis Venosa Profunda y RC Tromboembolismo.**

Según Valle, (2018), un tromboembolismo pulmonar es una obstrucción de una de las partes de la zona arterial pulmonar como consecuencia de un coágulo o trombo que es procedente de una parte del cuerpo diferente. En la mayor parte de los casos este coágulo es formado en las venas de las piernas y viaja a la arteria pulmonar. Frecuentemente, se presenta con síntomas como: disnea, dolor en el tórax, sensación de mareo o de desvanecimiento, es posible que también se presente con fiebre y con tos acompañada de sangre. Cuando se trata de coágulo o trombo muy grande que puede obstruir la arteria pulmonar, puede ocasionar la muerte del paciente.

Según, Sandoval & Florenzano, (2015) la trombosis venosa profunda tiene su presentación con dolor y edema localizado en extremidades inferiores o superiores. Dos de las principales complicaciones de la Trombosis Venosa Profunda son el Tromboembolismo Pulmonar y el síndrome postrombótico.

- **Relación entre RC Trombosis Venosa Profunda y RC Dolor.**

Según Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC (2020), entorno a una tercera parte de los pacientes que presenta trombosis venosa profunda van a presentar complicaciones a largo plazo como consecuencia del daño que provoca el coágulo en las válvulas venosas, lo que es conocido como Síndrome Postrombótico (SPT). Estos pacientes pueden tener síntomas como por ejemplo inflamación, decoloración,

dolor, en los casos más severos se pueden producir descamación o úlceras en la región del cuerpo que se encuentre afectada. También, en algunos casos los síntomas pueden ser más severos y producir discapacidad en el paciente.

- **Relación entre RC Trombosis Venosa Profunda y RC Disfunción cardiovascular.**

Según Douketis, (2018), entre las complicaciones más frecuentes de la Trombosis Venosa Profunda nos encontramos: insuficiencia venosa crónica, síndrome posflebítico o embolia pulmonar.

En la insuficiencia venosa crónica se compromete el retorno venoso, que en ocasiones puede producir molestias a nivel del miembro inferior, también edema y cambios en la piel. El síndrome posflebítico o protrombótico se trata de la insuficiencia venosa crónica sintomática que suele aparecer tras una trombosis venosa profunda. Las causas de la insuficiencia venosa crónica son las afecciones que causan hipertensión venosa, generalmente es debida a una lesión venosa o por una incompetencia de las válvulas, como ocurre tras una trombosis venosa profunda.

5.5. Planificación

5.5.1. Planificación del DxEp

Teniendo el Diagnóstico de Enfermería Principal:

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor y conducta expresiva.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión real o potencial, o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

Dominio: 12 Confort.

Clase: 1 Confort físico.

5.5.2 Resultado (NOC)

Para obtener el Resultado Principal, hemos utilizado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), (Moorhead, Johnson, L. Maas, & Swanson, 2018), obteniendo como resultado principal:

- **(1605) Control del dolor.**

Definición: Acciones personales para eliminar o reducir el dolor.

Dominio: 4 Conocimiento y conducta de salud.

Clase: Q Conducta de salud.

Código: (1605)

Tabla 3

NOC Principal

NOCp	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(1605) Control del dolor.	1	5	5 horas
Escala Likert: 5: Siempre demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 3: A veces demostrado; 2: Raramente demostrado; 1: Nunca demostrado.			

Fuente: Elaboración propia basándonos en el NOC (Moorhead, Johnson, L. Maas, & Swanson, 2018)

Tabla 4*Indicadores del NOCp (1605) Control del dolor*

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(160511) Refiere dolor controlado	1	5	5 horas
(160509) Reconoce los síntomas asociados al dolor.	4	5	5 horas
(160513) Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.	3	5	5 horas
(160527) Realiza técnicas efectivas de relajación.	2	5	5 horas
Escala Likert: 5: Siempre demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 3: A veces demostrado; 2: Raramente demostrado; 1: Nunca demostrado.			

Fuente: Elaboración propia a partir de la Escala Likert de los indicadores del NOC, (Moorhead, Johnson, L. Maas, & Swanson, 2018).

5.5.3. Intervenciones (NIC)

Para la consecución de los resultados (NOC) que hemos propuesto en función del DxEp, vamos a utilizar el listado de intervenciones (NIC) 2014, con el fin de establecer las intervenciones, (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2014).

- (4190) Punción intravenosa (i.v.).

Definición: Inserción de una aguja hueca en una vena periférica para administrar líquidos, sangre o fármacos.

Campo: II Fisiológico: Complejo.

Clase: N Control de la perfusión tisular.

Actividades:

- Verificar la orden del tratamiento i.v.
- Instruir al paciente acerca del procedimiento.
- Utilizar una técnica aséptica estricta.
- Identificar si el paciente es alérgico a algún tratamiento.
- Proporcionar apoyo emocional, si es preciso.
- Verificar que el paciente tenga una postura cómoda.
- Seleccionar una vena apropiada para la venopunción, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, las experiencias previas con las punciones i.v. y cuál es la mano no dominante.
- Tener en cuenta los factores de la evaluación al explorar las venas para la inserción de la cánula (p.ej., edad del paciente, finalidad del catéter, calibre del catéter, material de la cánula, proximidad de la cánula a las articulaciones, estado de la extremidad, estado del paciente, habilidad del profesional).
- Elegir el tipo adecuado de aguja en función del propósito y duración prevista de uso.
- Aplicar un torniquete 10-12 cm por encima del sitio de punción previsto, de forma adecuada.
- Pedir al paciente que abra y cierre el puño varias veces.

- Golpear suavemente con los dedos la zona de la punción después de aplicar el torniquete, si es preciso.
- Limpiar la zona con una solución adecuada, según el protocolo del centro.
- Insertar la aguja según las instrucciones del fabricante, usando solo agujas dotadas de medidas de prevención de lesiones por instrumentos punzantes.
- Determinar la correcta colocación mediante la observación de la sangre en la cámara o en el sistema.
- Retirar el torniquete lo antes posible.
- Fijar la aguja con esparadrapo en el sitio firmemente.
- Conectar la aguja al sistema i.v. o irrigar y conectar a un sistema de cierre relleno con suero salino según sea apropiado y siguiendo el protocolo del centro.
- Aplicar un apósito transparente pequeño en el sitio de inserción i.v.
- (4235) Flebotomía: vía canalizada.

Definición: Extracción de una muestra de sangre a través de un catéter vascular permanente para pruebas de laboratorio.

Campo: II Fisiológico: Complejo.

Clase: N Control de la perfusión tisular.

Actividades:

- Montar el equipo, lavarse las manos y ponerse guantes.
- Quitar el tapón o tubo para acceder a la conexión; limpiar la conexión con alcohol y dejarla secar.
- Aplicar un torniquete central al lugar i.v. periférico, solo si es necesario.
- Conectar un adaptador sin aguja y un vacutainer, o jeringa, a la conexión de acceso vascular, abrir la vía al paciente ajustando la llave de cierre o abriendo las pinzas.
- Aspirar suavemente la sangre en la jeringa o tubo de muestras adecuado; desechar la primera cantidad según el catéter utilizado, las pruebas de

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

laboratorio prescritas y las normas del centro; recoger la sangre necesaria para las pruebas de laboratorio.

- Quitar el torniquete, si se ha aplicado.
 - Lavar la conexión y el catéter con la solución adecuada. Monitorizar con atención para evitar que se introduzcan burbujas de aire o coágulos en la línea.
 - Colocar un tapón limpio en la conexión de acceso y reanudar las infusiones que se hayan interrumpido.
 - Llenar los tubos de muestras de la jeringa del vacutainer de la manera adecuada (p.ej., tubo heparinizado al final).
 - Etiquetar y empaquetar las muestras según las normas del centro; enviar al laboratorio indicado.
 - Colocar todos los objetos cortantes y contaminados en el contenedor adecuado.
- (2314) Administración de medicación: intravenosa (i.v.).

Definición: Preparación y administración de medicaciones por vía intravenosa.

Campo: II Fisiológico: Complejo.

Clase: H Control de fármacos.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Comprobar las fechas de caducidad de los fármacos y de las soluciones.
- Comprobar las posibles incompatibilidades entre fármacos i.v.
- Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación.
- Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter i.v. en la vena.
- Administrar la medicación i.v. a la velocidad adecuada.
- Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas del centro.

- (6680) Monitorización de los signos vitales.

Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

Campo: IV Seguridad.

Clase: V Control de riesgos.

Actividades:

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia.

- (5900) Distracción.

Definición: Desvío intencionado de la atención o supresión temporal de emociones y pensamientos para alejarlos de sensaciones indeseables.

Campo: III Conductual.

Clase: T Fomento de la comodidad psicológica.

Actividades:

- Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento, recordar un suceso positivo, centrarse en una fotografía o un objeto neutro, imaginación dirigida o el humor, o bien ejercicios de respiración profunda.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

- Enseñar al paciente los beneficios de estimular varios sentidos (p.ej., a través de la música, contando, viendo la televisión, leyendo, videojuegos o juegos manuales, o con realidad virtual).
- aconsejar al paciente que practique la técnica de distracción antes del momento necesario, si fuera posible.
- Fomentar la participación de la familia y allegados y enseñarles, si resulta oportuno.
- (4238) Flebotomía: muestra de sangre venosa.

Definición: Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.

Campo: II Fisiológico: Complejo.

Clase: N Control de la perfusión tisular.

Actividades:

- Revisar la orden médica de la muestra que debe extraerse.
- Verificar la correcta identificación del paciente.
- Crear un ambiente de intimidad.
- Revisar las experiencias previas de venopunción y las preferencias del paciente sobre el sitio de la venopunción.
- Seleccionar la vena, teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, el estado mental, comodidad, edad, disponibilidad y condición de los vasos sanguíneos, así como la presencia de fistulas o derivaciones arteriovenosas.
- Seleccionar el tipo y el tamaño de aguja adecuados.
- Seleccionar el tubo de muestra sanguínea adecuado.
- Estimular la dilatación del vaso mediante el uso de un torniquete, gravedad, aplicación de calor, masajeando la vena o apretando el puño y luego relajándolo.
- Evitar aplicar el torniquete más de 1 minuto para minimizar la hemólisis de la muestra.

Resultados

- Limpiar la muestra con una solución adecuada, según el protocolo del centro.
- Limpiar la zona con un movimiento circular, comenzando en el punto de la venopunción establecido y moviéndose en círculos hacia afuera.
- Mantener una técnica aséptica estricta.
- Solicitar al paciente que permanezca quieto durante la venopunción.
- Insertar la aguja con un ángulo de 20-30° en la dirección del retorno sanguíneo venoso.
- Observar si se produce retorno sanguíneo en la aguja.
- Extraer la muestra de sangre.
- Retirar la aguja de la vena y aplicar presión inmediatamente en el sitio con una gasa seca mínimo durante 1 minuto.
- Aplicar apósito, si procede.
- Etiquetar la muestra con el nombre del paciente, fecha y hora de la extracción, y demás información, según protocolo del centro.
- Enviar la muestra etiquetada al laboratorio correspondiente.
- Colocar todos los objetos afilados (agujas) en un contenedor.
- (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad.

Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Campo: III Conductual.

Clase: S Educación de los pacientes.

Actividades:

- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- Evitar promesas tranquilizadoras vacías.
- Proporcionar información a la familia/allegados acerca de los progresos del paciente, según proceda.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

- Proporcionar información acerca de las medidas de diagnóstico disponibles, según resulte adecuado.
- Comentar las opciones de terapia/tratamiento.
- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas que debe notificar al profesional sanitario, según corresponda.

- (7920) Documentación.

Definición: Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.

Campo: VI Sistema Sanitario.

Clase: B Control de la información.

Actividades:

- Registrar los hallazgos completos de la valoración en la historia clínica.
- Documentar las valoraciones de cuidados, diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería y los resultados de los cuidados proporcionados.
- Registrar fecha y hora precisas de los procedimientos o consultas de otros profesionales.
- Describir las conductas del paciente de manera objetiva y precisa.
- Registrar la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería.
- Registrar la resolución/estado de los problemas identificados.
- Utilizar los datos de la documentación en la garantía de calidad y acreditación.

5.6. Planificación del RCp

Riesgo de Complicación Principal: Trombosis Venosa Profunda.

5.6.1. Resultado (NOC)

(1932) Control del riesgo: Trombos.

Definición: Acciones personales para entender, prevenir, eliminar o reducir el peligro de formación de trombos o émbolos.

Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud.

Clase: T Control del riesgo.

Tabla 5

NOC del RCp

NOCp	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(1932) Control del riesgo: Trombos	5	5	5 horas.
Escala Likert: 5: Siempre; 4: Frecuentemente demostrado; 3: A veces demostrado; 2: Raramente demostrado; 1: Nunca demostrado.			

Fuente: Elaboración propia utilizando el NOC, (Moorhead, Johnson, L. Maas, & Swanson, 2018).

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

Tabla 6

Indicadores para el NOCp del RCp (1932) Control del riesgo: Trombos

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(193205) Controla signos y síntomas de formación de trombos o émbolos.	5	5	5 horas
(193205) Utiliza la medicación según prescripción.	5	5	5 horas
(193225) Obtiene el tratamiento inmediato si se presentan los signos y síntomas de trombo.	5	5	5 horas
Escala Likert: 5: Siempre; 4: Frecuentemente demostrado; 3: A veces demostrado; 2: Raramente demostrado; 1: Nunca demostrado.			

Fuente: Elaboración propia a partir del NOC (Moorhead, Johnson, L. Maas, & Swanson, 2018).

5.6.2. Intervenciones (NIC)

Para conseguir los resultados (NOC), utilizamos el listado de intervenciones (NIC) para establecer las diferentes intervenciones que nos ayuden a su consecución, (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2014).

- (6550) Protección contra las infecciones.

Definición: Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo.

Campo: IV Seguridad.

Clase: V Control de riesgos.

Actividades:

- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.
- Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.
- Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.
- Fomentar el descanso.
- Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

- (6610) Identificación de riesgos.

Definición: análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.

Campo: IV Seguridad.

Clase: V Control de riesgos.

Actividades:

- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
- Considerar los criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo (p.ej., nivel de concienciación y motivación, efectividad, coste, viabilidad, preferencias, equidad, estigmatización y severidad de los resultados si los riesgos continúan sin abordarse).
- Aplicar las actividades de reducción del riesgo.

5.7. Ejecución

Viernes, 9 de octubre de 2020.

Turno diurno (24 horas).

En estas cinco horas vamos a intentar que nuestra paciente no presente complicaciones y con esto intentar obtener resultados positivos para ella.

El turno comienza a las 08:00h de la mañana, en urgencias del maternal del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, una vez dado el relevo, se comienzan a realizar las intervenciones y actividades que necesite cada paciente.

En torno a las 09:00h de la mañana, nos avisan para realizar un triaje, según Soler, Gómez, Bragulat, & Álvarez, (2010), se trata de un procedimiento que nos permite gestionar el riesgo clínico para manejar de forma adecuada y segura el flujo de pacientes. Se usan sistemas de triaje que se estructuran en cinco niveles de prioridad, que son asignados en función del grado de urgencia). Con el triaje, entrevistamos a nuestra paciente, le tomamos las constantes vitales (temperatura, tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno), a través de la intervención: (6680) Monitorización de los signos vitales:

Según Ayesa Cano, (2015):

Los materiales necesarios para la toma de constantes vitales son: fonendoscopio, termómetro, esfigmomanómetro y un manguito del tamaño correcto, cronómetro y guantes no estériles.

Antes de realizar la toma de las constantes vitales se debe de realizar la identificación del paciente, colocarlo en una posición correcta, higiene de manos y colocación de guantes no estériles.

Frecuencia Cardíaca (FC): sus valores normales son entre 60/80 lpm/rpm. La medición la realizaremos a través de un pulso periférico, palpando la arteria utilizando los dedos índice y corazón. Si se realiza a través de un pulsioxímetro, hay que poner el pulsioxímetro en uno de los dedos del paciente.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

Frecuencia Respiratoria (FR): sus valores normales son entre 12/20rpm en los adultos y entre 20/30 en los niños. Se debe de realizar a través de la observación (contando los ciclos por minuto), palpación (colocando nuestra mano sobre el tórax del paciente y contando los ciclos que realiza durante un minuto) o a través de fonendoscopio (colocando la campana en el hemitórax derecho y contar lo ciclos que realiza durante un minuto).

Tensión Arterial (TA): Hay varios estados dependiendo de los valores que obtengamos:

- Normotenso: TA Sistólica: 140/90mmHg; TA Diastólica: 90/50mmHg.
- Hipertenso: TA Sistólica: >140mmHg; TA Diastólica >90mmHg.
- Hipotenso: TA Sistólica: <90mmHg; TA Diastólica: <50mmHg.

Para realizar la medición hay que colocar al paciente en la posición correcta y colocar el miembro extendido y apoyado. Se puede realizar manualmente con fonendoscopio y esfigomanómetro o mediante un monitor.

Temperatura (T^a): Dependiendo de los valores que nos dé la toma de temperatura, nos encontramos con varios estados:

- Normotermia: T^a normal, entre 35/37°C.
- Hipotermia: T^a baja, <35°C.
- Febrícula: T^a ligeramente alta, 37.1/37.9°C.
- Hipertermia o fiebre: T^a alta, mayor o igual a 38°C.

Se llevan a cabo las siguientes actividades:

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia.

Resultados

Tras realizar esta intervención, la clasificamos con un nivel amarillo (urgencia, debe de ser vista antes de 60 minutos), aunque como el ginecólogo no estaba viendo a ninguna paciente, además de que no había nadie en la sala de espera, nuestra paciente, entra a una sala de reconocimiento donde la valora el ginecólogo de guardia. Quien minutos más tarde, pauta el ingreso y algunas intervenciones, que vamos a realizar enfermería junto con otras propias de esta para intentar mejorar el estado de salud de nuestra paciente.

09:40h pasamos a la paciente a la sala de observación donde le asignamos una cama. Pasamos a la paciente de pendientes a la sala de observación en el ordenador, con el programa "Selene" y buscamos las peticiones que tiene por realizar.

09:50h realizamos: (4190) Punción intravenosa (i.v.) y (6550) Protección contra las infecciones.

(4190) Punción intravenosa (i.v.):

Según Ayesa Cano & Lindes, (2015):

La canalización de una vía venosa periférica se trata de una técnica invasiva que hace posible tener una vía fija al sistema vascular de nuestro paciente. Mediante ella se puede administrar tanto sueroterapia, medicación, así como nutrición parenteral.

El material que se necesita para realizar esta canalización es: compresor, jeringuilla cargada con suero fisiológico, esparadrapo, gasas o algodón, antiséptico, guantes no estériles, un apósito que es preferible que sea transparente, catéter del calibre correcto, llave de tres pasos.

Primero le informamos al paciente sobre el procedimiento que le vamos a realizar. Tras esto, hacemos la higiene de manos, colocarse los guantes y colocar el compresor sobre el brazo del paciente. Es recomendable comenzar valorando las venas más distales como las de la mano o las del antebrazo, aunque sí en urgencias no encontramos, se valorarán después las de la flexura del codo o en el brazo. Las venas se valoran tanto por su calibre como por su

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

recorrido. Una vez hemos escogido la vena elegimos el calibre del catéter. Desinfectamos la zona con antiséptico. Antes de realizar la punción nos tenemos que asegurar de que el bisel de la aguja vaya hacia arriba. Cuando puncionemos y veamos que la sangre refluye hacia la cámara cogemos la aguja con una mano y con la otra iremos avanzando el catéter de plástico hasta que sea introducido entero. Retirar el compresor, poner un poco de esparadrapo para la sujeción de la vía, retirar la aguja y conectar la llave de tres pasos una vez salinizada. Poner el apósito transparente encima de la vía junto con cintas de esparadrapo. Para finalizar haremos pasar suero fisiológico de la jeringa precargada para que la vía se mantenga permeable.

Las actividades realizadas fueron:

- Verificar la orden del tratamiento i.v.
- Instruir al paciente acerca del procedimiento.
- Utilizar una técnica aséptica estricta.
- Identificar si el paciente es alérgico a algún tratamiento.
- Proporcionar apoyo emocional, si es preciso.
- Verificar que el paciente tenga una postura cómoda.
- Seleccionar una vena apropiada para la venopunción, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, las experiencias previas con las punciones i.v. y cuál es la mano no dominante.
- Tener en cuenta los factores de la evaluación al explorar las venas para la inserción de la cánula (p.ej., edad del paciente, finalidad del catéter, calibre del catéter, material de la cánula, proximidad de la cánula a las articulaciones, estado de la extremidad, estado del paciente, habilidad del profesional).
- Elegir el tipo adecuado de aguja en función del propósito y duración prevista de uso.
- Aplicar un torniquete 10-12 cm por encima del sitio de punción previsto, de forma adecuada.
- Pedir al paciente que abra y cierre el puño varias veces.
- Golpear suavemente con los dedos la zona de la punción después de aplicar el torniquete, si es preciso.
- Limpiar la zona con una solución adecuada, según el protocolo del centro.

Resultados

- Insertar la aguja según las instrucciones del fabricante, usando solo agujas dotadas de medidas de prevención de lesiones por instrumentos punzantes.
 - Determinar la correcta colocación mediante la observación de la sangre en la cámara o en el sistema.
 - Retirar el torniquete lo antes posible.
 - Fijar la aguja con esparadrapo en el sitio firmemente.
 - Conectar la aguja al sistema i.v. o irrigar y conectar a un sistema de cierre relleno con suero salino según sea apropiado y siguiendo el protocolo del centro.
 - Aplicar un apósito transparente pequeño en el sitio de inserción i.v.
-
- (6550) Protección contra las infecciones:

Según Asociación Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS), (2017):

Para que se produzca una infección o una colonización, deben tener lugar una sucesión de elementos unidos para que se transmita el microorganismo infeccioso al huésped que es susceptible. Estas infecciones se pueden producir tanto en la comunidad como en las diferentes instituciones sanitarias.

Hay dos tipos de precauciones según el mecanismo que tengan de transmisión los microorganismos:

- Precauciones estándar: se emplean a todos los pacientes de forma independiente a cuál sea su diagnóstico o de si tiene o no infección o colonización latente. Estas intervenciones tienen el objetivo de disminuir la transmisión de estos microorganismos que son patógenos. Todas estas prevenciones son: el lavado o higiene de manos, utilización de equipo de protección personal, manejar correctamente todos los instrumentos punzantes, así como los desechos, los equipos, las soluciones y el ambiente y la ropa.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

- Precauciones que se basan en el mecanismo de transmisión: estas son aquellas que se llevan a cabo en pacientes en los que ya se conoce o se tiene un diagnóstico de infección o colonización y también ante sospecha.

El lavado de manos, que es una de las precauciones que se deben de llevar a cabo, trata de frotarse las manos con agua y con jabón y enjuagarlas, normalmente con agua abundante, con el objetivo de quitar los microorganismos. Los pasos del lavado son:

1. Con agua, mojarse las manos.
2. Poner en la palma de la mano jabón.
3. Frotarse las palmas de las manos una con la otra.
4. Frotarse con la palma derecha el dorso de la izquierda.
5. Con los dedos entrelazados frotarse las dos manos.
6. Frotarse el dorso de los dedos agarrando los dedos con la otra palma.
7. Coger el pulgar con la palma de una mano y realizar movimientos circulares, primero con el pulgar de una mano y después con el otro.
8. Frotar la punta de los dedos de una mano en la palma contraria con movimiento rotatorio y después los dedos de la otra.
9. Enjuagar las dos manos con agua.
10. Utilizando una toalla desechable secar las manos.
11. Se debe de cerrar el grifo con la toalla.
12. Las manos están limpias y son seguras.

Y la higiene con soluciones hidroalcohólicas consiste también en frotarse las manos con antiséptico con el objetivo también de quitar los microorganismos con el efecto microbicida de la solución. Los pasos que debemos seguir para la desinfección de manos son:

1. Echar en la palma de la mano solución hidroalcohólica.
2. Frotar las dos palmas entre sí.
3. Con la palma de una mano frotar el dorso de la otra poniendo los dedos entrelazados, repitiendo con la otra mano.
4. Con los dedos entrelazados frotar las palmas de las manos.
5. Agarrándose los dedos frotarlos.

6. Coger el pulgar de una mano con la mano contraria y realizar movimientos rotatorios, después hacer lo mismo con el otro.
7. La punta de los dedos se frota con la palma de la mano contraria haciendo movimientos rotatorios y viceversa.
8. Cuando las manos estén secas, están seguras.

Se realizan las siguientes actividades:

- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.
- Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.
- Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.
- Fomentar el descanso.
- Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.

10:00h pasamos a realizar la intervención (4235) Flebotomía: vía canalizada y (6550) Protección contra las infecciones.

Según Caro Pérez et al., (2010):

Los materiales necesarios para extraer sangre a través de un catéter venoso periférico son, según si es con jeringa, se necesitarían agujas estériles de doble bisel y soporte para las agujas, si vamos a extraer la sangre mediante el método de tubo con vacío, los materiales que necesitamos son agujas intravenosas y jeringas. Independientemente del método se necesita: antiséptico, compresor, contenedor para objetos punzantes, esparadrapo, etiquetas para identificar, gasas no estériles y gasas estériles, petición de analítica, portatubos y tubos.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

El procedimiento para seguir es:

1. Verificar la orden médica y comprobar la petición de la analítica.
2. Informar al paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar.
3. Realizar la higiene de manos y preparar el material junto al paciente.
4. Mantener el contenedor cerca para desechar el material.
5. Identificar al paciente y preservar su intimidad.
6. Aplicar el antiséptico.
7. Ponernos los guantes no estériles.
8. Colocar el compresor.
9. Extraer la sangre y desechar 3cc de sangre.
10. Si resulta necesario, debemos ajustar la posición y el ángulo del catéter para poder tener un buen flujo de sangre.
11. Recoger la muestra de sangre, llenar los tubos de forma adecuada y colocarlos en el portatubos.
12. Lavar el catéter con suero fisiológico.
13. Retirar el compresor.
14. Recoger el material.
15. Dejar al paciente cómodamente.
16. Poner en los tubos los códigos.
17. Retirar los guantes y realizar una higiene de manos.
18. Cursar las muestras al laboratorio y registrar el procedimiento.

Las actividades que se llevan a cabo son las siguientes:

- Montar el equipo, lavarse las manos y ponerse guantes.
- Quitar el tapón o tubo para acceder a la conexión; limpiar la conexión con alcohol y dejarla secar.
- Aplicar un torniquete central al lugar i.v. periférico, solo si es necesario.
- Conectar un adaptador sin aguja y un vacutainer, o jeringa, a la conexión de acceso vascular, abrir la vía al paciente ajustando la llave de cierre o abriendo las pinzas.
- Aspirar suavemente la sangre en la jeringa o tubo de muestras adecuado; desechar la primera cantidad según el catéter utilizado, las pruebas de

laboratorio prescritas y las normas del centro; recoger la sangre necesaria para las pruebas de laboratorio.

- Quitar el torniquete, si se ha aplicado.
- Lavar la conexión y el catéter con la solución adecuada. Monitorizar con atención para evitar que se introduzcan burbujas de aire o coágulos en la línea.
- Colocar un tapón limpio en la conexión de acceso y reanudar las infusiones que se hayan interrumpido.
- Llenar los tubos de muestras de la jeringa del vacutainer de la manera adecuada (p.ej., tubo heparinizado al final).
- Etiquetar y empaquetar las muestras según las normas del centro; enviar al laboratorio indicado.
- Colocar todos los objetos cortantes y contaminados en el contenedor adecuado.

10:05h se preparan los medicamentos prescritos.

10:10h se realiza la intervención (2314) Administración de medicación: intravenosa (i.v.) y (6550) Protección contra las infecciones.

Según Florez & Romero, (2010):

La administración de medicación por vía intravenosa se puede realizar de tres formas:

- Infusión continua: administración de un medicamento en un intervalo de tiempo asignado, de forma general suele estar mantenida durante 24 horas.
- Infusión intermitente: administración de un medicamento en un intervalo limitado, máximo 2 horas, es un volumen pequeño de líquido.
- Infusión en bolo, administración de un medicamento de forma directa en la vena a través de una jeringuilla.

El material necesario para la administración de medicamentos por vía intravenosa es: el medicamento, guantes, jeringuillas tanto de 5cc. como de 10 cc., equipo para la administración, suero de 100cc. o de 250cc., antiséptico.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

El procedimiento que seguir es:

1. Comprobar la prescripción médica.
2. Informar al paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar y el porqué de administrarle ese fármaco.
3. Comprobar las alergias del paciente.
4. Higiene de manos.
5. Preparar la medicación.
6. Colocarse los guantes y poner al paciente cómodamente.
7. Desinfectar la conexión o el tapón de la llave de tres pasos.
8. Colocar el equipo de infusión y abrir la llave de tres vías para que se pueda administrar la medicación.
9. Comprobar que el acceso venoso es permeable.
10. Abrir el equipo de infusión y ajustar el ritmo a una velocidad adecuada.
11. Una vez que haya terminado la administración, debemos de lavar el catéter con suero fisiológico.
12. Cerrar la llave de tres pasos y colocar un tapón a la llave de tres pasos.
13. Retirar el equipo de infusión.
14. Valorar los signos vitales.

Se llevan a cabo las siguientes actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Comprobar las fechas de caducidad de los fármacos y de las soluciones.
- Comprobar las posibles incompatibilidades entre fármacos i.v.
- Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación
- Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter i.v. en la vena.
- Administrar la medicación i.v. a la velocidad adecuada.
- Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas del centro.

10:20h se realiza la intervención (7920) Documentación.

Aquí registramos todos los procedimientos e intervenciones que le hemos realizado a nuestra paciente, con el fin de que quede reflejado en su historia clínica y dejar constancia de ello.

Según Leal et al. (2005):

Uno de los principales objetivos de la documentación enfermera es la revelación de su rol profesional, para hacer ver la función y el papel de enfermería.

Con la documentación y registro de enfermería buscamos hacer visibles los que denominamos “cuidados invisibles” que son las actividades e intervenciones que permiten a los pacientes tener conciencia sobre sus elecciones acerca de su salud, poder actuar y realizar acciones que van unidas a su estado de salud.

Las disciplinas científicas logran desarrollarse a causa del registro y a dejar todo el desarrollo por escrito. Florence Nightingale ya nombraba la importancia del registro y de dejar prueba de todas las acciones enfermeras para cuidar. El registro es la base del crecimiento a nivel profesional.

Se debe de registrar y documentar toda aquella particularidad que deba ser especificada bajo el juicio profesional. Aunque de forma específica, lo más importante y básico es constatar todos las etapas y pasos de la actuación que el profesional realiza con el paciente.

Según García, Navío, & Valentín, (2007):

La documentación o registro de enfermería es una parte imprescindible en el proceso asistencial sanitario, donde están integrados la historia clínica de la persona, que trae consigo unas responsabilidades y repercusiones tanto profesional como legalmente, y que es necesario utilizarlos en la práctica para garantizar la calidad.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

Realizar el registro de todos los cuidados enfermeros que diariamente se les brinda a los pacientes, es una actividad imprescindible, para conseguir una correcta calidad sanitaria, así como para el correcto crecimiento de nuestra profesión.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), se trata de un método que es aplicado en la asistencia sanitaria enfermera, permitiendo brindar cuidados a los pacientes racional y sistemáticamente, también permite individualizar y cubrir las necesidades tanto de nuestro paciente, como de su familia, así como de la comunidad. El PAE, está compuesto por cinco etapas que se relacionan entre sí, que son: Valoración, Diagnóstico enfermero, Planificación, Ejecución y, por último, Evaluación. En cada una de estas etapas debe de contener su registro enfermero que corresponda, para así poder conseguir tanto un buen sistema de comunicación entre los profesionales sanitarios, conseguir también la calidad de los cuidados, así como un sistema para poder evaluar la gestión de servicios de enfermería. Los registros enfermeros son una declaración sobre las distintas acciones y comportamientos del profesional y donde se recoge la información de la acción de enfermería en referencia tanto al paciente, tratamiento, así como la evolución de este.

Se realiza a través de las siguientes actividades:

- Registrar los hallazgos completos de la valoración en la historia clínica.
- Documentar las valoraciones de cuidados, diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería y los resultados de los cuidados proporcionados.
- Registrar fecha y hora precisas de los procedimientos o consultas de otros profesionales.
- Describir las conductas del paciente de manera objetiva y precisa.
- Registrar la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería.
- Registrar la resolución/estado de los problemas identificados.
- Utilizar los datos de la documentación en la garantía de calidad y acreditación.

10:30h se realiza la intervención (6680) Monitorización de los signos vitales.

10:40h realizamos la intervención (5900) Distracción.

Según Conde, (2019):

El objetivo de la intervención de la distracción es la disminución del dolor, que se consigue realizando una desviación de la atención a otro foco diferente del procedimiento o del proceso que está viviendo. Reduce el dolor y la ansiedad, y, la distracción también es posible que disminuya el tiempo de las intervenciones, esto sucede porque el paciente tiende a colaborar mejor.

La distracción se puede realizar de dos formas, activa o pasiva. Entre las técnicas de la distracción activa nos encontramos la musicoterapia, la conversación, la relajación, la respiración controlada, la realidad virtual o los videojuegos mientras que en la distracción pasiva encontramos escuchar música o ver el televisor.

La intervención se realiza a través de las siguientes actividades:

- Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento, recordar un suceso positivo, centrarse en una fotografía o un objeto neutro, imaginación dirigida o el humor, o bien ejercicios de respiración profunda.
- Enseñar al paciente los beneficios de estimular varios sentidos (p.ej., a través de la música, contando, viendo la televisión, leyendo, videojuegos o juegos manuales, o con realidad virtual).
- Aconsejar al paciente que practique la técnica de distracción antes del momento necesario, si fuera posible.
- Fomentar la participación de la familia y allegados y enseñarles, si resulta oportuno.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

11:00h se realiza la intervención (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad.

Según Clavijo, (2016):

La educación para la salud tiene varios objetivos entre ellos nos encontramos la promoción y educación en factores que afectan a la población en general y también a los individuos particularmente. No solo enseña conductas, sino que también se encarga de intentar cambiar estas conductas y elaborar comportamientos que sean saludables.

Se trata de un procedimiento constructivo para promocionar y cambiar educativamente con el fin de mejorar la salud de las personas.

Entre los objetivos de la educación para la salud nos encontramos: Facilitar conductas efectivas para conducir a una vida saludable. Cambios a nivel medioambiental para favorecer la mejora del entorno en el que se vive. Conseguir que los pacientes sean partícipes de su proceso de salud y enfermedad.

La educación se trata de un proceso multidireccional en el que se intenta transmitir tanto conocimientos, valores, diferentes maneras de actuar, así como costumbres.

Lo que se busca con la educación para la salud es la información tanto individual como colectivamente a la población acerca de los riesgos que hay sobre la salud, acerca de cómo evitarlos. Instruir acerca de conductas que sean favorables para la salud. la resolución de dudas sobre temas que puedan mermar la salud. la explicación de en qué consisten diferentes enfermedades, sobre el qué hacer en ellas y aprender a la detección de las diferentes complicaciones que pueden ocurrir. Y, sobre todo, conseguir que la persona participe en su proceso de salud.

Se realizan las siguientes actividades:

- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- Evitar promesas tranquilizadoras vacías.
- Proporcionar información a la familia/allegados acerca de los progresos del paciente, según proceda.
- Proporcionar información acerca de las medidas de diagnóstico disponibles, según resulte adecuado.
- Comentar las opciones de terapia/tratamiento.
- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas que debe notificar al profesional sanitario, según corresponda.

11:30h se realiza la intervención (6610) Identificación de riesgos.

Según Agra Varela, (2014):

En el ámbito de la seguridad del paciente, un riesgo consiste en la probabilidad que hay de que se produzca un incidente. Uno de los factores que incrementa el riesgo son los errores, por eso es imprescindible poder detectarlos y controlarlos.

La gestión del riesgo en la sanidad son todas aquellas actividades tanto clínicas como administrativas destinadas a identificar, evaluar y disminuir el riesgo. Sus fases son:

1. Identificación del riesgo: se realiza a través de la historia clínica, la información que aportan los diferentes profesionales, las notificaciones, etc.
2. Análisis y evaluación del riesgo: Nos permite ser conocedores de la importancia del riesgo, su frecuencia, la evitabilidad y los factores que van asociados para ver los más importantes.
3. Planificación e implementación de la respuesta a los riesgos: cuando ya tenemos identificados los riesgos y los hemos analizado tenemos que realizar un plan.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

4. Seguimiento y revisión: ir siguiendo las medidas que hemos implantado y ver hasta donde alcanzan nuestros objetivos.

Las actividades que se llevan a cabo son:

- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
- Considerar los criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo (p.ej., nivel de concienciación y motivación, efectividad, coste, viabilidad, preferencias, equidad, estigmatización y severidad de los resultados si los riesgos continúan sin abordarse).
- Aplicar las actividades de reducción del riesgo.

12:00h se realiza la intervención (6680) Monitorización de los signos vitales.

12:10h se realiza la intervención (7920) Documentación.

12:20h la paciente es trasladada a rayos donde se le realizan dos radiografías, una de abdomen y otra de tórax. Tras esto, la paciente entra al reconocimiento, donde se pauta otra analítica sanguínea y administración de medicación.

13:00h se realiza la intervención (4238) Flebotomía: muestra de sangre venosa y (6550) Protección contra las infecciones.

Según Cerezo Vadillo, (2012):

La extracción de sangre venosa consiste en obtener una muestra sanguínea venosa para realizar un análisis hematológico, bioquímico o microbiológico con el fin de obtener un diagnóstico o para controlar la salud.

Se puede realizar mediante dos técnicas, bien con tubo de vacío o bien mediante jeringa. Los materiales que se necesitan para los dos procedimientos son:

- Mediante tubo de vacío: agujas estériles o palometa de calibre correcto y un adaptador o una campana.
- Mediante jeringa:
 - Agujas o palomilla de calibre correcto estériles.
 - Jeringuillas.
 - Compresor.
 - Guantes no estériles.
 - Gasas o en su defecto algodón.
 - Esparadrapo.
 - Clorhexidina o alcohol de 70°.
 - Tubos de vacío de acuerdo con la prescripción.
 - Contenedor para desechos.
 - Petición médica de la analítica.

El procedimiento para seguir para la realización de la extracción de sangre venosa es:

1. Preparación del material que se necesita.
2. Ir hasta donde se encuentra el paciente.
3. Confirmar su identidad y explicarle el procedimiento.
4. Colocar de forma cómoda al paciente con el brazo en extensión en una superficie plana y con la mano en una altura más abajo del codo.
5. Seleccionar la vena, palpar la vena determinando su profundidad, su calibre, etc.
6. Desinfectar la zona bien con clorhexidina o bien con alcohol.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

7. Higiene de manos.
8. Colocación de guantes no estériles.
9. Colocar el compresor a unos 8-10cm arriba del lugar de punción escogido.
10. No mantener el compresor durante más de un minuto, en caso de necesitar más tiempo, se debe de retirar y tras 3 minutos volverlo a colocar.
11. Etiquetar los tubos.

Si realizamos la extracción con jeringuilla:

- Fijar la vena con la mano que no vayamos a introducir la aguja.
- Introducción de la aguja con el bisel hacia arriba con un ángulo de entre 20 y 30°.
- Ver si refluye la sangre sobre la jeringuilla.
- Aspirar de forma suave para que no haya colapso en la vena y para que no se produzca una hemólisis hasta que consigamos la sangre que necesitamos para la muestra.

Si realizamos la extracción con tubo de vacío, igual que el anterior método, pero cuando tengamos la aguja introducida, la debemos de estabilizar con una mano presionando con el dedo pulgar y con el dedo índice perforaremos el tubo comprobando que la sangre refluye a él.

El orden de llenado de los tubos es:

1. Hemocultivo, primeramente, el frasco anaerobio y después el aerobio.
2. Bioquímica
3. Tubo sin aditivos (suero).
4. Tubo de coagulación.
5. Tubo de hemograma.

Tras recoger la sangre necesaria en los tubos agitarlos suavemente. Quitar el compresor y aplicar un apósito en la zona de punción retirando la aguja de forma suave. Tras retirar la aguja debemos de indicar al paciente que ejerza presión sobre el apósito durante unos 5 minutos y si es necesario debemos de aplicar una tira de esparadrapo. Retirar el material al contenedor

correspondiente, colocar cómodamente al paciente, retirar los guantes y hacerse una higiene de manos, tras esto, enviaremos las muestras al laboratorio correspondiente y registraremos el procedimiento.

Las actividades que se llevaron a cabo fueron:

- Revisar la orden médica de la muestra que debe extraerse.
- Verificar la correcta identificación del paciente.
- Crear un ambiente de intimidad.
- Revisar las experiencias previas de venopunción y las preferencias del paciente sobre el sitio de la venopunción.
- Seleccionar la vena, teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, el estado mental, comodidad, edad, disponibilidad y condición de los vasos sanguíneos, así como la presencia de fístulas o derivaciones arteriovenosas.
- Seleccionar el tipo y el tamaño de aguja adecuados.
- Seleccionar el tubo de muestra sanguínea adecuado.
- Estimular la dilatación del vaso mediante el uso de un torniquete, gravedad, aplicación de calor, masajeando la vena o apretando el puño y luego relajándolo.
- Evitar aplicar el torniquete más de 1 minuto para minimizar la hemólisis de la muestra.
- Limpiar la muestra con una solución adecuada, según el protocolo del centro.
- Limpiar la zona con un movimiento circular, comenzando en el punto de la venopunción establecido y moviéndose en círculos hacia afuera.
- Mantener una técnica aséptica estricta.
- Solicitar al paciente que permanezca quieto durante la venopunción.
- Insertar la aguja con un ángulo de 20-30° en la dirección del retorno sanguíneo venoso.
- Observar si se produce retorno sanguíneo en la aguja.
- Extraer la muestra de sangre.
- Retirar la aguja de la vena y aplicar presión inmediatamente en el sitio con una gasa seca mínimo durante 1 minuto.

*“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”*

- Aplicar apósito, si procede.
- Etiquetar la muestra con el nombre del paciente, fecha y hora de la extracción, y demás información, según protocolo del centro.
- Enviar la muestra etiquetada al laboratorio correspondiente.
- Colocar todos los objetos afilados (agujas) en un contenedor.

13:10h se realiza la intervención (7920) Documentación.

13:20h se realiza la intervención (2314) Administración de medicación: intravenosa (i.v.) y (6550) Protección contra las infecciones.

13:30h se realiza la intervención (7920) Documentación.

13:40h se realiza la intervención (6680) Monitorización de los signos vitales.

13:50h se realiza la intervención (7920) Documentación.

14:00h cuando se obtienen los resultados del laboratorio de la última analítica la paciente pasa al reconocimiento en torno a las 14:10h y a las 14:20h se traslada a preparación quirúrgica.

Resultados

5.7.1. Cronograma de Intervenciones/Actividades

Tabla 7

Cronograma de Intervenciones/Actividades

NIC/Intervenciones	9:00-9:50	10:00-10:50	11:00-11:50	12:00-12:50	13:00-13:50	14:00
(4190) Punción intravenosa (i.v.).	X					
(6550) Protección contra las infecciones.	X	X			X	
(6610) Identificación de riesgos.			X			
(4235) Flebotomía: vía canalizada.		X				
(2314) Administración de medicación: intravenosa (i.v.).		X			X	
(6680) Monitorización de los signos vitales.	X	X		X	X	
(5900) Distracción.		X				
(4238) Flebotomía: muestra de sangre venosa.					X	
(7920) Documentación	X	X		X	X	
(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad.			X			

Fuente: Elaboración propia a través de la ejecución.

5.8. Evaluación

5.8.1. Evaluación del resultado del DxEp

Tabla 8

Evaluación del NOCp y de los indicadores del NOCp: (1605) Control del dolor.

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(1605) Control del dolor.	1	5	5	5 horas
Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(160511) Refiere dolor controlado.	1	5	5	5 horas
(160509) Reconoce los síntomas asociados al dolor.	4	5	5	5 horas
(160513) Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.	3	5	5	5 horas
(160527) Realiza técnicas efectivas de relajación.	2	5	5	5 horas
Escala Likert: 5: Siempre demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 3: A veces demostrado; 2: Raramente demostrado; 1: Nunca demostrado.				

Fuente: Elaboración propia a partir de (Moorhead, Johnson, L. Maas, & Swanson, 2018).

Resultados

Teniendo en cuenta el diagnóstico de enfermería principal, (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor m/p conducta expresiva y su NOCp, (1605) Control del dolor, teniendo de puntuación inicial un 1, de puntuación diana un 5 y de puntuación alcanzada un 5 en un tiempo de 5 horas podemos ver que se ha conseguido el resultado debido a la realización de las diferentes intervenciones y actividades reflejadas en la etapa de la planificación. Así hemos conseguido una puntuación de 5 (Siempre demostrado).

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

5.8.2. Evaluación del RCp

Tabla 9

Evaluación del NOCp del RCp y de los indicadores del NOCp: (1932)
Control del riesgo: Trombos

NOCp	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(1932) Control del riesgo: trombos.	5	5	5	5 horas
Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(193205) Controla los signos y síntomas de la formación de trombos o émbolos.	5	5	5	5 horas
(193505) Utiliza la medicación según prescripción.	5	5	5	5 horas
(193225) Obtiene el tratamiento inmediato si se presentan los signos y síntomas de trombo.	5	5	5	5 horas
Escala Likert: 5: Siempre; 4: Frecuentemente demostrado; 3: A veces demostrado; 2: Raramente demostrado; 1: Nunca demostrado.				

Fuente: Elaboración propia a partir de (Moorhead, Johnson, L. Maas, & Swanson, 2018).

Resultados

Cómo puntuación inicial y como puntuación diana tenemos una puntuación de 5 (Siempre), ya que al estar ante un riesgo (riesgo de trombosis venosa profunda) de complicación este no ha sucedido en el periodo de atención a nuestra paciente. Es un resultado que hemos conseguido que se mantuviera en los valores establecidos, llevando a cabo diferentes actividades e intervenciones hemos logrado que el riesgo no sucediera. Es un resultado conseguido.

6. DISCUSIÓN

El presente trabajo surge a raíz del caso de una paciente con endometriosis y dolor agudo como motivo principal de atención. A pesar de que la enfermedad sí se había manifestado ocasionando distintas complicaciones (dismenorrea de gran intensidad, cambios en el aspecto físico) no había sido diagnosticada hasta el momento de la atención. Esta situación coincide con el estudio de Jofré et al. (2019), quien explica que la endometriosis es una enfermedad que sigue su curso de forma silenciosa y crónica, siendo de naturaleza benigna, aunque hay que añadir que por su comportamiento en algunos casos hace parecer maligna. Esta condición nos hace pensar que existe un alto índice de mujeres sin diagnosticar (Dexeus Mujer, 2014).

Según Pérez y Sevilla (2017), la clasificación de la endometriosis se realiza en función de diferentes criterios. Si bien es cierto que existen varias clasificaciones, de las que hemos seleccionado tres, entre las que nos podemos encontrar la más utilizada que es la clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad (ASRM), la que, se basa en los hallazgos quirúrgicos y establece cuatro estadios, que van desde el I (afectación mínima) hasta el IV (afectación severa). Cogiendo el caso de la paciente y utilizando esta clasificación, su estadio de enfermedad estaría en un IV (severo), ya que, el diagnóstico definitivo fue endometriosis severa. Por otro lado, nos encontramos con el sistema de clasificación EFI (Endometriosis Fertility Index), que, se basa en los hallazgos quirúrgicos de la anterior clasificación y la historia clínica de la persona afectada, sobre todo en sus factores predictores de reproducción. Esta clasificación puntúa desde 0 (peor pronóstico reproductivo) a 10 (mejor pronóstico reproductivo), para el caso a estudio no podemos utilizar esta clasificación aún, porque su motivo de consulta no era infertilidad. Según Jofré (2019), esta clasificación solo se centra en los aspectos reproductivos ocasionados por la enfermedad y no contempla otras áreas que son propias también de la patología. Por último, según López-Zepeda et al. (2015), la clasificación de Enzian cataloga la endometriosis infiltrante profunda, entre los criterios que usa encontramos la invasión de la enfermedad a las diferentes estructuras. Este caso podemos clasificarlo solamente utilizando dos criterios de la clasificación de Enzian, debido a que no

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

tenemos información el otro ítem de la clasificación, sí sabemos que era una endometriosis que infiltraba hacia el saco de Douglas invadiendo ovarios y que el tamaño del quiste era de unos 12 cm, por lo que, se clasificaría en 2, AA.

Entre sus distintas manifestaciones, podemos quedarnos con cuatro síntomas que normalmente son comunes en la mayoría de los casos, que son, dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico crónico e infertilidad (Taylor et al., 2014).

En el presente estudio la paciente fue sintomática, aunque enmascarada con los síntomas “normales” de la menstruación, ya que la dismenorrea era mucho más intensa de lo normal, pues la paciente acudía frecuentemente al servicio de urgencias con motivo del dolor. Así mismo, el cambio físico de su abdomen, aunque no se atribuyó a la enfermedad, era causado por esta. Resulta sorprendente que, en adultos jóvenes como ella, no se haya estudiado el posible trastorno de la imagen corporal que la enfermedad pueda producir. Ante todos estos datos se hace notar que la endometriosis siguió un curso sintomático (Lara y Guisado, 2013).

El hecho de que los signos y síntomas sean tan dispares en esta patología puede estar provocado porque no se tiene muy claro cuál es su etiología o su origen (Ulett, 2019). Existen diferentes teorías que se han ido desarrollando con el fin de poder dar explicación al origen de la enfermedad, entre las que podemos encontrar la teoría de la implantación y de la menstruación retrógrada de Sampson, la teoría de la metaplasia celómica, metástasis, base genética, base ambiental, modelo de interacción multifactorial y por último la teoría de la inmunidad celular. Parece que existe un componente hereditario en esta enfermedad, aunque no se sabe cuál es su mecanismo de actuación. La falta de conocimiento sobre su etiología y la variabilidad de síntomas hace necesaria abordarla de forma multidisciplinar (Macer & Taylor 2012).

Para Parazzini et al. (2011), uno de los principales factores de riesgo de la endometriosis es la edad, es extraño que se padezca antes de la menarquía, pero, es posible que conforme va aumentando la edad, aumente el riesgo y tras la menopausia este riesgo vaya disminuyendo. Coincidiendo con el autor, la paciente sufre la enfermedad tras la menarquía, pero se desconoce desde

cuándo podría estar padeciéndola. Sin embargo, la paciente manifestaba que unos años después de la menarquía sufría dismenorreas muy intensas y añadiendo el cambio físico de su abdomen desde hacía unos 3 años. Es este hecho lleva a pensar que podría estar sufriendola desde entonces. La paridad también está asociada con el riesgo de endometriosis, aunque es complejo ver si la nuliparidad es una causa o consecuencia de la enfermedad, este dato no resulta representativo para nuestro estudio de caso, pues no había presentado ninguna gestación a lo largo de su vida. Entre los factores protectores para esta enfermedad nos encontramos el ejercicio físico regular, aunque la protagonista del caso no lo practicaba, otro de estos factores es el uso de anticonceptivos, esta paciente tomaba ACO (Bonoche et al., 2014).

Según Durón y Bolaños (2018); Carmona (2020), es muy difícil determinar la prevalencia de esta enfermedad, tanto por su intrincado diagnóstico como por el número tan elevado de pacientes asintomáticas. Según las estimaciones, alrededor de un 10% de las mujeres que se encuentran en edad reproductiva la sufren. Estos datos suponen que en España la endometriosis es padecida por, aproximadamente, 1.700.000 mujeres. De todas aquellas que sufren dolor pélvico, el 50-60% presentan endometriosis y una cifra de hasta el 50% de todas ellas que sufren infertilidad. Estas cifras hacen pensar que existe un alto índice de mujeres que presentan endometriosis y no están diagnosticadas, resultando de gran importancia su diagnóstico y posterior tratamiento para mejorar la calidad de vida de todas ellas.

Desgraciadamente, el diagnóstico definitivo de esta enfermedad se realiza a través de biopsia, siendo necesaria la realización de laparotomía o laparoscopia. La cirugía laparoscópica se ha convertido en una de las principales técnicas de diagnóstico y de tratamiento para múltiples enfermedades femeninas, inclusive para la endometriosis, usualmente, se suele utilizar en los estadios más tempranos de la enfermedad. Sin embargo, la cirugía por laparotomía o cirugía conservadora se usa, sobre todo cuando no resulta posible realizar laparotomía por la dimensión o magnitud de las lesiones, especialmente en estadios avanzados y severos de la patología, (Gurreonero-Briceño y Posturas-Domínguez 2011). En el caso de esta paciente se tuvo que realizar una

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

cirugía conservadora con exéresis de quiste endometriósico de 12 cm. Hasta el momento no existe una única prueba que indique la existencia de endometriosis, esto lleva a un retraso en el diagnóstico, ya que, tal y como indica el SNS (2013), establecer un diagnóstico de esta enfermedad fundamentado solamente en los síntomas resulta muy complicado, puesto que su sintomatología puede ser muy variable y se puede solapar con otras patologías. Esta situación produce un retraso en el diagnóstico de hasta 7 años, con una media de visitas médicas de 6.7 consultas hasta que se deriva a la mujer a una consulta de ginecología. Estos datos son muy llamativos, ya que, cada vez hay más mujeres que padecen esta enfermedad.

Por otro lado, en el tratamiento inicial de la endometriosis se suelen emplear fármacos que se utilizan también en el tratamiento de la dismenorrea primaria, como los AINES (Antiinflamatorios No Esteroideos) y Anticonceptivos Combinados con Estrógeno/progestina o únicamente con Progestina. Coincidiendo con el estudio de Schragar, Falleroni & Edgoose (2013), la paciente antes de ser diagnosticada tomaba este tratamiento, AINES y ACO (Anticonceptivos Orales). Existen diferentes tratamientos que contienen Danazol, análogos de la hormona liberadora de gonadotropina o la extirpación quirúrgica de tejido endometrial ectópico. Esto mismo le sucedió a la protagonista del caso; las dimensiones de la lesión endometrial (12cm) hicieron que se tuviera que realizar una extirpación quirúrgica de la misma. Si bien es cierto que todas estas intervenciones tienen más eficacia para controlar los síntomas que los tratamientos de primera línea, pero no son definitivos y tienen más efectos adversos. No existe un tratamiento definitivo de la endometriosis, es por esto la necesidad de investigación en este campo.

El motivo de consulta de la paciente a urgencias fue por dolor agudo asociado a la menstruación, aunque más fuerte del habitual, no obstante, refería tener dolores habitualmente. Según Quevedo et al. (2019), la endometriosis produce como complicaciones principales, dolor pélvico crónico y disminución de la fertilidad. De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud) (2014), las principales manifestaciones clínicas de esta enfermedad son la infertilidad y el dolor. El dolor pélvico crónico que ocasiona esta enfermedad a menudo es incapacitante y provoca a las mujeres que la padecen grandes molestias, ya no

solo físicamente, sino también psicológicamente, porque les limita tanto en las actividades laborales como sociales. Este dolor, aunque es crónico en distintas ocasiones, se agudiza y produce mayor afectación, como durante y después del coito o cada mes con la menstruación. Por otro lado, la infertilidad es la complicación más importante, ya que en torno a un tercio de la mitad de las pacientes que sufren la enfermedad se encuentran con dificultades a la hora de conseguir un embarazo. No obstante, muchas de ellas con endometriosis leve o moderada pueden concebir y lograr llevar su embarazo a término. A menudo, se recomienda que las mujeres afectadas si tienen el deseo de tener hijos no se demoren, ya que la enfermedad puede empeorar conforme pasa el tiempo, (Quevedo et al., 2019). Son consecuencias que resultan muy relevantes, y que nos hacen plantearnos distintas cuestiones, cómo, ¿se encuentran relacionados los problemas de infertilidad que existen en la mujer hoy en día con la endometriosis no diagnosticada? y, ¿las mujeres que acuden a consultas de infertilidad presentan una endometriosis enmascarada?

Tras la revisión de la bibliografía, se confirma que la endometriosis afecta negativamente a nivel psicológico. En el estudio de Clark (2012), realizado con el objetivo de examinar las distintas experiencias vividas por mujeres diagnosticadas de endometriosis, cuyo diagnóstico se obtuvo mediante cirugía, referían que cuando se les diagnosticó pudieron comprender de manera más completa su enfermedad y tuvieron más apoyo y conocimiento, sostienen que la enfermedad afectó en todos los aspectos de la vida diaria y que, a nivel psicológico, se vieron afectadas hasta tal punto de sentir que estaban controladas por la enfermedad. Mediante este estudio se llegó a la conclusión de que hay una falta general tanto de aceptación, como de conocimiento y de apoyo a las mujeres que sufren endometriosis. Se necesita una gran comprensión de las diferentes experiencias vividas para poder mejorar la calidad de vida de estas mujeres. Psicológicamente, las mujeres se ven muy afectadas tanto antes como después del diagnóstico, antes porque no le encuentran sentido a los síntomas que sufren y después porque en muchas ocasiones, los síntomas que produce se tiende a relativizarlos y no se aceptan. Hoy en día tenemos muchas personas que la sufren en nuestra sociedad y que aún no han encontrado sentido a los síntomas que están sufriendo porque no se han diagnosticado todavía, como por

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

ejemplo, personas que sufren mucho dolor o aquellas que no consiguen quedarse embarazadas, es por esto, la relevancia que tiene que, por ejemplo, atención primaria en la que se encuentran matronas, enfermeros, médicos y que en las consultas de planificación familiar, se encuentren formados en esta patología para poder realizar una captación de todas estas personas y así poder mejorar y dar respuesta a cada uno de sus síntomas.

Entre las teóricas enfermeras que contemplan esta enfermedad está Lynda Juall Carpenito en su Manual de Diagnósticos Enfermeros, define varios diagnósticos, entre los que se encuentran dolor crónico, ansiedad y, patrón sexual ineficaz entre otros. Definiendo como problemas de colaboración de la endometriosis hipermenorrea y polimenorrea, (Juall, 2016). Creemos que esta enfermedad tiene más problemas de colaboración, ya que necesita de una intervención multidisciplinar para tratarla.

Resulta muy importante que el personal de Enfermería establezca una relación basada en la confianza y en la comunicación con la paciente que padece endometriosis, ya que esta enfermedad produce una disminución de la calidad de vida ocasionada por el dolor y porque el diagnóstico de esta como anteriormente hemos nombrado puede tardar años en realizarse. Es por ello que enfermería debe de establecer esta relación y detectar todas las características de los síntomas que sufren. Por otro lado, las pacientes afectadas pueden padecer ansiedad y depresión como consecuencia del dolor crónico y de la infertilidad, en todos estos episodios es primordial que, tanto la enfermera generalista como la especialista en ginecología y obstetricia, intervengan y muestren su apoyo hacia la persona. Para todo esto, es importante que se vayan desarrollando guías y protocolos basados en la enfermedad unificando criterios entre ellas para así abordar con más eficacia y prestar a las mujeres mejores cuidados, mejor apoyo y atención, para poder entender más en profundidad lo que le está pasando y lo que está padeciendo la persona. Según Hirsch et al. (2018), que realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la calidad metodológica de las guías de la enfermedad, se llegó a la conclusión de que hay una gran variación en las recomendaciones y en la calidad de la metodología de las guías de endometriosis, es por ello que, es interesante el desarrollo de pautas futuras sobre métodos que sean de calidad consultando con los diferentes

profesionales y con las mujeres que sufren la enfermedad para que se pueda asegurar que, estas guías y protocolos, informen realmente en la práctica clínica y eliminen las variaciones que existen en ellas.

Planteamos que como puerta de entrada de estas mujeres al sistema sanitario fuera atención primaria, mediante las consultas de planificación familiar, en las que enfermería, estando bien formada y especializada en esta patología, valorara más en profundidad la posibilidad de estar sufriendo endometriosis en todas aquellas pacientes que consultan, por ejemplo, por dolor pélvico frecuente, por dismenorreas muy intensas o porque no consiguen quedarse embarazadas. Ya que esto llevaría a un diagnóstico precoz, consiguiendo múltiples beneficios como, disminución de los retrasos diagnósticos que hay actualmente, incremento de la calidad en la atención prestada a la mujer, mejora en la calidad de vida y satisfacción por parte de todas ellas.

6.1. Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- Tiempo limitado de estancia en el servicio de urgencias con la paciente para poder hacer un seguimiento de su caso.
- Limitaciones para acceder a las informaciones por parte del paciente, como, por ejemplo, los distintos informes de urgencias, que en diferentes ocasiones la paciente había acudido a ellos.

7. CONCLUSIONES

1. Las principales repercusiones que ocasiona la endometriosis sobre la salud reproductiva de la mujer es sobre todo la infertilidad, seguida del dolor pélvico crónico.

2. Existen 3 clasificaciones distintas para poder clasificar la endometriosis: Clasificación Revisada de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (RASRM), Clasificación de Enzian y un índice que es el Índice de Infertilidad Asociada a la Endometriosis.

3. La endometriosis puede ser sintomática o asintomática, sin embargo, entre sus principales manifestaciones clínicas encontramos dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico crónico e infertilidad.

4. El papel de enfermería es fundamental en el cuidado precoz de la enfermedad, coleccionando datos relevantes y estableciendo planes de cuidados para la atención de todas ellas.

5. Enfermería es la figura idónea para detectar las manifestaciones clínicas de dicha patología y derivar a las mujeres al facultativo especialista para su posterior diagnóstico.

6. El diagnóstico de esta enfermedad es difícil, resultando el método más idóneo la laparotomía o laparoscopia más la toma de una biopsia.

7. La realización del proceso enfermero permitió identificar como diagnóstico principal (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor y conducta expresiva.

8. REFERENCIAS

- Agarwal, S. K., Chapron, C., Giudice, L. C., Laufer, M. R., Leyland, N., Missmer, S. A., Singh, S. S., & Taylor, H. S. (2019). Clinical diagnosis of endometriosis: A call to action. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(4), 354.e1-354.e12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.12.039>
- Agra Varela, Y. (2014). *Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo*. http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9_Seguridad_del_paciente_y_gestion_de_riesgos.pdf
- Asociación Paramericana de la Salud. (2017). *Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud*. Asociación Paramericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-y-guias/prevencion-y-control-de-infecciones/3516-prevencion-enfermedades-infecciosas/file>
- Avilés Sáez, Z., López Martínez, E. M., Driéguez Castaño, C., Conesa Ferrer, M. B., Avilés Sáez, Z., López Martínez, E. M., Driéguez Castaño, C., & Conesa Ferrer, M. B. (2019). Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon. *Enfermería Global*, 18(53), 183-214. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.303051>
- Ayesa, P. (2014). *Protocolo Canalización Vía Periférica*. Clínica Sant Antoni. <http://www.csantantoni.com/wp-content/uploads/2015/11/PR019-Protocolo-Canalizaci%C3%B3n-de-V%C3%ADa-Perif%C3%A9rica.pdf>
- Ayesa, P. (2014). *Protocolo de Toma de Constantes Vitales*. Clínica Sant Antoni. <http://www.csantantoni.com/wp-content/uploads/2015/11/PR028-Protocolo-Toma-de-CV.pdf>

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

Azcárraga Sápena, A. (2020). *Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico de Valencia | Histerectomía: Indicaciones y tipos*.
<http://saludmujerclinico.es/histerectomia-indicaciones-y-tipos/>

Benagiano, G., Brosens, I., & Lippi, D. (2014). The History of Endometriosis. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 78(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1159/000358919>

Bonoche, C. M., Montenegro, M. L., Rosa e Silva, J. C., Ferriani, R. A., & Meola, J. (2014). Endometriosis and physical exercises: A systematic review. *Reproductive Biology and Endocrinology: RB&E*, 12, 4.
<https://doi.org/10.1186/1477-7827-12-4>

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Elsevier.

Canis, M., Bourdel, N., Botschorishvili, R., Rabischong, B., Gremeau, A.-S., Curinier, S., Vago, C., Pouly, J.-L., & Mage, G. (2015). Endometrioma ovárico. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 51(2), 1-15.
[https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(15\)70982-3](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(15)70982-3)

Caro Pérez, C., Florez Almonacid, C. I., Galisteo Rey, P., Galván Ledesma, J., González Tirado, M. J., Latorre Blanco, A., Muñoz Estrada, I., Rodríguez García, A., Romero Bravo, Á., & Ruiz Hidalgo, G. (2010). *Extracción de Sangre Venosa*. Hospital Universitario Reina Sofía.
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rd6_extraccion_sangre_venosa.pdf

Carreño-Meléndez, J., Bium-Gryberg, B., Sánchez-Bravo, C., & Henales-Almaraz, M. C. (2008). Salud psicológica en la mujer estéril. *Perinatol Reprod Hum*, 22(4), 13.

Referencias

- Casey, F. E. (2020). *Anticonceptivos orales—Ginecología y obstetricia—Manual MSD versión para profesionales*.
<https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/planificaci%C3%B3n-familiar/anticonceptivos-oraes>
- CDC. (2017, marzo 1). *Información básica sobre tromboembolismo venoso (coágulos de sangre)*. Centers for Disease Control and Prevention.
<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/dvt/facts.html>
- Cea García, J., Jiménez Rámila, C., Jiménez Caraballo, A., & de los Reyes Peña, S. (2015). Expectativas de las pacientes afectadas de endometriosis moderada-severa ante la cirugía. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(1), 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2014.09.004>
- Centro Ginecológico Escalante. (2019). Laparoscopia. *Centro Ginecologico Escalante*. <https://www.centroginecologicoescalante.com/cirugia-minimamente-invasiva/laparoscopia/>
- Cerezo Vadillo, A. M. (2012). *Extracción de Sangre Venosa*. Gerencia del Área de Salud de Plasencia.
<http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711092.pdf>
- Clark, M. (2012). *Experiences of women with endometriosis: An Interpretative Phenomenological Analysis*. [Thesis, Queen Margaret University, Edinburgh]. <https://eresearch.qmu.ac.uk/handle/20.500.12289/7722>
- Clavijo Chamorro, M. Z. (2016). *Educación Sanitaria Enfermera*.
- Conde, E. (2019, marzo 23). La distracción como estrategia analgésica durante las curas—Elena Conde. *Elena Conde Montero*.
<https://www.elenaconde.com/la-distraccion-como-estrategia-analgésica-durante-las-curas/>

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

Contreras-García, Y., Jara-Riquelme, V., & Manríquez-Vidal, C. (2016). Descripción de niveles de ansiedad, desesperanza y autoestima en un grupo de mujeres chilenas con diagnóstico de infertilidad primaria: Un estudio piloto. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 67(1), 50. <https://doi.org/10.18597/rcog.372>

Corral Leal, C., Jiménez Ruiz, M., González Orihuela, D., Ávila Rodríguez, I. M., & Requena Toro, M. V. (2005). *La Documentación Enfermera en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga*. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. <http://www.huvv.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/ED-81-03.pdf>

Dexeus Mujer. (2014, enero). *Endometriosis | Dexeus Mujer*. Dexeus Mujer. <https://www.dexeus.com/informacion-de-salud/enciclopedia-ginecologica/ginecologia/endometriosis>

Douketis, J. D. (s. f.). *Trombosis venosa profunda—Trastornos cardiovasculares*. Manual MSD versión para profesionales. Recuperado 8 de abril de 2021, de <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedades-de-las-venas-perif%C3%A9ricas/trombosis-venosa-profunda-tvp>

Dr. Francisco Carmona. (2017, junio 16). Plan Nacional de la Endometriosis. *Dr. Francisco Carmona. Ginecólogo de Barcelona*. <https://www.drfrancarmona.com/plan-nacional-la-endometriosis/>

Durón González, R., & Bolaños Morera, P. (2018). *Endometriosis*. 35. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-23.pdf>

Emilio Fernández, O., & Jaime Albornoz, V. (2010). Endometriosis e infertilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(3), 403-408. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70551-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70551-4)

Referencias

- FEC. (s. f.). *Tromboembolismo pulmonar*. Fundación Española del Corazón. Recuperado 8 de abril de 2021, de <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/tromboembolismo-pulmonar.html>
- Florez Almonacid, C. I., & Romero Bravo, Á. (2010). *Administración de Medicación por Vía Endovenosa*. Hospital Universitario Reina Sofía. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt11_admon_medificacion_endovenosa.pdf
- Gálvez, R., Marsal, C., Vidal, J., Real, M. A. del, Ruiz, M., & Rejas, J. (2006). El dolor neuropático como causa de ansiedad, depresión y trastornos del sueño en condiciones de práctica médica habitual: Resultados del estudio naturalístico DONEGA. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(2), 81-95.
- Gallardo Pastor, M., Cobos Bosquet, C., Carrera-Moyano, B., Moreno Macías, J., Carricondo Avivar, M., & Villar, E. (2017). *Trombosis Venosa Profunda y Anticonceptivos Orales*. Elsevier. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-congresos-39-congreso-nacional-semergen-55-sesion-atencion-factores-riesgo-cardiovascular-3634-comunicacion-trombosis-venosa-profunda-y-anticonceptivos-42509-pdf>
- Gallo, J., Herrezuelo, I., Díaz, M., Tirado, P., & Montoya, F. (2006). Adenomiosis: Una afección uterina frecuente. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 33. [https://doi.org/10.1016/S0210-573X\(06\)74085-0](https://doi.org/10.1016/S0210-573X(06)74085-0)
- García Ramírez, S., Navío Marco, A. M., & Valentín Morganizo, L. (2007). *Normas Básicas para la Elaboración de los Registros de Enfermería*. Nure Investigación.

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

González Labrador, I., & Miyar Pieiga, E. (2001). Infertilidad y sexualidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3), 291-295.

Gurreonero-Briceño, É. A., & Porturas-Domínguez, H. E. (2011). *Hallazgos laparoscópicos en pacientes sintomáticas portadoras de endometriosis*. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322011000400007

Hall-Flavin, D. K. (s. f.). *La depresión puede causar dolor—Y el dolor puede causar depresión*. Mayo Clinic. Recuperado 7 de abril de 2021, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/expert-answers/pain-and-depression/faq-20057823>

Heather Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación (NANDA) 2018-2020*. Elsevier.

Hernández-Valencia, M. (2009). Diagnóstico de la Endometriosis. *Perinatol Reprod Hum*, 23(1), 5.

Hirsch, M., Begum, M. R., Paniz, É., Barker, C., Davis, C. J., & Duffy, J. (2018). Diagnosis and management of endometriosis: A systematic review of international and national guidelines. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(5), 556-564. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14838>

Jiménez, M. (2018). Escala medición del dolor—EVA. *ITRAMED*. <https://itramed.com/wp-content/uploads/2018/10/EVA-e1540891036204.png>

Jofré, D. F. (2019). *Actualización de Consenso de Endometriosis Octubre 2019 FASGO*. 25.

Referencias

- Juall Carpenito, L. (2011). *Nursing Care Plans & Documentation: Nursing Diagnoses and Collaborative Problems* (4.^a ed.).
- Juall Carpenito, L. (2016). *Manual de Diagnósticos Enfermeros* (15.^a ed.). Wolters Kluwer.
- Kho, R. M., Andres, M. P., Borrelli, G. M., Neto, J. S., Zanluchi, A., & Abrão, M. S. (2018). Surgical treatment of different types of endometriosis: Comparison of major society guidelines and preferred clinical algorithms. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 51, 102-110. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.020>
- Lara Domínguez, M. D., & Guisado López, R. (2013). La endometriosis profunda: Un desafío diagnóstico y terapéutico. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 56(2), 105-107. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2012.07.005>
- Leal, C. C., Ruiz, M. J., Orihuela, D. G., Rodríguez, I. M. Á., & Toro, M. V. R. (2005). *LA DOCUMENTACIÓN ENFERMERA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA*. 16.
- López-Zepeda, M. A., Morgan-Ortiz, F., & Morgan-Ruiz, F. V. (2015). *Endometriosis peritoneal, ovarica e infiltrativa profunda: Una revisión*. 5(2), 17.
- Lozano, D. C. R. (2020, diciembre 14). Intervención psicológica para la modulación biopsicosocial del dolor en mujeres con endometriosis. *XIV CONGRESO DE POSGRADO EN PSICOLOGÍA | UNAM | 2020*. XIV CONGRESO DE POSGRADO EN PSICOLOGÍA | UNAM | 2020. <http://cuved.unam.mx/divulgacion/index.php/CPMDP/XIVCPPUNAM2020/paper/view/1119>

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

Macer, M. L., & Taylor, H. S. (2012). Endometriosis and infertility: A review of the pathogenesis and treatment of endometriosis-associated infertility. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 39(4), 535-549. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2012.10.002>

Manero, M. G., Olartecoechea, B., Manero, P. R., Aubá, M., & López, G. (2009). Endometriosis. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 4-7.

Martín-Jiménez, E., Muñoz-Ortega, E., Ramis-Vidal, L., & Vicente-Mallén, O. (2011). *Vivencia de la sexualidad en hombres y mujeres en tratamiento de infertilidad en el Hospital <<12 de Octubre>> de la Comunidad de Madrid.*

Mesas Idáñez, Á. (Noviembre del). *Dolor Agudo y Crónico. Clasificación del dolor. Historia Clínica en las Unidades del Dolor.* Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Área de Traumatología. <https://www.academia.cat/files/425-11062-DOCUMENT/DolorAgutICronic.pdf>

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).* Elsevier.

Novakowski, D., & Cabral, C. M. (2012). Arquétipos do conjunto de dados essenciais de enfermagem para atendimento de portadoras de endometriose. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 22-32. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400003>

Palacios, E., & Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: Una revisión de la literatura reciente. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38(2), 94-103. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272000000200004>

Referencias

- Parazzini, F., Vercellini, P., & Pelucchi, C. (2011). Endometriosis: Epidemiology, and Etiological Factors. En *Endometriosis* (pp. 19-26). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781444398519.ch2>
- Pérez Carbajo, E., & Sevilla Ros, J. A. (2017, enero). *Guía clínica de Endometriosis*. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/endometriosis/>
- Pérez Sánchez, M. (2018). *Factores psicológicos, calidad de vida, y función sexual en una muestra de mujeres con diagnóstico de endometriosis*.
- Quevedo Valverde, M. de L., Valverde Barragán, L. X., Mantuano Ortega, E. L., & Landivar Medranda, S. J. (2019). *Vista de La endometriosis y sus complicaciones*. 3(2). <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/446/659>
- Quintero, M. F., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Quintero, M. F., Vinaccia, S., & Quiceno, J. M. (2017). Endometriosis: Aspectos Psicologicos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(4), 447-452. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000400447>
- Restrepo C., G. A. (2010). Endometriosis, endometrioma e infertilidad. *Revista Med*, 18(2), 197. <https://doi.org/10.18359/rmed.1312>
- Reula Baquero, M. (2018). *Guía para la comprensión y el apoyo psicológico de la mujer con endometriosis*. <https://www.redescuelassalud.es/podemosAyudar/cuidados/docs/endiometriosis.pdf>
- Rolla, E. (2019). Endometriosis: Advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *F1000Research*, 8. <https://doi.org/10.12688/f1000research.14817.1>

“Endometriosis y salud reproductiva,
¿Un problema para la mujer?”

Sandoval B., J., & Florenzano V., M. (2015). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(3), 338-343. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.04.021>

Schrager, S., Falleroni, J., & Edgoose, J. (2013). Evaluation and treatment of endometriosis. *American Family Physician*, 87(2), 107-113.

SNS. (2013). *Guía de Atención a las Mujeres con Endometriosis en el Sistema Nacional de Salud*. Sistema Nacional de Salud. <https://www.academia.cat/files/425-11062-DOCUMENT/DolorAgutICronic.pdf>

Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: Herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33, 55-68.

Tanbo, T., & Fedorcsak, P. (2016). *Infertilidad asociada a endometriosis: Aspectos de los mecanismos fisiopatológicos y las opciones de tratamiento—Tanbo—2017—Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica—Wiley Online Library*. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13082>

Taylor, R. N., Hummelshoj, L., Stratton, P., & Vercellini, P. (2012). Pain and endometriosis: Etiology, impact, and therapeutics. *Middle East Fertility Society journal*, 17(4), 221-225. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2012.09.002>

Ulett, N. M. (2019). Actualización en los puntos clave de la endometriosis. *Revista Médica Sinergia*, 4(5), 35-43. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i5.191>

Vademecum. (2015). ★ *Ketorolaco* 📖. <https://www.vademecum.es/principios-activos-ketorolaco-m01ab15>

Referencias

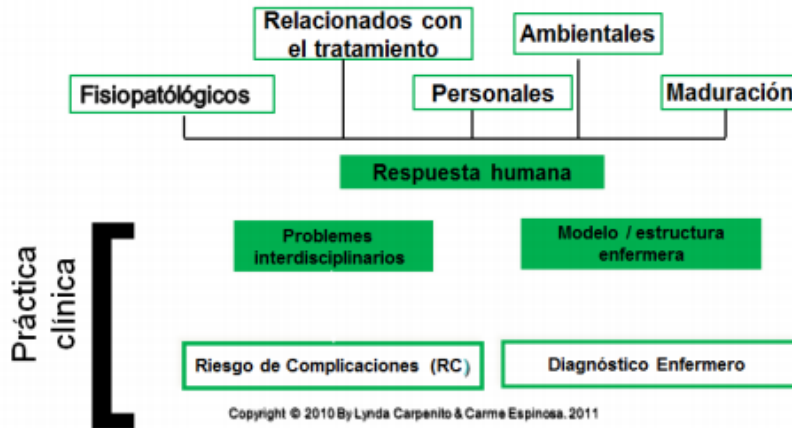
- Vademecum. (2016). ★ *PRIMPERAN Comp. 10 mg—Datos generales* 🏆.
https://www.vademecum.es/medicamento-primperan+comp.+10+mg_3258
- Vico-Romero, J., Cabré-Roure, M., Monteis-Cahis, R., Palomera-Fanegas, E., & Serra-Prat, M. (2014). Prevalencia de trastornos del sueño y factores asociados en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica*, 24(5), 276-282. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.05.002>
- Villegas-Echeverri, J. D., López Jaramillo, J. D., Herrera-Betancourt, A., & López Isanoa, J. D. (2016). Dolor pélvico crónico: Más allá de la endometriosis. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62(1), 61-68.

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1: Modelo Bifocal, Lynda Juall Carpenito

Figura 10

Modelo bifocal en la práctica clínica, Lynda Juall Carpenito

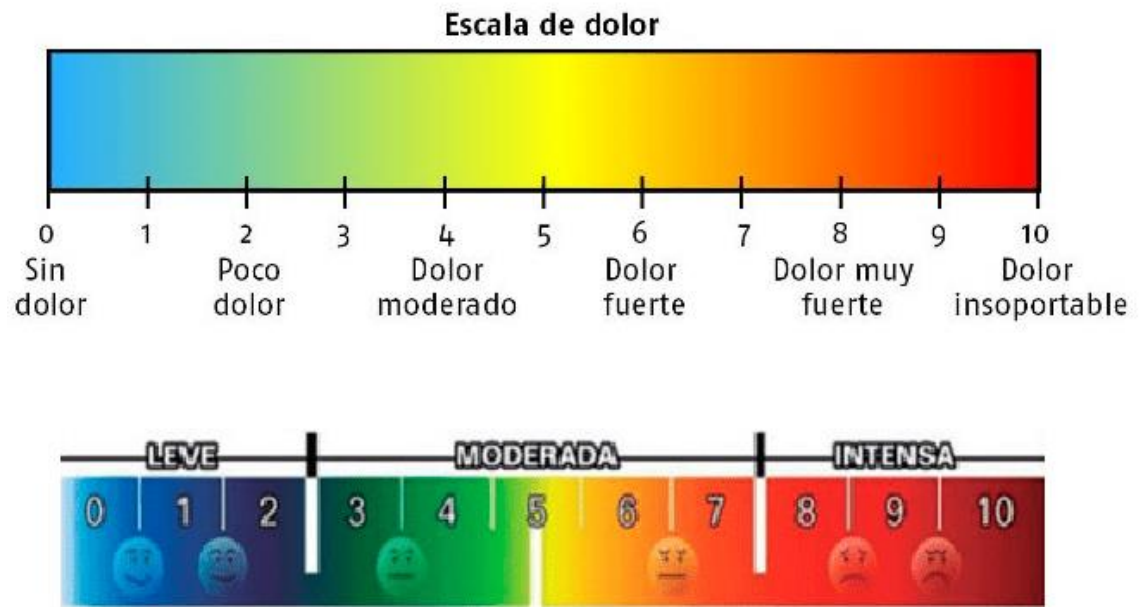


Fuente: Carpenito LJ. Nursing Care Plans and Documentation: Nursing Diagnosis and Collaborative Problems.

9.2. Anexo 2: Escala Visual Analógica (EVA)

Figura 11

Escala Visual Analógica (EVA)



Fuente: Jiménez, (2018).

9.3 Anexo 3: Glosario de términos

Endometrio: Membrana mucosa que constituye la capa más interna que tapiza la cavidad uterina.

Estrógenos: Hormonas femeninas segregadas por los ovarios que regulan el ciclo menstrual además de que son las inductoras de que aparezcan los caracteres femeninos y el desarrollo de las mamas.

Neoplasia: Crecimiento o multiplicación anormal de las células en uno de los tejidos del organismo.

Miometrio: Capa muscular intermedia del útero.

Dismenorrea: Menstruación dolorosa.

Fondo de Saco de Douglas: Saco profundo que se encuentra formado por el pliegue de peritoneo entre la cara posterior del útero y el fondo de saco posterior de la vagina con la cara anterior del recto.

Peritoneo: Membrana que recubre toda la superficie interior del abdomen y que forma pliegues que envuelve a las vísceras.

Nuliparidad: Referido a una mujer que nunca ha tenido hijos.

Laparoscopia: Técnica quirúrgica mínimamente invasiva que nos permite observar la cavidad pélvica/abdominal a través de una fibra óptica.

Laparotomía: Técnica quirúrgica en la que se abren las paredes abdominales y el peritoneo con una incisión, en la que el tamaño y la localización de esta depende de la situación en la que se encuentra el paciente.

Biopsia: Extracción de una muestra de tejido de un ser vivo para examinar con un objetivo diagnóstico.

Dispareunia: Coito doloroso, durante o después de éste.

Dismenorrea: Menstruación dolorosa.

Menarquía: Primera menstruación de la mujer.

Esterilidad primaria: La pareja nunca ha logrado un embarazo.

Esterilidad secundaria: Tras haber conseguido un hijo anteriormente, pero se tienen problemas para poder concebir de nuevo.

HPA: Hipotálamo-Pituitaria-Adrenal.

