



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN MUJERES CON
ENDOMETRIOSIS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS
MERCEDES

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTORA

Mancilla Leyva, Maryory Ariana

ASESOR

Mg. Mantecón Licea, Oscar

0000 - 0001-5131-5852

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud reproductiva

Pimentel – Perú

2024



UNIVERSIDAD DE CHICLAYO

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **OSCAR MANTECÓN LICEA**, asesor de la Escuela Profesional de Medicina; he realizado el debido control de originalidad de la investigación, el mismo que está dentro de los porcentajes establecidos para el nivel de pregrado, según la Directiva de similitud vigente en la UDCH; además, certifico que la versión que hace entrega es la versión final del informe cuyo Título es: **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN MUJERES CON ENDOMETRIOSIS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES**; presentado por el Bach. en Medicina **MARYORY ARIANA MANCILLA LEYVA**.

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del **19 %**, verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud **TURNITIN** de la Universidad Particular de Chiclayo.

Por lo que se concluye que, cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva sobre el nivel de similitud de productos acreditables de investigación vigente.

Pimentel, 18 de marzo del 2024

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Oscar Mantecón Licea'.

Mg. Oscar Mantecón Licea

ASESOR

DEDICATORIA

Quiero empezar agradeciendo a Dios por permitirme llegar hasta esta etapa finalizar exitosamente esta preciada carrera y guiar siempre mi camino.

Dedicatoria especial para mi padre Roberto Edgar Mancilla Mendoza, que me brindó su respaldo absoluto y motivación. No existen palabras en este mundo para agradecerle tanto.

Agradecer a mi madre Idaira Leyva Hurtado, por establecer ese vínculo de confianza y sus palabras reconfortantes, que fueron mi motor y motivo para continuar este largo camino sin desfallecer.

Reconozco a los profesores, cuya dedicación y enseñanzas me han moldeado como un individuo comprometido con la excelencia profesional.

Por último, también agradezco a mis compañeros de estudios por su compañerismo a lo largo de mi carrera y esos gratos momentos compartidos.

A todos, les expreso mi profundo agradecimiento.

La Autora

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos los que estuvieron presentes durante mi trayectoria de formación profesional y a quienes confiaron en mí para lograr nuevos objetivos.

Expreso mi gratitud hacia los profesores de la Escuela de Medicina de la Universidad, cuyos conocimientos y principios han sido fundamentales. A mi asesor de tesis Mg. Mg. Oscar Mantecón Licea que de manera constante me ha sabido apoyar y guiar en este difícil camino de realización de tesis; me brindó sus conocimientos durante la fase de investigación.

También agradezco a mis compañeros de estudio y amigos por sus consejos sabios, los cuales han contribuido a mi éxito en este camino.

Reconozco a todos aquellos que han colaborado de diversas maneras para alcanzar los objetivos establecidos.

En conjunto, les doy las gracias sinceramente.

La Autora

ÍNDICE DE CONTENIDO.....	Pág.
Carátula	
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	3
METODOLOGÍA.....	13
Tipo de investigación.....	13
Diseño de investigación.....	13
Variables y operacionalización.....	13
Población, muestra y muestreo.....	13
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	14
Procedimientos de recolección de datos.....	14
Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	15
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	16
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS.....	32
ANEXOS.	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01. Rango de edades de encuestadas.

Tabla N° 02. Lugar de procedencia de la paciente.

Tabla N° 03. Estado Civil de la paciente.

Tabla N° 04. Grado de Instrucción de la paciente.

Tabla N° 05. Ocupación de la paciente.

Tabla N° 06. Antecedentes familiares de la paciente.

Tabla N° 07. Características ginecobstetricias en gestaciones anteriores.

Tabla N° 08. Características ginecobstetricias en abortos anteriores.

Tabla N° 09. Rango de inicio de relaciones sexuales en pacientes.

Tabla N° 10. Uso del método anticonceptivo en pacientes.

Tabla N° 11. Signos y síntomas en Dismenorrea.

Tabla N° 12. Signos y síntomas en Disuria.

Tabla N° 13. Signos y síntomas en Dispareunia.

Tabla N° 14. Signos y síntomas en Menorragia.

Tabla N° 15. Signos y síntomas en Infertilidad.

Tabla N° 16. Signos y síntomas en Asintomáticas.

Tabla N° 17. Características del diagnóstico en pacientes.

Tabla N° 18. Grado de endometriosis en pacientes.

Tabla N° 19. Tipo de manejo en pacientes.

Tabla N° 20. Tipo de complicaciones en pacientes.

RESUMEN

El presente estudio se llevó a cabo para determinar el perfil epidemiológico en mujeres con endometriosis atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes en el año 2022-2023. La metodología aplicada fue mediante una investigación básica, cuantitativa, no experimental descriptiva, en una muestra de 146; se usó una ficha de recolección de datos. Según los resultados, prevalece el 60,69% (88) con edades entre 40 a 50 años; un 87% (127) vive en la ciudad de Chiclayo y el 11% (16) en Lambayeque; casadas 65,8% (96); con secundaria 65,1% (95); amas de casa el 78,1% (114) y profesionales 19,2% (28). Según las gestaciones anteriores un 43,8% (64) con una, 32,9% (48) ninguna y 23,3% (34) con dos o más; con ningún aborto 56,9 (99), con uno 25,3% (44) y con dos o más el 17,8% (31); el inicio de relaciones sexuales predominó entre 17 y 20 años 59,72% (86); utilizan anticonceptivo 59,6% (87). Presentaron signos y síntomas de dismenorrea el 82,2% (120); disuria el 93,8% (137); dispareunia 67,1% (98); menorragia el 67,1% (98); infertilidad 39,7% (58); un 83,6% (122) fueron sintomáticas. En el diagnóstico para la endometriosis predominó la ecografía transvaginal 76,7% (112), seguido de la laparoscopia con 17,8% (26); con primer grado de endometriosis 62,3% (91), segundo grado 31,5% (46), tercer grado 06,2% (09) y ninguna para cuarto grado; el tratamiento analgésico obtuvo 50% (73), la terapia hormonal 25,3% (37), cirugía conservadora 22,6% (33) y la histerectomía total ninguno; el 52,1% (76) no tuvo complicaciones, 21,9% (32) infertilidad, el 17,8% (26) endometriomas, el 04,1% (06) oclusión intestinal, el 03,4% (05) neoplasias y el 0,7% uropatía obstructiva.

Palabras Clave. Caracterización sociodemográfica, características gineco obstétricas.

ABSTRACT

The present study was carried out to determine the epidemiological profile of women with endometriosis treated in the gynecology service of the Hospital Regional Docente Las Mercedes in the year 2022-2023. The methodology applied was by means of a basic, quantitative, non-experimental descriptive research, in a sample of 146; a data collection form was used. According to the results, 60.69% (88) were aged between 40 and 50 years; 87% (127) lived in the city of Chiclayo and 11% (16) in Lambayeque; 65.8% (96) were married; 65.1% (95) had a high school education; 78.1% (114) were housewives and 19.2% (28) were professionals. According to previous pregnancies, 43.8% (64) had one, 32.9% (48) had none and 23.3% (34) had two or more; 56.9% (99) had no abortion, 25.3% (44) had one and 17.8% (31) had two or more; sexual relations began between 17 and 20 years of age 59.72% (86); contraceptive use 59.6% (87). Signs and symptoms of dysmenorrhea were present in 82.2% (120); dysuria in 93.8% (137); dyspareunia in 67.1% (98); menorrhagia in 67.1% (98); infertility in 39.7% (58); 83.6% (122) were asymptomatic. In the diagnosis for endometriosis, transvaginal ultrasound was predominant 76.7% (112), followed by laparoscopy with 17.8% (26); with first degree of endometriosis 62.3% (91), second degree 31.5% (46), third degree 06.2% (09) and none for fourth degree; analgesic treatment obtained 50% (73), hormone therapy 25.3% (37), conservative surgery 22.6% (33) and hysterectomy.

Palabras Clave. Sociodemographic characterization, gynecostétrical features.

I. INTRODUCCIÓN.

La endometriosis es una alteración reproductiva en la que el tejido endometrial se desarrolla anormalmente exterior a la cavidad uterina. La endometriosis impacta al 10% de las mujeres en edad fértil y aquellas que padecen la enfermedad del 30-50% tienen como manifestaciones clínicas: dolor pélvico crónico e infertilidad, de manera conjunta o individual.(1) Esta enfermedad ginecológica afecta alrededor de 190 millones de mujeres a nivel mundial, es preciso señalar que el diagnóstico es en ocasiones complicado, y en los casos de algunos pacientes pueden desarrollarse quistes, retracciones o adherencias que requerirían intervención quirúrgica. (2)

Diversas investigaciones se han llevado a cabo para calcular la prevalencia, sin embargo, no hay evidencia a nivel mundial sobre una certera información en cuanto a la epidemiología de la endometriosis. Por otro lado, existen dudas sobre que pacientes pueden optar al tratamiento electivo y los resultados a obtener con los manejos terapéuticos, médicos o quirúrgicos. (3) En la actualidad, se destaca el gran impacto de la endometriosis sobre la calidad de vida de las pacientes ya que existe un aumento importante de las comorbilidades y complicaciones o eventos posteriores al tratamiento que incrementan considerablemente el riesgo de la patología. (4)

A nivel mundial, la endometriosis no precisa la incidencia o prevalencia, dado que se requiere de la observación quirúrgica para establecer un diagnóstico definitivo de la patología. (5); se valora que impacta hasta el 5 y 10% de mujeres en edades reproductivas, dolor pélvico del 50-60% y 50% sufre de infertilidad. Los dos principales síntomas son los dolores pélvicos y la infertilidad, la relación entre esta última y la endometriosis son prácticamente escasas. (6) La cirugía está en descenso con respecto a las terapias de reproducción asistida, esto hasta que no se logre encontrar la etiología o causa primordial de la endometriosis. (7)

En el Perú, según los datos del Seguro Social de Salud (EsSalud) ha ido en progresión importante los casos de endometriosis más complicados, siendo los más asociados en un 5% a cáncer de ovario, por ende, es recomendable los chequeos de prevención para un diagnóstico precoz y ofrecer un tratamiento oportuno. (8) El ministerio de salud del Perú (MINSA) nos indica que en frecuencia la endometriosis

es variable, se presentan 1 de cada 200 a 600 gestaciones, el 7-15% se desarrolló en mujeres en edad fértil, y se debe considerar diagnósticos diferenciales como enfermedad pélvica inflamatoria, colon irritable, tumores benignos y malignos de ovario. (9)

Las pacientes con algia crónica presentan cuadros complejos; sin embargo, los tratamientos propuestos deben ser etiológicos, multidisciplinarios e individualizados para cada paciente. (10) Esta patología ha causado un gran impacto en la vida de muchas mujeres, realizarse un diagnóstico temprano y acceder a empezar un tratamiento oportuno mejoraría los resultados e incluso la calidad de vida. (11) Por ello, se formula la siguiente interrogante: ¿Cuál es el perfil epidemiológico en mujeres con endometriosis atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes?

La importancia del tema, es la continuidad como problema de salud, con lo cual se quiere lograr categorizar la endometriosis. Así mismo, proporciona a futuras investigaciones mayor aporte a la sociedad médica y en general. La justificación se basa en brindar nuevos datos sobre el perfil epidemiológico en mujeres con endometriosis atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes. El presente estudio tiene como objetivo general, determinar el perfil epidemiológico de mujeres con endometriosis atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes.

Además, se tiene como objetivos específicos: realizar una caracterización sociodemográfica en mujeres con endometriosis atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes; establecer las características obstétricas de mujeres con endometriosis atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, y definir el perfil epidemiológico de mujeres con endometriosis atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Por todo lo expuesto, en la investigación se plantea la siguiente hipótesis: las características sociodemográficas, gineco obstétricas y clínicas determinan la endometriosis en mujeres en el servicio ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes.

II. DESARROLLO.

Cardoso Restrepo, J. et al (2019) en Colombia, desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue describir las características demográficas, morfológicas y clínicas de una cohorte de pacientes con diagnóstico de endometriosis de la pared abdominal, confirmado por histopatología. El método empleado fue observacional y ambispectivo. Los resultados indicaron 65 reportes histopatológicos de pacientes con endometriosis de pared abdominal, la edad promedio para el diagnóstico fue de 35,3 de los cuales el 71,4 % tenía el antecedente de cesárea y, el 38,1 %, el de endometriosis pélvica. El tratamiento fue quirúrgico en todas las pacientes y 8,1 % presentaron recidiva. (12)

Calvo Pereira, J. et al (2020) en Costa Rica, presentaron un artículo que tenía como objetivo describir los métodos diagnósticos recientes acerca de la endometriosis, así mismo, clasificar y describir las más destacadas alternativas terapéuticas en el abordaje que se puedan utilizar en dicha patología, el método empleado tuvo un enfoque fisiopatológico destacando entre ellas 16 revistas ginecológicas, las más destacadas. Las conclusiones determinaron que la clínica permite crear un elevado grado de sospecha en pacientes que tienen síntomas típicos, para un presunto diagnóstico apoyarse de ecografía transvaginal y la laparoscopia es el estudio de preferencia para un diagnóstico definitivo en cuanto valoración de tipo histológica. (13)

Vilarinho, J. et al (febrero, 2021) en Brasil, realizaron una investigación cuyo objetivo era describir el perfil epidemiológico y clínico de mujeres con endometriosis y determinar con características pronósticas la asociación de la enfermedad, el tipo de estudio que emplearon fue descriptivo retrospectivo contando con la participación de 237 mujeres que fueron atendidas en dos hospitales de referencia por endometriosis, entre los años 2011 y 2017. Los resultados indicaron que el 65,4% son mujeres que se encuentran en edad reproductiva (29-39 años) y con índice de masa corporal entre 18.5-24.9 kg/m² y tienen alta prevalencia (23-81%) de síntomas, siendo infértil el 49.5% de mujeres, de tal manera, se determinó la importancia de conocer el perfil epidemiológico y clínico de las mujeres brasileñas con endometriosis ya que puede ayudar en el diagnóstico y la planificación del tratamiento. (14)

Torres, J. et al (abril, 2021) en Brasil, presentaron un artículo de investigación con el objetivo de analizar la endometriosis, de tal manera, observaron que la patología es un problema que impacta a nivel mundial a las mujeres en edad fértil caracterizada con dolor pélvico crónico y diagnóstico complicado, además conlleva a desarrollar problemas sociales y psicológicos secundarios en la mayoría al dolor y la infertilidad. La finalidad del tratamiento se basa en el alivio de la sintomatología, la intención o no de procrear; por ende, puede ir desde un manejo clínico u optar por lo quirúrgico. Los anticonceptivos orales combinados, son la primera línea de elección para aquellas mujeres que no deseen concebir, y como otra opción factible tenemos a la cirugía en aquellas que desean iniciar la gestación. (15)

Coccia, M. et al (mayo, 2022) en Italia, llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue analizar la endometriosis asociada a la evolución del manejo de la infertilidad y proponer un algoritmo para la toma de decisiones de tratamiento, el método empleado fue base a las adquisiciones más actualizadas, sobre tratamiento y asesoramiento. Los resultados indican que, en primera instancia ante el diagnóstico de endometriosis, se debe evaluar el manejo del paciente a lo largo de su vida y también el impacto que aqueja durante la vida reproductiva, se debe considerar el cambio en las prácticas reproductivas en la sociedad, de posponer la edad en las mujeres modernas durante la primera gestación. (16)

Pruzzo Matías, G. et al (agosto, 2022) en Chile, desarrollaron una investigación con el objetivo de reportar el caso clínico de un paciente con intususcepción apendicular, situación poco frecuente, como consecuencia de un foco endometriósico, enfermedad que en las últimas décadas aumenta su incidencia. El material y método empleado fue la historia clínica, imágenes preoperatorias e intraoperatorias recolectadas de la ficha clínica. Los resultados indicaron que la paciente de 35 años con dolor tipo cólico en abdomen de 4 meses de evolución, se le realizó un estudio colonoscópico mostrando lesión de 15x8 mm en ostium apendicular intususceptada al lumen cecal y por tomografía axial computarizada se evidencio enterocclisis, confirmando intususcepción apendicular. Posteriormente, se realiza una resección laparoscópica demostrando en biopsia foco de endometrioma en la región ileocecal. (17)

Chandola S., Garg A. (noviembre, 2022) en Sudáfrica, llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue describir la morfología y destacar la importancia de las imágenes en el tratamiento quirúrgico de la endometriosis cicatricial; tres de ellos tuvieron compromiso de pared abdominal y uno de perineo. La endometriosis cicatricial acostumbra a dañar la pared abdominal o al perineo. Generalmente, los casos son concomitantes con alguna forma de intervención quirúrgica. El diagnóstico clínico suele ser sencillo con la clínica típica, imágenes ecográficas y resonancia magnética siendo esenciales para calcular su extensión. Las conclusiones indicaron que, en mujeres en edad fértil con previa cirugía pélvica con dolor abdominal e hinchazón en el sitio quirúrgico o aledaño, se debe sospechar el diagnóstico de endometriosis cicatricial, además ayudan a diseñar una estrategia adecuada para cada paciente. (18)

Gurgan, T. et al (2023) en Turquía, realizaron una investigación donde describen a la endometriosis como una patología ginecológica crónica que depende de estrógenos y cuya peculiaridad es la formación de tejido endometrial exterior al útero, siendo sus localizaciones más frecuentes ovarios, peritoneo pélvico y tabique rectovaginal. El 50% de las pacientes infértiles puede desarrollar la enfermedad y el 80% que presenta infertilidad de causa desconocida está asociada a la patología ginecológica. Dentro de los mecanismos que conllevan a la infertilidad tenemos a las alteraciones de la anatomía pélvica, cambios de la recepción endometrial, baja reserva ovárica y calidad de los ovocitos. Sin embargo, es complicado corroborar una relación entre la infertilidad y la endometriosis. El tratamiento varía según la edad de la paciente, pero siempre apoyándose de asesoramiento para conversar la fertilidad. (16)

Negrón Rodríguez, J. (2019) en Perú, llevó a cabo una investigación que tenía como objetivo describir el manejo del endometrioma ovárico, este afecta al 55% de los pacientes con endometriosis, siendo una de las formas más frecuentes de daño endometriósico, también se puede conocer la gravedad de la enfermedad por esta manera de presentación. Nos menciona que el tratamiento del endometrio ovárico puede ser médico o quirúrgico, dentro de las técnicas de cirugía conservadora tenemos 4: quistectomía, la ablación, la técnica en dos etapas y la técnica combinada, viables por vía laparoscópica. Llegando a la conclusión, que el

mejor manejo, es la individualización de cada caso, considerando las necesidades de la paciente y los factores asociados. (20)

Reyna Villasmil, E. et al (septiembre, 2020) en Perú, reportaron un caso de neumotórax catamenial recurrente, es una enfermedad relacionada generalmente con la menstruación, con clínica poco común y complicada, que se diagnostica de forma errónea. Empieza dentro de las 72 horas antes o después del sangrado menstrual, se considera una forma rara de endometriosis extrapélvica con evidencia de tejido endometrial funcional en pleura, parénquima pulmonar y vías respiratorias. Nos indican que para el diagnóstico hay que considerar las mujeres en edades fértiles y que el tratamiento quirúrgico dependerá netamente del grado de recurrencia. (21)

Sicha Ñahuis, M. et al (octubre, 2020) en Perú, publicaron en una revista peruana la presentación de un caso clínico asociado a endometriosis con el objetivo de exponer la manifestación de la intususcepción intestinal, un caso no tan frecuente, causada por la endometriosis, pudiendo así disfrazarse con manifestaciones clínicas de otra patología como la obstrucción intestinal. En efecto la endometriosis puede abarcar el tracto gastrointestinal (32.3%), clínicamente se describe por dolor abdominal, náuseas, vómitos, cambios del ritmo evacuatorio, rectorragia y distensión abdominal. Por ello, la importancia de evaluar la alta posibilidad de diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal. (22)

Contreras Gala, K. et al (2021) en Perú, reportaron el primer caso a nivel mundial de endometriosis mandibular. La endometriosis extrapélvica es muy infrecuente en nuestro medio, se requiere de gran experiencia para establecer el diagnóstico y la observación para reconocer el tejido endometrial normal del patológico, dentro de los antecedentes a destacar tenemos la presencia de la tumoración mandibular previa a una cirugía de endodoncia, anteriormente la paciente había sido sometida a cirugía por presencia de focos en miometrio uterino, posteriormente la paciente fue sometida a cirugía de la tumoración mandibular con la que se confirmó por estudio inmunohistoquímico e histología el diagnóstico de endometriosis. (23)

Ramos Barrientos, V. et al (2021) en Lima, llevaron a cabo una investigación con el objetivo de estudiar la endometriosis vesical, abordaje quirúrgico y la

evolución en el control de la patología, los resultados indicaron que la ecografía transvaginal es el método de primera indicación para la valoración y posteriormente establecer el diagnóstico, ya que esta patología endometrial vesical es poco frecuente. Se menciona que el tratamiento laparoscópico tiene excelentes resultados, dependiente de un abordaje quirúrgico multidisciplinario y posterior desarrollo exitoso en el manejo de la patología. (24)

Mejía Montilla, J. et al (marzo, 2022) en Perú, realizaron una investigación cuyo objetivo fue establecer los efectos de la deficiencia de vitamina D en patologías de la mujer en edad reproductiva, dentro de ellas la endometriosis. La falta de vitamina D produce daños considerables en pacientes que padecen de síndrome de ovario poliquístico (SOP), leiomiomatosis y endometriosis. Tiene como sustento el efecto modulador de las funciones a nivel celular del receptor de vitamina D y la 1 α -hidroxilasa que se encuentran en los órganos reproductivos. Los resultados indicaron que se debe considerar en los esquemas de tratamiento la suplementación de vitamina D para la gran cantidad de enfermedades ginecológicas, mejorando así la resistencia a la insulina en el caso de SOP y en tratamientos de fertilidad para endometriosis. (25)

Rivera Chávez, N. (octubre, 2022) en Perú, desarrollo un estudio que tenía como objetivo determinar el perfil epidemiológico en mujeres con endometriosis, el diseño a utilizar fue transversal, retrospectivo, descriptivo y observacional, estuvo representado por 129 mujeres, concluyendo que gran proporción son mujeres con edades comprendidas entre 18 a 26 años, universitarias, profesionales y convivientes, gestantes, nuligestas, sin abortos, sin periodo intergenésico, con inicio de actividades sexuales entre 18 a 24 años, la dismenorrea, dispareunia, disuria y metrorragia fueron las manifestaciones más frecuentes; diagnosticadas mediante ecografía transvaginal; el grado II fue el más determinante y el manejo más usual fue analgésicos y tratamiento para la infertilidad.(11)

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica, inflamatoria, dependiente de estrógenos, que se describe por el crecimiento de glándulas endometriales funcionalmente activas y estroma fuera del útero. (5) En 1690, aparece la primera referencia a esta enfermedad, cuando el médico alemán Daniel Shroen describió la presencia de unas “úlceras” diseminadas por el abdomen,

especialmente en la pelvis inferior, que aparecían sólo en mujeres en edad reproductiva". algo que ha impresionado a los historiadores médicos, es por qué no se describió dicha patología en esos tiempos que fue tan frecuente. (26)

Fue descrita patológicamente por Rokitansky, quien visualizó la evidencia de tejido muy similar al endometrio invadiendo el miometrio, posteriormente Cullen describió la presencia de quistes en ovario y de tejido similar al endometrio saliendo del tabique recto vaginal. En 1885, fue Frederich Daniel Von quien utilizó el término endometriosis para referirse a dicha patología. (27) Otros autores mencionan que esta patología tiene otras localizaciones, Gooddard en la localización de la cicatriz umbilical y Meyer en cicatrices de laparotomía, sin embargo, Kramer, en 1936, publicó un caso interesante de endometriosis en el antebrazo, cuando se cuestionó la patogenia de forma más extensa. (28)

La epidemiología de la endometriosis es complicada de resolver, debido a que necesita de la observación quirúrgica para calcular la medida exacta de la prevalencia e incidencia. La incidencia generalmente oscila entre los 25 y 35 años, sin embargo, puede aparecer en mujeres muy jóvenes e incluso posmenopáusicas que tengan como síntoma característico al dolor crónico. (29) Esta enfermedad afecta a más de 175 millones de mujeres a nivel mundial, la prevalencia es del 30-50% en mujeres infértiles y hasta 5-21% de las mujeres presenta dolor pélvico crónico, independientemente la prevalencia va a cambiar de acuerdo a la muestra estudiada o el método empleado. (4)

Las causas diversas de infertilidad, se comentan como factor relevante en la etiología a la endometriosis, esta patología provoca que el tejido endometrial sea más expuesto a la acumulación en la superficie peritoneal, ovarios y el tabique retrovaginal. (30) La etiología es multifactorial, se han planteado muchas hipótesis para entender la procedencia de la endometriosis. Actualmente, se intuye que la endometriosis se desarrolla como producto de la menstruación retrógrada (teoría de Sampson), esto se explica que, durante la menstruación, la sangre compuesta por células endometriales va en sentido posterior por medio de las trompas uterinas hasta llegar a la cavidad pélvica, en vez de dirigirse al cérvix y vagina. De tal manera, pueden ubicarse células idénticas a las del epitelio endometrial al exterior de la cavidad uterina, donde pueden colonizarse y posteriormente proliferar. (1)

La metaplasia celular (teoría de Iwanoff–Meyer), es otra de las teorías que podrían explicar el desarrollo de la endometriosis, este es un proceso por el cual las células adquieren una morfología variable, algunas de ellas localizadas fuera de la cavidad cambian en celularidad semejante a la del endometrio y empiezan a extenderse.(31) Por otro lado, tenemos la probable evidencia que el desarrollo de dicha patología se deba a la proliferación de las células precursoras, que posteriormente se diseminan a través de la sangre y sistema linfático a todo el organismo.(32)

Existen otros probables factores que pueden sumar al crecimiento ectópico del tejido endometrial. Se tiene de conocimiento que la endometriosis es dependiente de estrógenos favoreciendo estos a la inflamación, el crecimiento y dolor que se presentan durante la enfermedad. (33) Hay diversos elementos que apoyan al desarrollo y mantenimiento de los daños causados por la endometriosis, como trastornos del deterioro del sistema inmunológico, factores genéticos, factores ambientales y predominio de los complejos hormonales. La problemática de la endometriosis relacionada con la esterilidad no está aclarada en su totalidad, sin embargo, se descartan los procesos inflamatorios como favorecedores de la enfermedad. (24)

Los factores y mecanismos fisiopatológicos son desconocidos, sin embargo, la variabilidad genética está altamente relacionada. Las investigaciones de carácter genético nos indican que el 50% del riesgo de endometriosis son productos de los factores genéticos y el 50% restante posiblemente a factores ambientales.(34) Los principales reguladores del epitelio endometrial son el estrógeno y la progesterona, los receptores de estas hormonas tienen que ver con la fisiopatología de la endometriosis.(35) Algunos estudios actuales relacionan al estrés oxidativo y la formación de radicales libres de oxígeno en la fisiopatología por medio de la producción de la inflamación pélvica crónica.(36)

En mayor exposición los factores relacionados incluyen la nuliparidad, exposición extensa a estrógenos, menorragia, anomalías del Müller, exposición a dietilestilbestrol, índice de masa corporal bajo. (37) Dentro de las manifestaciones clínicas características tenemos a la algesia pélvica crónica, dismenorrea, dispareunia, disquecia, disuria, dolor lumbar y ansiedad. (38) El dolor pélvico

crónico, se caracteriza por duración de 6 meses y sin menstruación que impide realizar actividades cotidianas y necesita asistencia médica o intervención quirúrgica. La dismenorrea, dispareunia, disquecia y disuria, interfiriendo significativamente en la vida de las mujeres que padecen la enfermedad, de igual manera en su desarrollo profesional y produce costos importantes para los servicios en salud. (39)

Según la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), la endometriosis se puede clasificar o dividir para un mejor estudio en: grado 1 o también llamada mínima, se caracteriza por la presencia de varios implantes aislados sin adherencias, la de grado 2 o denomina leve se presentan implantes menores de 5cm y son superficiales, la de grado 3 o conocida como ``moderada`` se evidencia nódulos múltiples y generalmente invasivos, por último, el grado 4 o considerado severo donde los nódulos endometriales son profundos, superficiales y múltiples.(27,40)

El diagnóstico probable de la endometriosis puede sospecharse mediante la aparición de clínica sugestiva, sin embargo, no siempre están presentes y dependerá del desarrollo de la enfermedad. Generalmente, el diagnóstico se establece cuando las mujeres desean gestar y no hay resultado, o también cuando se realiza alguna intervención quirúrgica abdominal por otra causa. (41) Asimismo, dado a la generalización de que el dolor durante la menstruación es normal, puede trascender bastante tiempo hasta que la endometriosis sea diagnosticada como tal. (42)

El examen físico en la endometriosis puede resultar en la mayoría de los casos normal, pero pueden existir signos patognomónicos de la enfermedad como aparición de nódulos rojoazulados en la parte posterior del fórnix, dolor a la examinación del tabique recto-vaginal y fondo de saco de Douglas, nódulos dolorosos a la palpación en ligamentos uterosacos y movilización dolorosa en anexos. (43) La ecografía transvaginal es el método de primera instancia o lección que nos proporciona mayor información de la endometriosis, no obstante, ayuda a planificar el tratamiento selectivo y sirve de mapeo ecográfico brindando al médico un mejor acceso en los procedimientos y evitando posibles complicaciones. (44)

Otro de los métodos empleados para el diagnóstico de la endometriosis, es

la resonancia magnética que ofrece en la actualidad más sensibilidad y especificidad que la tomografía computarizada, esta es más empleada para la valoración en casos de endometriosis intestinal; de tal manera, la resonancia magnética se prefiere en estudios de endometriosis infiltrante profunda.(45) La laparoscopia es el estudio estándar para el diagnóstico de la endometriosis pélvica, es un método costoso e invasivo, que tiene como limitaciones no evidenciar lesiones causadas por adherencias y lesiones poco o nada pigmentadas. (46)

Hoy en día, no existe un tratamiento que cure la endometriosis, sin embargo, existen variantes para el manejo del dolor e infertilidad. Existen factores a considerar para un mejor manejo, por lo que dependerá de la edad, grado de los síntomas y la enfermedad, también el deseo de ser madre. (47) El éxito de su control está en un pronto diagnóstico, en un correcto manejo médico-quirúrgico y en un abordaje eficaz. La terapia médica que tiene mejores resultados es el hormonal dentro de ellos tenemos danazol, gestrinona, acetato de medroxiprogesterona, análogos del GnRH, ya que suprimen durante 6 meses la función ovárica reduciendo el dolor. (48)

Las opciones de tratamiento que se conocen en la actualidad brindan mejoría tan solo entre un 40 y 70% durante un tiempo promedio mayor de 6 meses. De tal manera, se necesita englobar y conocer mejor el mecanismo del dolor que produce la endometriosis para la mejoría clínica en el futuro. (53) La crioablación bajo guía tomográfica es considerada una alternativa de tratamiento con mínima invasión para casos selectivos en donde los planos musculares obliga a la resección por bloque, siendo la terapéutica de elección la resección quirúrgica y márgenes de seguridad con la intención de evitar la recidiva.(54) No existe evidencia de que medicamento es mejor que otro para el dolor que ocasiona dicha patología, por lo que es recomendable individualizar el tratamiento para cada paciente.(55)

En las pacientes que padecen dolor crónico de causa desconocida, se pasa a utilizar antiinflamatorios no esteroideos luego de dividir las causas oncológicas o específicas. De lo contrario, se procederá a la utilización de terapia hormonal con anticonceptivos progestágenos, agonistas de GnRH y DIU con levonorgestrel. (49) Los implantes de tejido endometrial pueden extirparse o cauterizarse con láser el

tratamiento con laparoscopia es muy complicado si la patología está muy avanzada y se disemina a zonas extensas del recto o pelvis. (50)

Si se desea quedar embarazada o no se puede continuar el tratamiento con medicamentos hormonales, la laparoscopia, es la mejor opción. Por otro lado, la histerectomía, se considera como última opción para el tratamiento de endometriosis, pero existen casos como la endometriosis severa que es considerada la más ideal. (51) En las complicaciones más frecuentes de la endometriosis encontramos a la infertilidad, dolor pélvico prolongado, ruptura de quistes, oclusión intestinal o de vías urinarias, neoplasias en el lugar de crecimiento.

Durante la gestación, una de las complicaciones más relacionados con la endometriosis es el desarrollo de hemoperitoneo espontáneo, es probable que sea producto de la ruptura del paquete vascular útero-ovárico e implantes endometriósicos debido a la inflamación crónica. El tratamiento que se requiere para dicha complicación es netamente quirúrgico por laparoscopia, sin embargo, se reportan baja efectividad ya que concluyen casi siempre en laparotomía. (52) El pronóstico de la endometriosis no está bien delimitado, aunque suele reducirse durante el embarazo o menopausia. La evolución de las lesiones es variable, de tal manera puede conservar su misma densidad o expandirse a diferentes tejidos. (6).

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo de investigación.

El tipo de investigación empleada es básica, según el autor Hernández Sampieri, se caracteriza por originarse en el marco teórico y permanecer en él, teniendo como finalidad sumar conocimiento científico sin modificar el curso práctico. Tiene enfoque cuantitativo, dado que, se probará la hipótesis anteriormente formulada por medio de la medición numérica.

3.2. Diseño de investigación.

El método que se utilizó para llevar a cabo la investigación fue de tipo no experimental ya que no se manipulará las variables, sino a través de la observación llegar a la conclusión. Es descriptiva, pues se caracteriza solo variables de interés y transversal, para medir las variables de estudio.

3.3. Variables y operacionalización. (VER ANEXO I)

Para el desarrollo del estudio se identificaron dos variables, que se declaran a continuación: Variable independiente: perfil epidemiológico. Variable dependiente: Endometriosis. La operacionalización de las variables se detalla más adelante.

3.4. Población, muestra y muestreo.

La población estuvo conformada por todas las mujeres atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes durante el año 2022-2023, de tal manera se tiene 235 casos.

La muestra fue representada por todas las mujeres atendidas en el servicio de ginecología con endometriosis del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Para el cálculo del tamaño muestral se utilizará la fórmula para la estimación de una proporción en una población finita, con variable cuantitativa:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q * N}{(N - 1)E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

N = Población de estudio 235

$Z_{\alpha/2}^2 = 1.96$ (ya que la seguridad es del 95%)

$$p = 50\%=0.50$$

$$q = 1 - p \text{ (en este caso } 1 - 0.50 = 0.50)$$

E = error absoluto (en este caso deseamos un 5% =0.05)

Reemplazando los datos en la fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q * N}{(N-1)E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 235}{(235-1)0.05^2 + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 146$$

Muestreo. Consecutivo.

Dentro de los criterios de selección se incluyó a las mujeres en edad reproductiva (18- 49 años) con diagnóstico comprobado de endometriosis que son atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, e historias clínicas con datos completos y legibles.

Se excluyó a las mujeres con diagnóstico comprobado de endometriosis que son atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes que no deseen ser parte de la investigación de manera voluntaria, de igual manera, a mujeres menores de 18 años y mayores de 49 años, y aquellas mujeres que padezcan de algún trastorno psicológico asociado.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La técnica que se utilizó es el análisis documental realizándose a través de una ficha de recolección de datos, el cual se enfocó en las variables del presente estudio, estuvo dirigida a las distintas dimensiones que se pretenden analizar cómo son las características sociodemográficas, características gineco obstétricas, clínica, grado de la patología, comorbilidades, diagnóstico y tratamiento. **(VER ANEXO II).**

3.6. Procedimiento de recolección de datos e informaciones.

Se solicitó la revisión y aprobación del proyecto de investigación por parte de las autoridades de la Facultad de Medicina. Posteriormente, se gestionó el permiso a las autoridades del Hospital Regional Docente Las Mercedes, para poder acceder

a la realización del análisis documental (**VER ANEXO III**). Aprobada la solicitud, se acudió al área de atención de consulta externa de Ginecología para aplicar la ficha de recolección de datos, se puso a conocimiento de cada paciente el motivo de la investigación, de aceptar se procedió la investigación. La técnica que se empleó es el análisis documental. Para la recolección de la información se realizó con ayuda de la ficha de datos y directamente por el investigador.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Obtenido los datos de la encuesta y posterior a realizar la validación y la confiabilidad, los resultados fueron ingresados a una base de datos en Microsoft Excel, se continuo a reservar en una carpeta para luego ser llevados y procesados a través del paquete estadístico Statistic Package For The Social Science (SPSS), para en última instancia realizar los gráficos correspondientes.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El desarrollo del estudio hizo posible obtener distintos resultados que se presentan a continuación:

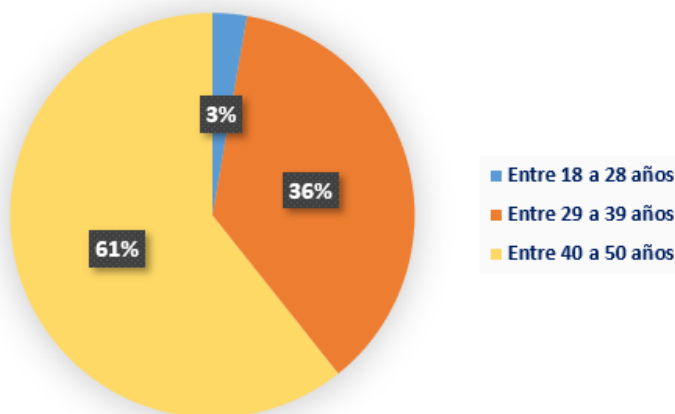
4.1. Resultados.

Tabla N° 01. *Rango de edades de encuestadas*

Rango	Frecuencia	Porcentaje
Entre 18 a 28 años	04	02,76
Entre 29 a 39 años	53	36,55
Entre 40 a 50 años	88	60,69
Edad Máxima	18 años	
Edad Mínima	50 años	
Edad Media	39,88 años	
Desviación Estándar	6,017	
Total	145	100,0

Fuente: Historias clínicas

Figura N° 01. *Rango de edades de encuestadas*



Interpretación: En la tabla 01 se muestran los resultados de las características sociodemográficas donde se observa que el 60,69% (88) de las mujeres se encuentran entre 40 a 50 años, un 36,55% (53) entre 29 y 39 años y 02,76% (04) entre 18 y 28 años; la edad media es 39,88 y la desviación estándar es del 6,017.

Tabla N° 02. *Lugar de procedencia de la paciente.*

Ciudades	Frecuencia	Porcentaje
Chiclayo	127	87,0
Lambayeque	16	11,0
Ferreñafe	03	2,1
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Los resultados de la tabla 2, muestra el lugar de procedencia de las mujeres encuestadas en donde sobresale con un 87% (127) la ciudad de Chiclayo, seguido de un 11% (16) Lambayeque y solo el 2,1% (03) pertenecientes a la ciudad de Ferreñafe

Tabla N° 03. *Estado Civil de la paciente*

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada / Conviviente	96	65,8
Soltera	43	29,5
Divorciada	05	03,4
Viuda	02	01,4
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Según los datos mostrados en la tabla 3, se observa que casi en su totalidad predomina en las encuestadas el estado civil de casada con un 65,8% (96) seguido del estado soltera con el 29,5% (43), divorciada 03,4% (05) y viuda con el 01,4% (02)

Tabla N° 04. *Grado de Instrucción de la paciente*

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	08	05,5
Secundaria	95	65,1
Técnica	02	01,4
Superior	41	28,1
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En relación al grado de instrucción de las personas encuestadas, se observa en la tabla 4, que en su mayoría tiene el grado de instrucción de secundaria con un 65,1% (95) seguido del grado superior con el 28,1% (41), el de primaria con el 05,5% (08) y el grado de instrucción técnico con el 01,4% (02) encuestadas.

Tabla N° 05. *Ocupación de la paciente*

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	114	78,1
Profesional	28	19,2
Estudiante	04	02,7
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Los resultados de la tabla 5, presenta información sobre la ocupación de las encuestadas, por ello se puede evidenciar que más de las $\frac{3}{4}$ participantes son amas de casa, es decir, el 78,1% (114) seguida de la opción profesional con el 19,2% (28) y como estudiantes el 02,7% (04).

Tabla N° 06. *Antecedentes familiares de la paciente*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
No	129	88,4
Si	17	11,6
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Con relación a los antecedentes familiares en mujeres con endometriosis por parte de las encuestadas y según los resultados de la tabla 6, se puede evidenciar que existe un alto porcentaje en la opción No, con un 88,4% (129) y solamente en la opción Si con el 11,6% (17); por lo que se puede denotar de la no existencia de antecedentes familiares en las mujeres encuestadas en la presente investigación.

Tabla N° 07. *Características ginecobstetricias en gestaciones anteriores*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	48	32,9
Una	64	43,8
Dos o más	34	23,3
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Los resultados de la tabla 7, presenta la información sobre las características gineco obstétricas en las mujeres encuestadas en donde se muestra en un 43,8% (64) en una, 32,9% (48) ninguna y 23,3% (34) con dos o más.

Tabla N° 08. *Características ginecobstetricias en abortos anteriores*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	99	56,9
Una	44	25,3
Dos o más	31	17,8
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Los resultados de la tabla 8, presenta la información sobre las características gineco obstétricas en abortos anteriores, por lo que en mayor porcentaje se encuentra ninguno con un 56,9 (99) seguido de una con el 25,3% (44) y con dos o más el 17,8% (31).

Tabla N° 09. *Rango de inicio de relaciones sexuales en pacientes*

Rango	Frecuencia	Porcentaje
Entre 14 a 16 años	58	40,28
Entre 17 a 20 años	86	59,72
Edad Máxima	14 años	
Edad Mínima	20 años	
Edad Media	16,69 años	
Desviación Estándar	1,455	
Total	144	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Los resultados de la tabla 9, presenta información relacionada con la edad vinculada al inicio de las relaciones sexuales en pacientes encuestadas, por lo que se denota que predomina en el rango de 17 a 20 años en un 59,72% (86) y entre los 14 a 16 años en un 40,28% (58); además se tiene la edad máxima y mínima de haber iniciado su actividad sexual en 14 y 20 años respectivamente, también se menciona la desviación estándar, la cual es de 1,455.

Tabla N° 10. *Uso del método anticonceptivo en pacientes*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	87	59,6
No	59	40,4
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Según los resultados obtenidos de las historias clínicas se puede mencionar que si utilizan alguno de los métodos anticonceptivos por parte de las pacientes en un 59,6% (87) y que no en un 40,4% (59).

Tabla N° 11. *Signos y síntomas en Dismenorrea*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	120	82,2
No	26	17,8
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En relación a las manifestaciones clínicas en mujeres con endometriosis, un 82,2% (120) de las mujeres que participaron en la investigación mediante sus historias clínicas, señalaron haber presentado signos y síntomas en relación a la dismenorrea y el 17,8% (26) que no.

Tabla N° 12. *Signos y síntomas en Disuria*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
No	137	93,8
Si	07	04,8
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Según los datos presentados sobre las manifestaciones clínicas en mujeres con endometriosis, casi en su totalidad, es decir el 93,8% (137) de las mujeres que participaron en la investigación mediante sus historias clínicas, señalaron haber presentado signos y síntomas en relación a la disuria y solo el 04,8% (07) que no.

Tabla N° 13. *Signos y síntomas en Dispareunia*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	98	67,1
No	48	32,9
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Según la tabla 13, en donde señala sobre las manifestaciones clínicas en mujeres con endometriosis con signos y síntomas en Dispareunia, un 67,1% (98) de las mujeres que participaron en la investigación señalaron que sí y el 32,9% (48) que no.

Tabla N° 14. *Signos y síntomas en Menorragia*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
No	98	67,1
Si	48	32,9
Total	146	100,0

I. Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En relación a las manifestaciones clínicas en mujeres con endometriosis, un 67,1% (98) de las mujeres que participaron en la investigación mediante sus historias clínicas, señalaron haber presentado signos y síntomas en relación a la Menorragia y el 32,9% (48) que no.

Tabla N° 15. *Signos y síntomas en Infertilidad*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
No	88	60,3
Si	58	39,7
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: De todos los resultados de las historias clínicas de las pacientes sobre las manifestaciones clínicas en mujeres con endometriosis, en relación a los signos y síntomas de infertilidad, un 60,3% (88) de las mujeres señalaron que No y el 39,7% (58) señalaron en forma positiva.

Tabla N° 16. *Signos y síntomas en Asintomáticas*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
No	122	83,6
Si	24	16,4
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Según la tabla 16, relacionado con las manifestaciones clínicas en mujeres con endometriosis, un 83,6% (122) de las mujeres que participaron en la investigación mediante sus historias clínicas, señalaron no haber presentado signos y síntomas; y solo el 16,4 (24) que Sí.

Tabla N° 17. *Características del diagnóstico en pacientes*

Características	Frecuencia	Porcentaje
Ecografía transvaginal	112	76,7
Laparoscopia	26	17,8
Laparotomía y laparoscopia	05	03,4
Laparotomía	03	02,1
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Los resultados de la Tabla 17, nos muestra las características del diagnóstico para la endometriosis, en donde se puede observar que en un mayor porcentaje la ecografía transvaginal 76,7% (112) seguido de la laparoscopia con el 17,8% (26) el 03,4% (05) entre laparotomía y laparoscopia, finalmente el 02,1% (03) para la laparotomía.

Tabla N° 18. *Grado de endometriosis en pacientes*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Grado I	91	62,3
Grado II	46	31,5
Grado III	09	06,2
Grado IV	00	00,0
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: La información obtenida de la tabla 18 sobre los grados de endometriosis de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital se refleja que para el primer grado se obtuvo el 62,3% (91), para el segundo grado el 31,5% (46), para el tercer grado el 06,2% (09) y ninguno para cuarto grado.

Tabla N° 19. *Tipo de manejo en pacientes*

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Analgésicos	73	50,0
Terapia hormonal	37	25,3
Cirugía conservadora	33	22,6
Histerectomía total	03	02,1
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Según los resultados de las historias clínicas en vinculación al tipo de manejo que se les dio a los casos con diagnóstico de endometriosis de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital se refleja que para el tratamiento analgésico se registró la mitad de los participantes, es decir, se obtuvo el 50% (73), para la terapia hormonal el 25,3% (37), cirugía conservadora el 22,6% (33) y para la histerectomía total ninguno.

Tabla N° 20. *Tipo de complicaciones en pacientes*

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Sin complicaciones	76	52,1
Infertilidad	32	21,9
Endometriomas	26	17,8
Oclusión intestinal	06	04,1
Neoplasias	05	03,4
Uropatía obstructiva	01	0,7
Total	146	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la tabla 20 se muestra los tipos de complicaciones que se presentan en mujeres con endometriosis atendidas en el servicio de ginecología del Hospital; en donde más de la mitad, es decir, el 52,1% (76) señalaron no presentar complicaciones, el 21,9% (32) para la infertilidad, el 17,8% (26) endometriomas, el 04,1% (06) para la oclusión intestinal, el 03,4% (05) para neoplasias y solo un participante, es decir el 0,7% para la uropatía obstructiva.

4.2. Discusión.

La realización del presente estudio permitió la obtención de hallazgos significativos sobre el tema que nos ocupa, es por eso, que se presenta su análisis y comparación como sigue:

En la tabla 01 se muestran los resultados de las características sociodemográficas donde se observa que el 60,69% (88) de las mujeres se encuentran entre 40 a 50 años, un 36,55% (53) entre 29 y 39 años y 02,76% (04) entre 18 y 28 años; la edad media es 39,88 y la desviación estándar es del 6,017. Los resultados de la tabla 2, muestra el lugar de procedencia de las mujeres encuestadas en donde sobresale con un 87% (127) la ciudad de Chiclayo, seguido de un 11% (16) Lambayeque y solo el 2,1% (03) pertenecientes a la ciudad de Ferreñafe.

Según los datos mostrados en la tabla 3, se observa que casi en su totalidad predomina en las encuestadas el estado civil de casada con un 65,8% (96) seguido del estado soltera con el 29,5% (43), divorciada 03,4% (05) y viuda con el 01,4% (02). En relación al grado de instrucción de las personas encuestadas, se observa en la tabla 4, que en su mayoría tiene el grado de instrucción de secundaria con un 65,1% (95) seguido del grado superior con el 28,1% (41), el de primaria con el 05,5% (08) y el grado de instrucción técnico con el 01,4% (02) encuestadas. Los resultados de la tabla 5, presenta información sobre la ocupación de las encuestadas, por ello se puede evidenciar que más de las $\frac{3}{4}$ participantes son amas de casa, es decir, el 78,1% (114) seguida de la opción profesional con el 19,2% (28) y como estudiantes el 02,7% (04).

Al hacer un análisis de las características sociodemográficas en mujeres con endometriosis atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes se ha podido constatar que son diversos los autores que han profundizado en el tema y que han aportado suficiente información para esclarecer su comportamiento, entre ellos se encuentran los siguientes: Cardoso Restrepo, J. et al (2019) en Colombia; Vilarinho, J. et al (febrero, 2021) en Brasil y Coccia, M. et al (2022) en Italia; todos coinciden con los resultados alcanzados en la presente investigación.

Al profundizar en los resultados compartidos en la Tabla 6, con relación a los antecedentes familiares en mujeres con endometriosis por parte de las encuestadas y según los resultados de la tabla 6, se puede evidenciar que existe un alto porcentaje en la opción No, con un 88,4% (129) y solamente en la opción Si con el 11,6% (17); por lo que se puede denotar la no existencia de antecedentes familiares en las mujeres encuestadas en la presente investigación; este resultado es similar al publicado por los siguientes investigadores: Calvo Pereira, J. et al (2020) en Costa Rica; Torres, J. et al (abril, 2021) en Brasil y Pruzzo Matías, G. et al (agosto, 2022) en Chile.

Por su parte, los resultados de la tabla 7, presentan la información sobre las características gineco obstétricas en las mujeres encuestadas en donde se muestra en un 43,8% (64) en una, 32,9% (48) ninguna y 23,3% (34) con dos o más. Los resultados de la tabla 8, presenta la información sobre las características gineco obstétricas en abortos anteriores, por lo que en mayor porcentaje se encuentra ninguno con un 56,9 (99) seguido de una con el 25,3% (44) y con dos o más el 17,8% (31).

Los resultados de la tabla 9, presentan información relacionada con la edad vinculada al inicio de las relaciones sexuales en pacientes encuestadas, por lo que se denota que predomina en el rango de 17 a 20 años en un 59,72% (86) y entre los 14 a 16 años en un 40,28% (58); además se tiene la edad máxima y mínima de haber iniciado su actividad sexual en 14 y 20 años respectivamente, también se menciona la desviación estándar, la cual es de 1,455. Tabla 10. Según los resultados obtenidos de las historias clínicas se puede mencionar que si utilizan alguno de los métodos anticonceptivos por parte de las pacientes en un 59,6% (87) y que no en un 40,4% (59).

De manera general, al comparar los principales hallazgos de este estudio con los expuestos por diversos autores, que en el terreno internacional, nacional y local han aportado información para explicar el fenómeno estudiado, se observa una semejanza con el comportamiento de las características gineco obstétricas en mujeres con endometriosis atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, resultado que sirve de base para la puesta en práctica de acciones que mejoren la situación existentes en condiciones locales.

En la Tabla 11 se presenta el análisis en relación a las manifestaciones clínicas en mujeres con endometriosis, un 82,2% (120) de las mujeres que participaron en la investigación mediante sus historias clínicas, señalaron haber presentado signos y síntomas en relación a la dismenorrea y el 17,8% (26) que no. Por su parte, la Tabla 12, según los datos presentados sobre las manifestaciones clínicas en mujeres con endometriosis, casi en su totalidad, es decir el 93,8% (137) de las mujeres que participaron en la investigación mediante sus historias clínicas, señalaron haber presentado signos y síntomas en relación a la disuria y solo el 04,8% (07) que no.

Además, la tabla 13, en donde señala sobre las manifestaciones clínicas en mujeres con endometriosis con signos y síntomas en Dispareunia, un 67,1% (98) de las mujeres que participaron en la investigación señalaron que sí y el 32,9% (48) que no. En la Tabla 14, en relación a las manifestaciones clínicas en mujeres con endometriosis, un 67,1% (98) de las mujeres que participaron en la investigación mediante sus historias clínicas, señalaron haber presentado signos y síntomas en relación a la Menorragia y el 32,9% (48) que no.

La Tabla 15 hace referencia a que, de todos los resultados de las historias clínicas de las pacientes sobre las manifestaciones clínicas en mujeres con endometriosis, en relación a los signos y síntomas de infertilidad, un 60,3% (88) de las mujeres señalaron que No y el 39,7% (58) señalaron en forma positiva. Según la tabla 16, relacionado con las manifestaciones clínicas en mujeres con endometriosis, un 83,6% (122) de las mujeres que participaron en la investigación mediante sus historias clínicas, señalaron no haber presentaron signos y síntomas, es decir, asintomáticos y solo el 16,4 (24) que Sí.

El análisis realizado hasta el momento muestra una similitud entre los resultados publicados por autores, que se han destacado por sus aportes en el estudio del tema que nos ocupa, se destacan entre ellos: Negrón Rodríguez, J. (2019) en Perú; Chandola S., Garg A. (2022) en Sudáfrica y Rivera Chávez, N. (2022) en Perú; todos ellos han contribuido con valiosa información a la explicación de las manifestaciones clínicas en mujeres con endometriosis; por lo que han servido de base teórica para comprender y argumentar la situación existente en el contexto local, para derivar las recomendaciones pertinentes y mejorar la situación.

Los resultados de la Tabla 17, muestran las características del diagnóstico para la endometriosis, en donde se puede observar que en un mayor porcentaje la ecografía transvaginal 76,7% (112) seguido de la laparoscopia con el 17,8% (26) el 03,4% (05) entre laparotomía y laparoscopia, finalmente el 02,1% (03) para la laparotomía; asimismo, la información obtenida de la tabla 18 sobre los grados de endometriosis de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital se refleja que para el primer grado se obtuvo el 62,3% (91), para el segundo grado el 31,5% (46), para el tercer grado el 06,2% (09) y ninguno para cuarto grado.

En la Tabla 19, se presentan los resultados de las historias clínicas en vinculación al tipo de manejo que se les dio a los casos con diagnóstico de endometriosis de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital se refleja que para el tratamiento analgésico se registró la mitad de los participantes, es decir, se obtuvo el 50% (73), para la terapia hormonal el 25,3% (37), cirugía conservadora el 22,6% (33) y para la histerectomía total ninguno y por otro lado, en la tabla 20 se presentan los tipos de complicaciones que se presentan en mujeres con endometriosis atendidas en el servicio de ginecología del Hospital; en donde más de la mitad, es decir, el 52,1% (76) señalaron no tener complicaciones, el 21,9% (32) presentó la infertilidad, el 17,8% (26) endometriomas, el 04,1% (06) para la oclusión intestinal, el 03,4% (05) para neoplasias y solo un participante, es decir el 0,7% para la uropatía obstructiva.

Los resultados alcanzados en la investigación corroboran los resultados mostrados por un grupo de estudiosos del tema y que con sus aportes teóricos han ayudado a esclarecer el fenómeno que se analiza; son ellos: Sicha Ñahuis, M. et al (2020); Reyna Villasmil, E. et al. (2020); Ramos Barrientos, V. et al (2021); Contreras Gala, K. et al (2021) en Perú; Gurgan, T. et al (2023) en Turquía y Mejía Montilla, J. et al (2022) en Perú; todos los cuales han profundizado desde el contexto internacional y nacional, para fundamentar las principales complicaciones que presentan las mujeres que son diagnosticadas con esta patología y que acuden a las instituciones de salud a recibir atención médica.

V. CONCLUSIONES

1. La caracterización sociodemográfica refleja una prevalencia incrementada del 60,69% de mujeres que padecen de endometriosis cuyas edades estaban comprendidas entre 40 a 50 años, además el 87% reside en el distrito de Chiclayo; se encontró que el estado civil que tenían en el mayor de los casos fueron casadas o convivientes con grado de instrucción secundaria y en su mayoría fueron amas de casa.

2. Con respecto, a las características gineco obstétricas en mujeres con endometriosis estas reflejan que, según la mayoría presentó durante la paridad una gestación anterior; además el mayor porcentaje no sufrió ningún aborto, predominó el inicio de relaciones sexuales entre las edades de 17 y 20 años siendo la edad mínima de haber iniciado su vida sexual 14 y la máxima 20 años; y que la gran mayoría utilizaban anticonceptivos.

3. Entre las manifestaciones clínicas en mujeres con endometriosis se presentaron signos y síntomas con más frecuencia a la dismenorrea y disuria, más de la mitad también manifestó dispareunia y menorragia, y en menor porcentaje infertilidad; por lo cual, cabe señalar que un alto porcentaje de las mujeres señalaron sintomatología frente a esta patología.

4. Finalmente, en cuanto al diagnóstico de la endometriosis se puede inferir que la ecografía transvaginal fue la que obtuvo mayor utilidad, seguido de la laparoscopia en menor porcentaje; la clase más frecuente fue la de primer grado de endometriosis; y la mitad de las mujeres recibieron tratamiento analgésico y menos de la mitad terapia hormonal; entre las complicaciones que desarrollaron las pacientes una cuarta parte padeció infertilidad y endometrioma.

VI. RECOMENDACIONES

A los directivos de las instituciones de salud, promover y organizar un trabajo preventivo educativo con las mujeres que acuden a la institución, específicamente al servicio de Ginecología, para elevar su nivel de conocimiento sobre la importancia de la realización sistemática de los exámenes ginecológicos para detectar enfermedades.

A las/os especialistas ginecólogas/os, fomentar la realización de investigaciones futuras que aborden este problema de salud pública y en coordinación con su staff hagan seguimiento de los casos de endometriosis para un mejor manejo terapéutico de la enfermedad.

A las/os profesionales Obstetras y a las pacientes: sensibilizar a las mujeres, especialmente aquellas que aún no han experimentado la maternidad, sobre la relevancia de someterse regularmente a exámenes ginecológicos. Este hábito permitirá detectar precozmente cualquier indicio de endometriosis, posibilitando así un diagnóstico y tratamiento oportunos.

A las/os profesionales Obstetras y a las pacientes, generar conciencia entre todas las mujeres acerca de las implicaciones de la endometriosis, ya que puede tener efectos adversos en su vida sexual y reproductiva.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Endometriosis [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/enometriosis>
2. Zhu S, Zhang J, Xue N, Zhu X, Li F, Dai Q, et al. Highly specific neutrophil-mediated delivery of albumin nanoparticles to ectopic lesion for endometriosis therapy. *J Nanobiotechnology*. 8 de septiembre de 2023;21(1):81.
3. Salud S de. 127. Endometriosis, enfermedad que se desarrolla entre los 11 y 55 años de edad [Internet]. gob.mx. [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/prensa/127-endometriosis-enfermedad-que-se-desarrolla-entre-los-11-y-55-anos-de-edad?idiom=es>
4. Carrillo Torres P, Martínez Zamora MA, Carmona Herrera F. Endometriosis. Un largo camino. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet*. 1 de octubre de 2021;48(4):100686.
5. Actualización en los puntos clave de la endometriosis | Revista Médica Sinergia [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/191>
6. Valverde M de LQ, Barragán LXV, Ortega ELM, Medranda SJL. La endometriosis y sus complicaciones. *RECIMUNDO*. 7 de abril de 2019;3(2):283-306.
7. Pouly JL, Gremeau AS, Chauffour C, Dejou L, Brugnon F, Vorilhon S, et al. Infertilidad y endometriosis. *EMC - Ginecol-Obstet*. 1 de marzo de 2020;56(1):1-10.
8. EsSalud advierte incremento de casos de endometriosis en mujeres, los cuales podrían desencadenar en cáncer [Internet]. Essalud. [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=essalud-advierte-incremento-de-casos-de-endometriosis-en-mujeres-los-cuales-podrian-desencadenar-en-cancer>
9. Resultados de búsqueda de Ministerio de Salud [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/buscador?term=endometriosis&institucio>

n=minsa&topic_id=&contenido=&sort_by=none

10. Artacho-Cordón F, Lorenzo Hernando E, Pereira Sánchez A, Quintas-Marquès L. Conceptos actuales en dolor y endometriosis: diagnóstico y manejo del dolor pélvico crónico. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet*. 13 de septiembre de 2023;50(2):100843.
11. Rivera Chavez N. Perfil epidemiológico en mujeres con endometriosis atendidas en una clínica privada de Lima - Perú 2020. *Repos Académico USMP [Internet]*. 2022 [citado 17 septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/10465>
12. Restrepo J, Turizo A, Tabares S, Ortiz AF, Vélez A, Cuesta DP, et al. Endometriosis de la pared abdominal: estudio descriptivo de una serie de 21 casos. *Rev Colomb Cir*. diciembre de 2019;34(4):338-45.
13. Calvo JP, Rodríguez YP, Figueroa LQ. Endometriosis: diagnóstico y alternativas terapéuticas. *Rev Medica Sinerg*. 1 de febrero de 2020;5(2): e361-e361.
14. Cardoso JV, Machado DE, Silva MC da, Berardo PT, Ferrari R, Abrão MS, et al. Epidemiological profile of women with endometriosis: a retrospective descriptive study. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. 1 de febrero de 2021; 20:1057-67.
15. Torres JI da SL. Endometriosis, difficulties in early diagnosis and female infertility: A review. 2021
16. Coccia ME, Nardone L, Rizzello F. Endometriosis and Infertility: A Long-Life Approach to Preserve Reproductive Integrity. *Int J Environ Res Public Health*. Enero de 2022;19(10):6162.
17. Pruzzo G. M, Readí V. A, Robles G. I, Campaña V. G, Pruzzo G. M, Readí V. A, et al. Intususcepción apendicular por foco endometriósico. Un caso clínico. *Rev Cir*. agosto de 2022;74(4):421-5.
18. Chandola S, Garg A. Scar endometriosis: Looking beyond the diagnosis - A case series. *SA J Radiol*. 2022;26(1):1-7.
19. Gurgan T, Bektas G. Chapter 11 - Endometriosis and infertility. En: Laganà AS, Guglielmino A, editores. *Management of Infertility [Internet]*. Academic Press; 2023 [citado 9 de octubre de 2023]. p. 107-18. Disponible en:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323899079000144>
20. Negrón Ro J. Manejo del endometrioma ovárico. Rev Peru Ginecol Obstet. julio de 2019;65(3):317-30.
 21. Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D, Rondon-Tapia M, Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D, Rondon-Tapia M. Neumotórax catamenial recurrente. Reporte de caso. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. julio de 2020 [citado 23 de octubre de 2023];66(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322020000300015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 22. Sicha Ñahuis M, Domínguez Torres J, Román Antonio A, Rengifo Juárez P, Ramos Ramos V, Cáceres Pizarro J. Intususcepción íleo - ileal en adulto secundaria a endometriosis: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Per Radiol. 2020; 20:18-22.
 23. Contreras Gala KL, Rozas MV. Jaw region endometriosis: case report. Rev Fac Med Humana [Internet]. 28 de octubre de 2021;21(4). Disponible en: <https://inicib.urp.edu.pe/rfmh/vol21/iss4/25>
 24. Olórtegui RA, Barrientos VPR, Pinto AA. Diagnóstico y manejo multidisciplinario de endometriosis vesical: reporte de caso. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 5 de mayo de 2021 [citado 23 de octubre de 2023];67(2). Disponible en: <http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/2320>
 25. Mejia-Montilla J, Reyna-Villasmil N, Reyna-Villasmil E. Deficiencia de vitamina D y patologías ginecológicas de la mujer en edad reproductiva. Rev Peru Ginecol Obstet. [Internet]. 24 de febrero de 2022 [citado 25 de octubre de 2023];68(1). Disponible en: <http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/2387>
 26. Historia de la endometriosis [Internet]. [citado 25 de octubre de 2023]. Disponible en: http://www.fertilab.net/gineclopedia/fertilidad/problemas_en_la_mujer/endometriosis/historia_de_la_endometriosis_1
 27. Clínica Fertia. El origen y la evolución de la endometriosis [Internet]. Clínica Fertia. 2021 [citado 30 de octubre de 2023]. Disponible en:

<https://clinicafertia.com/el-origen-y-la-evolucion-de-la-endometriosis/>

28. Endometriosis | Revista de Ginecología y Obstetricia de México [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/endometriosis>
29. Villacís RAR, Tite JIC, Vega ESC. Las TIC y la enseñanza de la epidemiología, diagnóstico y manejo clínico de la endometriosis. Rev Conrado. 21 de junio de 2022;18(S2):16-26.
30. Campos FA de O, Parizotto BMF, Pereira CBG, Lommez IMM, Avelar LC, Amorim LB. A relação entre endometriose e infertilidade: uma revisão de literatura / The relationship between endometriosis and infertility: a literature review. Braz J Health Rev. 10 de noviembre de 2021;4(6):24379-90.
31. ¿Cuáles son las posibles causas de la endometriosis? [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2021 [citado 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/causas-endometriosis/>
32. Endometriosis: revisión en profundidad [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.intramed.net/92959/Endometriosis-revision-en-profundidad>
33. Wen X, Xiong Y, Qu X, Jin L, Zhou C, Zhang M, et al. The risk of endometriosis after exposure to endocrine-disrupting chemicals: a meta-analysis of 30 epidemiology studies. Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol. agosto de 2019;35(8):645-50.
34. Montgomery GW, Mortlock S, Giudice LC. Should Genetics Now Be Considered the Pre-eminent Etiologic Factor in Endometriosis? J Minim Invasive Gynecol. 1 de febrero de 2020;27(2):280-6.
35. Sampaio Neto LF, Ferro MC, García LD, Ribeiro BC. Progesterone and estradiol receptors and Ki-67 in the superficial and deep infiltrating endometriosis. J Bras Patol E Med Lab. 11 de mayo de 2020;56:e1572020.
36. Segura R R, Cañete SP P, Ruiz TB, Pérez-Moneo P P, Monzó B L, Segura R R, et al. Elevación de los marcadores de estrés oxidativo en pacientes con endometriosis. Rev Chil Obstet Ginecol. octubre de 2019;84(5):372-8.

37. Sacoto JHC, Almeida DFC, Moncayo OFB, Corral GAM, Lucero KSP. Endometriosis. Revisión bibliográfica. Reporte de un caso. Metro Cienc. 28 de diciembre de 2021;29(4):113-8.
38. Gutiérrez HAR, González FIU. Endometriosis: Una visión detrás del estigma. Rev Cienc Salud Integrando Conoc. 3 de septiembre de 2021;5(4): Pág. 53-62.
39. Guachilema DRS, Flores JCS, Michilena JC, Toral JSV. Dismenorrea y endometriosis. Como aliviar el dolor y cuando preocuparse. RECIAMUC. 30 de mayo de 2019;3(1):78-94.
40. Díaz JAB. Endometriosis: una causa de la infertilidad femenina. Rev Neuronum. 4 de abril de 2020;6(2):238-40.
41. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS) | Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha [Internet]. [citado 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://escueladesalud.castillalamancha.es/genero-y-salud/guia-de-atencion-las-mujeres-con-endometriosis-en-el-sistema-nacional-de-salud-sns>
42. Molina JAD. La importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos de la endometriosis. Metro Cienc. 28 de diciembre de 2021;29(4):8-8.
43. Chávez ABC, Cardenas EVN, Flores M del CN, Cabrera MJH. Diagnóstico y tratamiento de la endometriosis. RECIAMUC. 4 de agosto de 2022;6(3):200-6.
44. Terrones A, Forestieri OÁ, Uranga A. Consenso IDEA: Estudio ecográfico de la endometriosis profunda [Internet]. Universidad Nacional de La Plata (UNLP); 2022 [citado 16 de enero de 2023]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/147708>
45. Márquez-Vargas MG. Endometriosis intestinal: ¿un reto diagnóstico para el médico internista? Rev Médica Inst Mex Seguro Soc. 26 de marzo de 2021;59(1):5954.
46. Zuñiga G. A, Labra W. A, Silva F. C, Ignacia Fauré R. M, Fernanda Tapia C M, Rios A. P, et al. Evaluación de fuerza de concordancia de hallazgos de endometriosis en RM y laparoscopia. Análisis de una serie de casos. Rev Chil Obstet Ginecol. febrero de 2021;86(1):33-41.

47. ¿Cuáles son los tratamientos para la endometriosis? [Internet]. <https://espanol.nichd.nih.gov/>. 2020 [citado 20 de enero de 2023]. Disponible en:
<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/endometri/informacion/tratamientos>
48. Endometriosis: Síntomas, diagnóstico y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. [citado 27 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/endometriosis>
49. Manejo de la endometriosis: opciones de tratamiento [Internet]. [citado 27 de enero de 2023]. Disponible en: <https://helloclue.com/es/articulos/endometriosis/manejo-de-la-endometriosis-opciones-de-tratamiento>
50. Tratamiento Quirúrgico para la Endometriosis [Internet]. [citado 27 de enero de 2023]. Disponible en: <http://www.clevelandclinic.org/health/shic/html/s4620.asp>
51. Procedimientos Quirúrgicos para Endometriosis - Western New York Urology Associates, LLC [Internet]. [citado 27 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=122976>
52. Ambite-Lobato Eulogio, Redondo-Villatoro Ana, Ferrari-Bellver Ana María, Carmona-Domínguez Eva María. Hemoperitoneo espontáneo asociado a endometriosis en mujeres embarazadas del segundo trimestre. ginecología obstetra Méx. [revista en Internet]. 2023 [consultado el 1 de febrero del 2024]; 91(1): 44-49. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000100007&Ing=es. Publicación electrónica del 14 de abril de 2023. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i1.7679> .
53. Yela DA, Silva MSS, Eloy L, Benetti-Pinto CL. Correlación entre aspectos anatomopatológicos y dolor pélvico en mujeres con endometriosis infiltrante profunda. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2023 diciembre [consultado el 1 de febrero del 2024]; 45 (12): 770–4. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1772473>
54. Valle Juan Bautista-Del, Rendón Fausto O., Ducrey Gabriel, Valle-Jaén Ana del. Endometriosis sobre cicatriz de cesárea: presentación de un caso. Rev. argent.

radiol. [Internet]. 2023 Ene [citado 2024 Feb 02]; 87 (1): 36-39. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922023000100036&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24875/rar.22000006>.

55. Scarella-Chamy Aníbal, Miranda-Mendoza Ignacio. Evaluación clínica y manejo de la endometriosis: resumen de la Orientación Técnica MINSAL para el manejo de personas con endometriosis. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2023 Abr [citado 2024 Feb 02]; 88(2):126-136. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262023000200126&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m23000058>.

ANEXO I: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Instrumento
Perfil epidemiológico	Es la expresión de la carga de la enfermedad que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen.	Es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo.	Características sociodemográficas	Edad	Intervalo	Ficha de recolección de datos
				Procedencia	Nominal	
				Estado civil	Nominal	
				Grado de instrucción	Ordinal	
			Características ginecobstétricas	Ocupación	Nominal	
				Edad gestacional	Intervalo	
				Gestaciones anteriores	Ordinal	
				Abortos anteriores	Ordinal	
Inicio de las relaciones sexuales	Intervalo					
Endometriosis	Es una patología inflamatoria benigna, dependiente de estrógeno, que se caracteriza por la presencia de glándulas y estroma endometrial en un sitio distinto a la cavidad uterina.	Es una enfermedad caracterizada por la presencia de tejido similar al endometrio fuera del útero.	Manifestaciones clínicas	Dismenorrea	Nominal	Ficha de recolección de datos
				Dispareunia		
				Disuria		
				Menorragia		
			Diagnostico	Infertilidad	Nominal	
				Resonancia magnética		
				Laparotomía		
				Laparoscopia		
			Grado o tipo	Laparotomía y laparoscopia	Ordinal	
				Grado I		
				Grado II		
				Grado III		
			Tratamiento	Grado IV	Nominal	
				Analgésicos		
				Terapia hormonal		
				Cirugía conservadora		
				Tratamiento de fertilidad		
Complicaciones	Histerectomía total	Nominal				
	Endometriomas					
	Oclusión intestinal					
	Uropatía obstructiva					
	Infertilidad					
Neoplasias						



ANEXO II: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Perfil epidemiológico en mujeres con
endometriosis atendidas en el servicio de
ginecología del Hospital Regional
Docente Las Mercedes



Ficha de datos N° _____

I. Características sociodemográficas

Edad: _____

Procedencia (Provincia):

- a) Chiclayo b) Ferreñafe c) Lambayeque

Estado civil:

- a) Casada / Conviviente
 b) Soltera
 c) Viuda
 d) Divorciada

Grado de instrucción

- a) Primaria b) Secundaria c) Técnica d) Superior e) Ninguno

Ocupación

- a) Ama de casa b) Estudiante c) Profesional

II. Antecedentes

Familiares: si () no ()

III. Características ginecobstétricas

a) Gestaciones anteriores: 0() 1() 2 o más ()

b) Abortos anteriores: 0() 1() 2 o más ()

c) Inicio de las relaciones sexuales: _____

d) Uso de métodos anticonceptivos: _____

IV. Manifestaciones clínicas

Signos y síntomas	SI	NO
Dismenorrea		

Disuria		
Dispareunia		
Menorragia		
Infertilidad		
Asintomáticas		
OTRAS (especificar)		

V. Diagnóstico

- a) Ecografía transvaginal
- b) Resonancia magnética
- c) Laparotomía
- d) Laparoscopia
- e) Laparotomía y laparoscopia

VI. Grado de la endometriosis

- a) Grado I
- b) Grado II
- c) Grado III
- d) Grado IV

VII. Tratamiento

- a) Analgésicos
- b) Terapia hormonal
- c) Cirugía conservadora
- d) Tratamientos de fertilidad
- e) Histerectomía total

VIII. Complicaciones

Endometriomas	
Oclusión intestinal	
Uropatía obstructiva	
Infertilidad	
Neoplasias	
Sin complicaciones	

**ANEXO III: CARTA DE ACEPTACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES**



N°019/24

AUTORIZACION

El Director y jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital las Mercedes Chiclayo, Autoriza a:

MANCILLA LEYVA

MARYORY ARIANA

Para que realice la Ejecución del Proyecto de Investigación "Perfil epidemiológico en mujeres con endometriosis atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes"; debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Febrero del 2024

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "LAS MERCEDES" - CHICLAYO

Dr. Y. *[Signature]* **Gracia Nunez**
DNI 5294
DIRECTOR EJECUTIVO

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL "LAS MERCEDES" - CHICLAYO

Dr. *[Signature]* **Fernando Estigarribia Peña Dávila**
DNI 8108
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN