

# Manejo de la Endometriosis en Atención Primaria

Alba Melià Segarra

R4 MFyC

Tutor: Manuel Batalla Sales



# Índice



01

Introducción

02

Síntomas

03

Diagnóstico

04

Tratamiento

05

Seguimiento

06

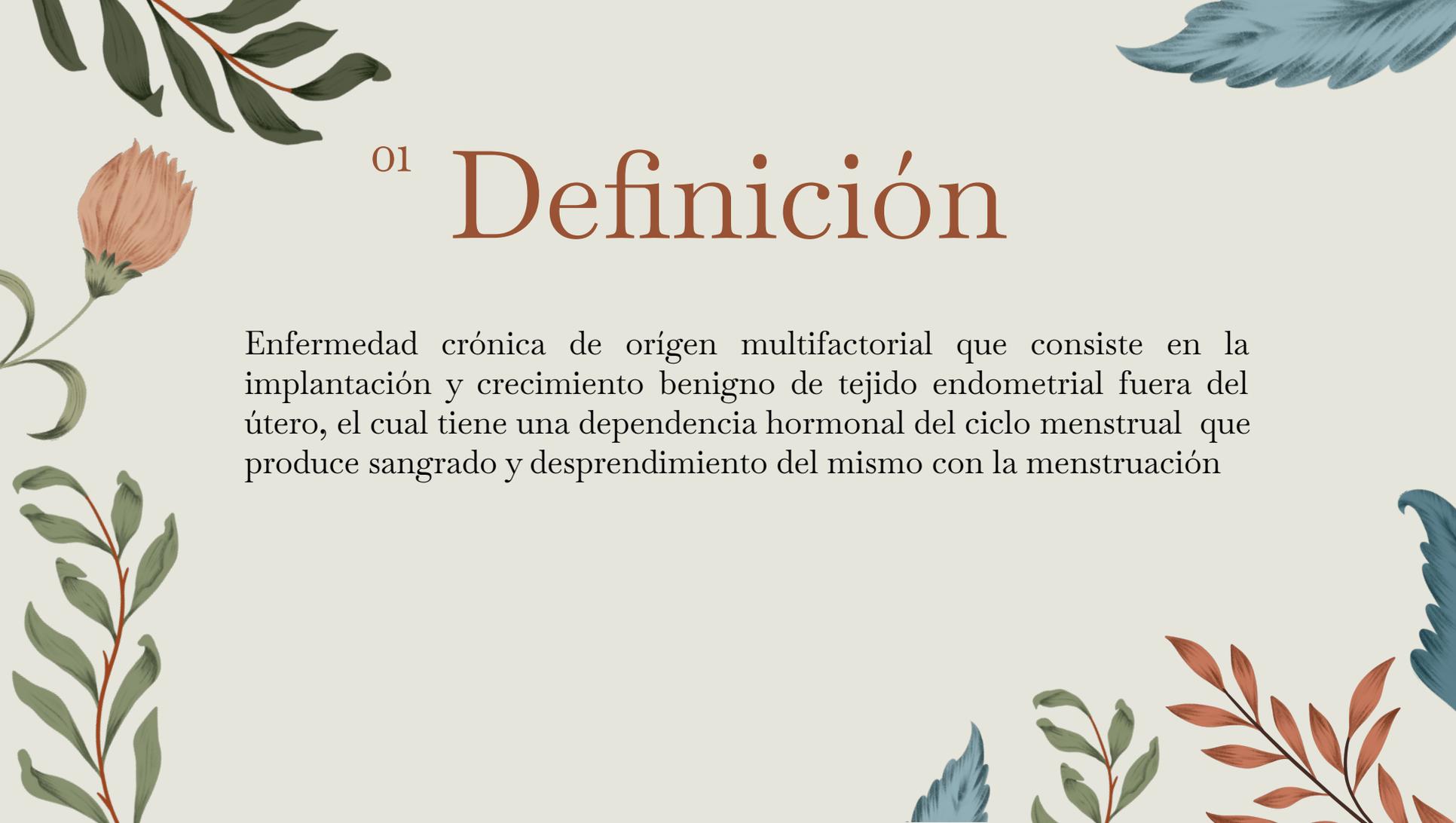
Actuación en AP



The page features decorative floral illustrations in the corners. The top-left corner shows a branch with orange and green leaves and a large, textured orange flower against a light blue background. The top-right corner shows a branch with orange leaves against a light beige background. The bottom-right corner shows a branch with green leaves and a blue fern-like leaf against a light beige background.

# 01

# Introducción



# 01 Definición

Enfermedad crónica de origen multifactorial que consiste en la implantación y crecimiento benigno de tejido endometrial fuera del útero, el cual tiene una dependencia hormonal del ciclo menstrual que produce sangrado y desprendimiento del mismo con la menstruación

The top corners of the page are decorated with stylized floral illustrations. On the left, there are green and blue leaves. On the right, there are green and reddish-brown leaves. The main text is centered in a brown serif font.

01

# ¿Por qué hablar sobre endometriosis?

A wide, horizontal decorative border at the bottom of the page features a repeating pattern of green and reddish-brown leaves on thin brown stems, set against a light beige background.

## Endometriosis: un enfermedad común entre las mujeres y, sin embargo, tan poco estudiada; ¿qué soluciones existen?



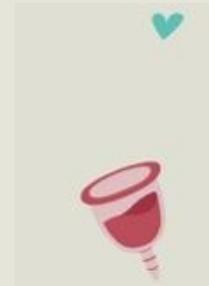
En el 50% de las pacientes, la endometriosis es una enfermedad progresiva, recurrente y condiciona diferentes grados de invalidez en función de la intensidad del dolor, la alteración de la fertilidad o la afectación de la esfera sexual.

El papel de la Medicina de Familia es fundamental para la sospecha, el diagnóstico precoz y la disminución de las complicaciones de la enfermedad.



## Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries

- Retraso promedio en el diagnóstico de 7 años desde el inicio de los síntomas
- $\frac{2}{3}$  buscaron ayuda médica para sus síntomas antes de los 30 años
- Alta tasa de morbilidad: 65% presentaron dolor y  $\frac{1}{3}$  eran infértiles
- Disparidad entre sintomatología y gravedad de la enfermedad
- Gran impacto psicológico con afectación en la calidad de vida de las mujeres que la padecen
- Importantes implicaciones socioeconómicas



01

# Epidemiología



- Afecta al 10% de las mujeres en edad reproductiva → 90 millones en todo el mundo
- Pico de incidencia entre los 25 y 35 años de edad
- Presente en un 30% de las mujeres estudiadas por esterilidad
- Prevalencia del 50% en mujeres con dolor pélvico crónico y del 75% cuando el dolor no responde al tratamiento médico
- La proporción de nuevos casos en la población se sitúa entre un 0,3 - 1% anual



The top-left corner features a branch with reddish-brown leaves. The bottom-left corner features a branch with green leaves and a single reddish-orange flower.

02

# Síntomas



02

★ **ASINTOMÁTICA (15-30%)**

★ **DOLOR:**

- Dolor pélvico crónico de > 6 meses, más severo durante la menstruación
- Dolor relacionado con la menstruación (DISMENORREA)
- Dispareunia intensa con la penetración profunda
- Estreñimiento y disquecia (dolor con la defecación) con o sin rectorragia
- Disuria cíclica, con o sin hematuria

★ **INFERTILIDAD**

★ **SÍNTOMAS INESPECÍFICOS** ( Fatiga crónica, dolor lumbar...)





Los síntomas empeoran con la menstruación y mejoran durante la gestación y menopausia

The top-left corner features a branch with reddish-brown leaves. The bottom-left corner features a branch with green leaves and a single, large, reddish-orange flower.

03

# Diagnóstico



03

“El reto hoy en día es basar el diagnóstico en la sospecha clínica e iniciar el tratamiento sin requerir la confirmación histológica de la enfermedad”

Historia clínica + Exploración ginecológica

Sensibilidad 80%



03

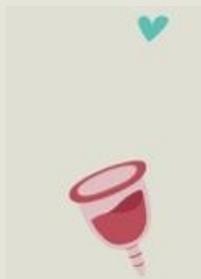


## Historia Clínica:

→ Síntomas: Dolor / Infertilidad

→ Factores de riesgo

1. Antecedentes familiares: eleva riesgo x6
2. Menarquia temprana, menopausia tardía
3. Ciclos menstruales regulares y cortos (< 27días)
4. Periodos largos > 7días
5. Nuliparidad



### Diagnóstico diferencial dolor pélvico crónico

Ginecológico cíclico	Dismenorrea Endometriosis Síndrome premenstrual
Ginecológico no cíclico	Enfermedad pélvica inflamatoria Retroflexión uterina Síndromes congestivos Dispareunia Adherencias pelvianas
Digestivo	Síndrome del intestino irritable Enfermedad inflamatoria intestinal Diverticulosis Dolor neoplásico Dolor esfinteriano anal
Urológico	Síndrome uretral crónico Cistitis intersticial Vejiga irritable
Músculo-esqueléticas	Fibromialgia Miositis Traumatismos
Alteraciones psiquiátricas	Depresión Somatización Hipocondriasis

Diagnóstico diferencial del dolor pélvico crónico. (Ministerio de Sanidad. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud 2012.)

## Exploración física:

- Inspección de lesiones en vagina o cérvix
- Tacto bimanual
- Tacto rectal

La exploración física normal no excluye la enfermedad



### SIGNOS

- Exploración pélvica dolorosa
- Útero fijo en retroversión
- Ligamentos útero-sacos dolorosos, indurados y tensos
- Fondo de saco de Douglas doloroso al tacto, palpación de nódulos infiltrantes
- Aumento del tamaño de uno o ambos ovarios
- Visualización directa de lesiones características en fondo de saco vaginal o retrocérvix

## 03 Pruebas complementarias

### Ecografía transvaginal:

- Prueba de imagen estándar para el diagnóstico de endometriosis pélvica
- La visualización de endometriomas es casi patognomónica de la endometriosis ovárica
- Se puede valorar ecografía abdominal (solo útil si endometriomas) y ecografía transrectal



### Resonancia Magnética:

- Útil en endometriosis fuera de la pelvis
- Podemos recurrir a ella si la ecografía no es concluyente

### Laboratorio:

- No se recomienda
- Ca 125: Puede estar elevado pero no se debe utilizar como herramienta diagnóstica



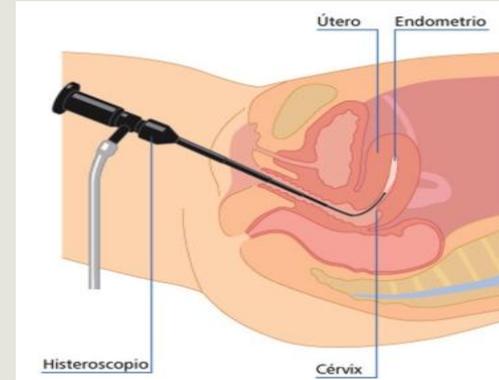
# 03

## Diagnóstico quirúrgico (laparoscopia):

- No se recomienda. Utilidad escasa desde punto de vista coste-eficacia
- Visualización directa + confirmación histológica
- Indicaciones:
  - Dolor pélvico que no responde al tratamiento médico
  - Técnicas por imagen negativas

## Otras pruebas

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





04

# Tratamiento



## 04

- No existe tratamiento definitivo
- El 85% de las pacientes mejorarán sus síntomas con terapia farmacológica
- Entre el 30-50% de pacientes presentarán recurrencia del dolor con el cese del tratamiento
- No hay evidencia en superioridad en los tratamientos
- Criterios de elección según preferencias de las mujeres, la disponibilidad y el coste del tratamiento



04

# Objetivos

1. Reducir los síntomas (dolor pélvico)
2. Mejorar la fertilidad
3. Reducir la menstruación cíclica → Inducir atrofia del endometrio ectópico
4. Evitar la progresión de la enfermedad



04

# Tipos de Tratamiento

4.1 Expectante

4.2 Farmacológico

- Analgésico
- Hormonal

4.3 Quirúrgico

- Cirugía conservadora
- Cirugía radical



Analgésicos



Tratamiento hormonal



Cirugía

## 4.1 Tratamiento expectante

- Pacientes con mínima sintomatología
- Pacientes perimenopáusicas oligosintomáticas

## 4.2 Tratamiento farmacológico

- Objetivo: Paliar los síntomas y minimizar el número de intervenciones quirúrgicas

<b>Ventaja</b>
Evita el riesgo de dañar los órganos pélvicos durante la cirugía.
Evita el riesgo de formación de adherencias postoperatorias.
Trata los implantes no visualizados durante la cirugía.
<b>Desventajas</b>
Efectos secundarios de los medicamentos.
Altas tasas de recurrencia después de la interrupción
Ningún efecto sobre las adherencias existentes.
Sin efecto sobre los endometriomas.
Los tratamientos que implican la supresión de la ovulación también previenen el embarazo durante el período de tratamiento.
Ningún efecto sobre la infertilidad

# Tratamiento analgésico

- Fármacos de elección: **AINE** (Naproxeno, Diclofenaco, Ibuprofeno)
- Monoterapia: si deseo gestacional
- Combinado con tratamiento hormonal: si no deseo gestacional
- Dosis mínima eficaz durante cortos periodos
- Valorar el efecto del tratamiento médico con una escala de medida objetiva (EVA)
- Si dolor pélvico crónico o dolor post-quirúrgico:
  - Antidepresivos: Amitriptilina, Duloxetina
  - Neurolépticos: Gabapentina, Pregabalina

<b>1er ESCALON</b>	<b>EVITAR</b>	<b>3º ESCALON</b>
no opioides	<b>2º ESCALON</b>	opioides potentes clásicos + no opioides
Paracetamol Metamizol Ibuprofeno Diclofenaco AINES Coadyuvantes	opioides débiles + no opioides	Morfina Buprenorfina Oxicodona Hidromorfona Fentanilo Coadyuvantes
	Tramadol Petidina Pentazocina Coadyuvantes	

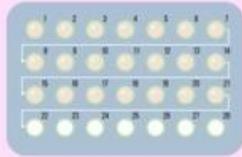


Evitar COX-2: tasa superior de efectos adversos y riesgo de retrasar la ovulación

04

# Tratamiento hormonal

- Primera línea en mujeres sin deseo gestacional
- Objetivos:
  - Generar amenorrea
  - Supresión de la ovulación
  - Disminución de los síntomas dolorosos



Anticonceptivos  
orales



Gestágenos  
(Mirena)



Agonistas  
de la GnRH



Danazol

## Anticonceptivos Hormonales Combinados (AHC)

- 1ª línea en formas leves-moderadas (síntomas no implican grandes limitaciones)
- Bien tolerados, baratos y fáciles de utilizar
- Pauta cíclica o **continuada** hasta deseo de gestación o menopausia
- Tipos: Píldoras orales, anillo vaginal, parches cutáneos
- Mecanismo de Acción:
  - Inhibición de la ovulación y reducción del flujo menstrual
  - Inducción a la decidualización, atrofia y apoptosis del tejido endometrial ectópico
  - Reducción del riesgo de cáncer de ovario y endometrio
- Efectos Adversos: náuseas, hipertensión, riesgo trombótico (estrógenos)\*

\* Evitar en mujeres > 35 años fumadoras, con sobrepeso, HTA, sometidas a intervención quirúrgica reciente o con antecedentes familiares o personales de trombosis

04

# Tratamiento hormonal

## Progestágenos

- También considerados de **1ª línea**
- Indicados en mujeres que no deseen o no puedan utilizar estrógenos
- Bien tolerados tomados de **forma continua**
- Mecanismos de Acción: reducen los niveles de estrógenos y transforman el endometrio ectópico en decidual y atrófico
- Efectos Adversos: alteraciones menstruales, náuseas, ganancia de peso, edemas, depresión, sangrado escaso típico de tratamientos prolongados con progesterona

Píldoras orales: Acetato de Noretisterona, Dienogest, Desogestrel

Intramuscular: Acetato de Medroxiprogesterona

Dispositivo intrauterino de Levonorgestrel (DIU-LNG)

Implante subcutáneo etonorgestrel, levonorgestrel

# Otros tratamientos

## Agonistas de Hormona liberadora de gonadotropina (GnRH)

- Si fracaso del tratamiento de 1ª línea ⇒ Más caros
- Mecanismo de Acción: Evitan síntesis de gonadotrofinas endógenas y provocan un hipoestrogenismo, inducción de la amenorrea y a la atrofia endometrial
- Efectos secundarios: sofocos, disminución de la libido, sequedad vaginal, dolor de cabeza y **disminución de la densidad mineral ósea**.
- No debe superar los 6 meses
- Si >6 meses asociar terapia add back (estrógenos y/o progesterona para evitar los efectos del hipoestrogenismo)

04

# Otros tratamientos

## Danazol

- Mecanismo de acción: Suprimen la secreción de gonadotropinas, provocando un ambiente estrogénico bajo y elevado en andrógenos
- Poco utilizados por sus efectos adversos y contraindicaciones
- Efectos adversos: aumento de peso, acné, retención de líquido, alteraciones de la voz, sofocos y náuseas
- Se administra por vía oral, en dosis de 400 a 800 mg al día durante 6 meses.

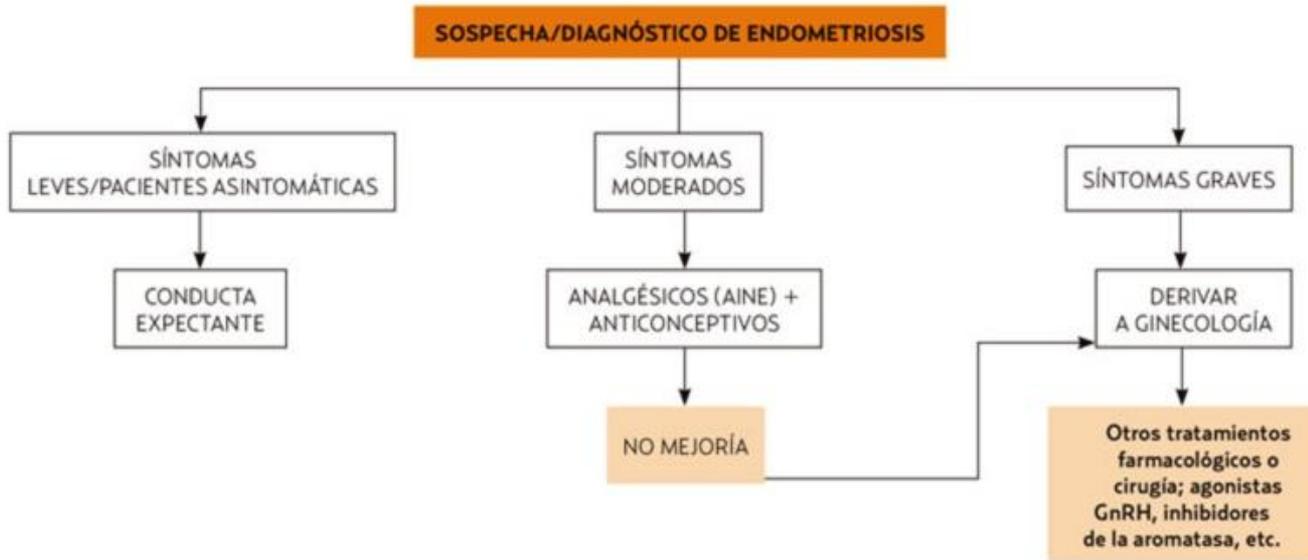
## Inhibidores de la aromatasa (anastrozol, letrozol)

- Mecanismo de acción: Inhibe el sistema enzimático que interviene en la conversión de andrógenos a estrógenos
- Indicado en mujeres con dolor severo refractario
- Se utilizan en combinación con progestágenos

## 4.3 Tratamiento quirúrgico

- Indicado en mujeres que no responden al tratamiento médico o que tienen síntomas de dolor recurrente
- Proporciona un diagnóstico histológico y reduce el dolor
- Desventajas: riesgo de lesión, posible reducción de la reserva ovárica (cirugía ovárica) y formación de adherencias
- **Tipos:**
  - A. Conservadora** (ablación/resección)
  - B. Definitiva** (histerectomía, con o sin ooforectomía)
  - C. Radical** (extirpación de todos los implantes visibles)

# Algoritmo de tratamiento en Atención Primaria

**FIGURA 2****Algoritmo de tratamiento**

AINE: antiinflamatorio no esteroideo; GnRH: hormona liberadora de gonadotropina.



05

# Seguimiento





## o5 Seguimiento

1. Mujeres sin contraindicaciones médicas: AHC + AINE
  2. Reevaluar los síntomas después de 3-4 meses:
    - A. Si mejoría clínica: continuar AHC + AINE hasta deseo genésico o menopausia
    - B. Si no mejoría clínica: ofrecer otra combinación hormonal diferente + AINE
  3. Reevaluar los síntomas después de 3-4 meses:
    - A. Si mejoría clínica: continuar AHC + AINE hasta deseo genésico o menopausia
    - B. Si no mejoría clínica o síntomas graves: Derivar a segundo nivel asistencial
- 



06

# Actuación en Atención Primaria



# 06 ¿ Cómo podemos actuar desde Atención Primaria?

L@s profesionales de atención primaria son el primer nivel de atención de las mujeres con síntomas compatibles con endometriosis

## Actuaciones:

1. Establecer la sospecha clínica mediante la anamnesis y la exploración física
2. Ante dismenorrea que no cede con analgésicos: iniciar tratamiento empírico con AHC o píldora de sólo gestágenos
3. Si sospechamos origen no ginecológico: solicitar ecografía abdómino-pélvica.
4. Realizar el seguimiento de la mujer con diagnóstico de endometriosis leve o asintomática
5. Atender los aspectos psíquico-sociales ligados a la enfermedad
6. Plantear planes de cuidados a largo plazo, que les permita sentirse respaldadas y garantizar el acceso a una atención médica adecuada



# Bibliografía

1. Endometriosis. Fisterra. Revisado 27/01/2017
2. Programa de atención a la endometriosis en Aragón. 2022
3. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
4. Decidir sobre endometriosis [Disponible en: <https://decisionescompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/endometriosi>]
5. UpToDate. Endometriosis: Treatment of pelvic pain. 2023
6. Endometriosis. AMF.2018; 14(2)
7. ¿Qué es la endometriosis y cómo afrontarla?. Fisterra. Revisado 05/05/2020
8. Sarría A, Asúnsolo A. Estudio para conocer la prevalencia, morbilidad atendida y carga que supone la endometriosis para el Sistema Nacional de Salud. 2020
9. Guía de atención a mujeres con endometriosis en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud;2017

Muchas gracias!

