



UNIVERSIDAD
DE MURCIA

Escuela
de Doctorado

TESIS DOCTORAL

*Estudio de calidad de vida en pacientes con
endometriosis*

AUTOR/A Ana Martínez Gómez

DIRECTOR/ES María Pilar Marín Sánchez
 Aníbal Nieto Díaz

2025



UNIVERSIDAD
DE MURCIA

Escuela
de Doctorado

TESIS DOCTORAL

*Estudio de calidad de vida en pacientes con
endometriosis*

AUTOR/A Ana Martínez Gómez

DIRECTOR/ES María Pilar Marín Sánchez
Aníbal Nieto Díaz

2025



UNIVERSIDAD
DE MURCIA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR/A

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19 de octubre de 2022.

Yo, D^a Ana Martínez Gómez, habiendo cursado el Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia (EIDUM), como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor/a titulada:

Estudio de la Calidad de Vida en Pacientes con Endometriosis

D^a.: María del Pilar Marín Sánchez
D^o.: Aníbal Nieto Díaz

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

Murcia, a 10 de septiembre de 2025

(firma)

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados:	
Responsable	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor/a.

Código seguro de verificación: RUxFMhrm-KjwJo6Hu-SEB4KgJH-3PRNa4LL

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>



AGRADECIMIENTOS

Esta tesis doctoral no hubiese sido posible sin la Dra. Pilar Marín Sánchez, referente nacional de endometriosis. Su ejemplo profesional, su dedicación a las pacientes y sobretodo, su apoyo constante ha sido esencial para que este trabajo saliera adelante. Gracias por hacer posible haber llegado hasta aquí y por recordar siempre que el objetivo último de este estudio no es otro que el de mejorar la vida de las pacientes que sufren endometriosis. Agradezco, también, al Dr. Aníbal Nieto, cuya colaboración ha sido parte del proceso.

Parte de este estudio de investigación se ha logrado gracias al Dr. Julián Areense cuyo rigor científico, dedicación al análisis de datos y su infinita paciencia con la multitud de modificaciones han sido imprescindibles para dotar de coherencia y solidez los resultados de esta tesis doctoral.

Finalmente, quiero agradecer a mi familia, en la que he crecido rodeada de dedicación al conocimiento, a la cultura y al espíritu crítico. Mis padres, siempre nos han fomentado la curiosidad intelectual y el afán por aprender, siendo ellos el mejor ejemplo que seguimos teniendo. Hemos aprendido que la actualización constante no es una opción, sino una responsabilidad y que nunca debes caer en la comodidad profesional ni dar nada por sabido. Estos valores marcan mi manera de entender el trabajo, la vida académica y también esta tesis doctoral, que no hubiese sido posible sin haber tenido esa base sólida que nos han transmitido desde el principio.

RESUMEN

Introducción

La endometriosis es una patología ginecológica crónica que afecta al 10% de la población femenina a nivel mundial. Se caracteriza, principalmente, por dolor (en sus diversas formas de presentación), alteraciones menstruales y repercusiones en la fertilidad. Esta enfermedad condiciona de forma relevante la calidad de vida de las mujeres con endometriosis, influyendo en su bienestar físico, mental, social y laboral. Dentro de la posibilidad de tratamientos, la cirugía representa la opción para los casos refractarios a tratamiento médico y que presentan mayor afectación y sintomatología clínica.

Objetivos

Los principales objetivos de nuestra investigación fueron evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de endometriosis y estudiar la variación de la calidad de vida en pacientes sometidas a cirugía por presentar dolor refractario a tratamiento médico. Como objetivos secundarios se incluyó la estratificación de la calidad de vida según la sintomatología, gravedad de los síntomas y el estado psicosocial de las pacientes. Se estudió la influencia de la depresión, ansiedad y los acontecimientos vitales adversos, así como la valoración del impacto de la enfermedad en el desempeño laboral y actividades cotidianas.

Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo en pacientes con endometriosis atendidas en un hospital universitario entre octubre de 2020 y abril de 2022. Se recogieron variables ginecológicas, calidad de vida (SF-12), ansiedad (STAI), calidad del sueño (Insomnia Severity Index) e impacto laboral (WPAI). El análisis estadístico se realizó con SPSS v27, considerando significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados

Las pacientes con endometriosis presentaron una afectación significativa de la calidad de vida. El cuestionario de calidad de vida (SF-12) evidenció un deterioro moderado del componente físico PCS 46,4($\pm 11,4$), mientras que el componente mental MCS 42,0 ($\pm 11,4$) mostró un impacto más severo, con menos dispersión entre pacientes. En la esfera psicológica, las pacientes presentaron una puntuación media en la escala de Beck 14,1 ($\pm 10,2$), lo que nos indicaba que prácticamente todas mostraban algún grado de sintomatología. En cuanto a la ansiedad medida mediante STAI, se situaban en valores moderados tanto en ansiedad de rasgo como de estado. En la medición de la calidad del sueño la puntuación obtenida fue de 9,5($\pm 6,1$), evidenciando algún grado de alteración en más de la mitad de las pacientes. Por último, en el ámbito laboral y funcional la escala WPAI mostró un claro impacto de la enfermedad, tanto en presentismo (24,3%), pérdida de productividad (23,9%) y deterioro de actividades (25,1%). Las pacientes que referían algún tipo de enfermedad asociada con la endometriosis mostraban un impacto significativo en la calidad de vida, obteniendo puntuaciones más bajas en los dominios de la SF-12 ($p < 0,01$). Otro factor analizado en este estudio, fue la vivencia de experiencias traumáticas (abuso, maltrato, fracaso escolar, etc.) asociándose en este caso peores puntuaciones en salud general, vitalidad y rol social principalmente.

Se analizó un subgrupo de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico. Los resultados de la escala SF-12 tras la cirugía evidenció un cambio del PCS 38,65 ($\pm 12,16$) a 44,11 ($\pm 12,11$) ($p = 0,007$) con elevación del funcionamiento físico, rol físico y dolor corporal. Observamos una reducción de los síntomas depresivos 17,28 ($\pm 11,57$) a 13,2 ($\pm 12,10$) ($p = 0,011$) y una mejoría en la calidad del sueño 23,09 ($\pm 17,54$) a 11,82 ($\pm 5,78$) ($p = 0,013$), mientras que los niveles de ansiedad se mantuvieron estables en valores moderados. En el ámbito laboral, los resultados de la escala WPAI mostraron una mejoría en todos los dominios, observando una disminución marcada del ausentismo 28,70 ($\pm 40,98$) a 3,98 ($\pm 6,97$) ($p = 0,043$).

Análisis de datos

Las variables cuantitativas, se describieron mediante su media ($\pm$ desviación típica o estándar), mientras que las cualitativas, mediante su frecuencia o porcentaje. En ocasiones en que la asimetría podía ser pronunciada, las variables cuantitativas se describieron adicionalmente con la mediana. La normalidad de las variables se revisó mediante el test de Kolmogorov-Smirov. Para la comparación en dos grupo de medias de las puntuaciones de las diferentes escalas cuantitativas, se usó la t de Student (o Mann-Withney)). Para comparaciones de dichas escalas en más de dos grupos, se usó el test ANOVA (Kruskal-Wallis). Para el análisis de la asociación de las distintas variables cualitativa, y los grupo principales de comparación, se usó el test Chi-Cuadrado. Para los test pre-post cirugía de las distintas escalas del trabajo, se usó el test de la t de Student apareada (Wilcoxon).

Se usó el software IBM SPSS v27 para los análisis estadísticos, Microsoft Excel para los gráficos, y se consideró un nivel de significación estadística de 0,05.

Conclusiones

La calidad de vida de las pacientes con endometriosis está claramente deteriorada, por una persistencia crónica de la sintomatología que conlleva afectación psicológica, social y laboral. El tratamiento quirúrgico en los casos seleccionados asocia una mejora significativa de la esfera física de la paciente así como de los síntomas depresivos, calidad del sueño y productividad laboral.

ABSTRACT

Introduction

Ten per cent of the world's female population suffers from endometriosis, which is a chronic gynaecological pathology. Principally, it is characterised by pain (in its different forms of appearance), menstrual alterations and fertility repercussions. This disease clearly conditions the quality of life of women who present endometriosis, thus influencing their physical and mental wellness and social and work life. Among the possibilities of treatment, surgery is the chosen option for resistant diagnosis when subject to medical treatment, and that shows a major range of affectation and symptomatology.

Aims

The main objectives of this investigation were, on the one hand, to evaluate the quality of life of patients with endometriosis. On the other hand, study the variation in the well-being of those patients who undergo surgery because of resistant pain to medical treatment.

As the second goal of the research, the classification of the quality of life of patients according to the symptomatology, psychosocial state and seriousness of symptoms was included. Moreover, the influence of slump, anxiety, adverse situations and other factors was considered. Ultimately, an examination of the illness's impact on work performance and day-to-day activities is made.

Material and Methods

A prospective observational study was conducted in patients with endometriosis treated at a university hospital between October 2020 and April 2022. Gynecological variables, quality of life (SF-12), depression (Beck), anxiety (STAI), sleep (Insomnia Severity

Index), and work productivity (WPAI) were assessed. Statistical analyses were performed using SPSS v27, with significance set at $p < 0,05$.

Results

The patients with endometriosis showed a significant effect on well-being.

The questionnaire (SF-12) unavoidably proves a moderate deterioration of the physical component PCS 46,4 ($\pm 11,4$). While the mental component MCS 42,0 ($\pm 11,4$) displays a more severe impact, with minor dispersion between patients. In the psychological ambit, the patients had an average score of 14,1 ($\pm 10,2$) in Beck's scale, which demonstrates that at least all of them had symptomatology. To the extent of anxiety measured through STAI, there were moderate levels for both trait and state anxiety. When analyzing the quality of sleep, the obtained scores were 9,5 ($\pm 6,1$), indicating an upper grade of alteration in more than a half of the patients. Finally, in the work ambit, the WPAI scale showed an obvious impact of the disease in different aspects: presenteeism (24,3%), loss of productivity (23,9%) and deterioration of activities (25,1%). The patients who refer to any kind of illness associated with endometriosis had an influence on quality of life, obtaining lower scores in SF-12 ($p < 0,01$).

Another factor was the experience of traumatic events (harassment, school failure...) which suggests worse scoring in general health, vitality and social role.

A subgroup of patients subject to surgical treatment was analyzed. The results of the SF-12 scale, after the surgery, evinced a change of PCS 38,65 ($\pm 12,16$) to 44,11 ($\pm 12,11$) ($p = 0,007$) with a raise of physical development and body pain. We observe a reduction in depressed symptoms 17,28 ($\pm 11,57$) to 13,2 ($\pm 12,10$) ($p = 0,011$) and an improvement in quality of life 23,09 ($\pm 17,54$) a 11,82 ($\pm 5,78$) ($p = 0,013$). Meanwhile, the anxiety data remained stable at moderate levels. In the work ambit, the results of WPAI scale showed an upgrade in all categories, identifying a diminution of absenteeism from 28,70 ($\pm 40,98$) a 3,98 ($\pm 6,97$) ($p = 0,043$).

Data analysis

Quantitative variables were described using the mean ($\pm$ standard deviation), while qualitative variables were described using frequency or percentage. In cases where skewness was pronounced, quantitative variables were additionally describes with the median. Normality of the variables was assessed using the Kolmogorov-Smirnov test. To compare means of scores from the different quantitative scales between two groups, the Student 's t test (or Mann-Whitney) was used. For comparisons of these scales across more than two groups, the ANOVA test (Kruskal-Wallis) was applied. To analyzed the association between the different qualitative variables and the mail comparison groups, the Chi-square test was used. For the pre-post surgery tests of the different scales in this study, the paired Student 's t test (Wilcoxon) was applied.

IBM SPSS v27 was used for the statistical analyses, Microsoft Excel for the graphs, and significance level of 0,05 was considered.

Conclusions

The quality of patients with endometriosis has undoubtedly deteriorated due to a chronic persistence of the symptomatology, which leads to psychological, social and work consequences. The surgical treatment, in the chosen cases, is expected to bring an improvement not only in the physical sphere but also in depressed symptoms, quality of sleep and labour productivity.

ÍNDICE GENERAL

MARCO TEÓRICO

1. Definición
2. Epidemiología
3. Etiopatogenia
4. Clasificación
5. Clínica
 1. Dolor
 2. Alteraciones Menstruales
 3. Reproducción
 4. Riesgo Neoplásico
 5. Enfermedades asociadas
 6. Acontecimientos vitales
6. Diagnóstico
7. Tratamiento
 1. Fármacos analgésicos
 2. Tratamiento hormonal
8. Calidad de Vida

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODO

1. Diseño del estudio
2. Población a estudio
3. Criterios de inclusión
4. Criterios de exclusión
5. Tamaño de la muestra

6. Variables a estudio

1. Variables sociodemográficas
2. Variables ginecológicas
3. Evaluación calidad de vida SF-12
4. Evaluación estado psicológico
5. Capacidad de las actividades diarias

RESULTADOS

1. Análisis de la Serie

1. Características demográficas
2. Antecedentes médicos y ginecológicos
 - a) Antecedentes familiares
 - b) Antecedentes personales
 - c) Antecedentes obstétricos
 - d) Historia personal de la enfermedad
3. Características clínicas
 - a) Menstruación
 - b) Síntomas del espectro dolor
4. Tratamiento
5. Acontecimientos vitales

2. Calidad de vida

1. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con endometriosis
2. Factores relacionados con la calidad
3. Sintomatología asociada a la endometriosis
4. Tratamiento
5. Comorbilidades
6. Acontecimientos vitales

3. Estudio de la depresión, ansiedad, calidad del sueño y desempeño ocupacional y su impacto en la calidad de vida

1. Depresión
2. Ansiedad
3. Calidad del sueño
4. Desempeño ocupacional y actividades diarias
4. Cirugía y Calidad de vida
 1. Características demográficas
 2. Antecedentes médicos y ginecológicos
 - a) Antecedentes familiares
 - b) Antecedentes personales
 - c) Antecedentes obstétricos
 - d) Historia personal de la enfermedad
 3. Características clínicas
 - a) Menstruación
 - b) Síntomas del espectro dolor
 4. Acontecimientos vitales
 5. Tratamiento
 6. Indicaciones quirúrgicas
 7. Marcadores tumorales
 8. Procedimiento quirúrgico
 9. Clasificación ASRM y ENZIAN
 10. Evolución postoperatoria
 11. Calidad de vida
 12. Depresión
 13. Ansiedad
 14. Calidad del sueño
 15. Desempeño ocupacional y actividades diarias

DISCUSIÓN

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pros y contras de las clasificaciones ASRM y ENZIAN en el diagnóstico y abordaje de la endometriosis

Tabla 2. Tratamiento médico de la endometriosis

Tabla 3. Variables clínicas de las pacientes con endometriosis

Tabla 4. Intensidad de la dismenorrea según escala EVA

Tabla 5. Intensidad del DPC según escala EVA

Tabla 6. Intensidad de la dispareunia según escala EVA

Tabla 7. Intensidad de la disquecia según escala EVA

Tabla 8. Intensidad del dolor a la micción según escala EVA

Tabla 9. Distribución categorizada de la puntuación obtenida en la Escala de depresión de Beck

Tabla 10. Distribución categorizada de la puntuación obtenida en la Escala de ansiedad de STAI

Tabla 11. Clasificación del insomnio en pacientes con endometriosis

Tabla 12. Resultados escala WPAI en pacientes con endometriosis

Tabla 13 Variables clínicas de las pacientes con endometriosis

Tabla 14. Distribución de los niveles séricos para marcadores tumorales

Tabla 15. Resultados en la escala de BECK en pacientes con endometriosis, pre y postquirúrgicos

Tabla 16. Resultados en la escala de INSOMNIO en pacientes con endometriosis, pre y postquirúrgicos

Tabla 17. Resultados en la escala de WPAI en pacientes con endometriosis, pre y postquirúrgicos

Tabla 18. Investigaciones con la escala SF-12

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Estado civil

Gráfico 2. Nivel educativo

Gráfico 3. Distribución de hábitos tóxicos en las pacientes.

Gráfico 4. Distribución del número de pacientes según las enfermedades asociadas reportadas

Gráfico 5. Antecedente de gestación

Gráfico 6. Número de gestaciones

Gráfico 7. Búsqueda de gestación

Gráfico 8. Distribución de la sintomatología en las pacientes

Gráfico 9. Distribución del número de pacientes según el tratamiento farmacológico

Gráfico 10. Distribución de acontecimientos vitales adversos

Gráfico 11. Dimensiones de calidad de vida respecto al valor de referencia

Gráfico 12. Resultados escala SF-12 en relación al consumo de tabaco

Gráfico 13. Resultados escala SF-12 en relación al consumo de alcohol

Gráfico 14. Resultados escala SF-12 en relación a la actividad física

Gráfico 15. Resultados escala SF-12 en relación a consultar a diferentes especialistas

Gráfico 16. Resultados escala SF-12 según la duración de la menstruación

Gráfico 17. Resultados escala SF-12 según sangrado menstrual abundante

Gráfico 18. Resultados de la escala SF-12 en relación a la dismenorrea

Gráfico 19. Resultados de la escala SF-12 en relación al DPC

Gráfico 20. Resultados escala SF-12 en relación a la dispareunia

Gráfico 21. Resultados escala SF-12 en relación a la disquecia

Gráfico 22. Resultados de la escala SF-12 en relación con el dolor a la micción

Gráfico 23. Resultados de la escala SF-12 en relación a la intensidad del dolor

Gráfico 24. Resultados de la escala SF-12 en relación al tratamiento médico

Gráfico 25. Resultados de la escala SF-12 en relación al tratamiento médico y mejoría clínica

Gráfico 26. Resultados de la escala SF-12 en relación con enfermedades asociadas I

Gráfico 27. Resultados de la escala SF-12 en relación con enfermedades asociadas II

Gráfico 28. Resultados de la escala SF-12 en relación con acontecimientos vitales adversos

Gráfico 29. Estado civil

Gráfico 30. Nivel educativo

Gráfico 31. Distribución de los hábitos tóxicos de las pacientes

Gráfico 32. Distribución del número de pacientes según las enfermedades asociadas reportadas

Gráfico 33. Antecedente de gestación

Gráfico 34. Número de gestaciones

Gráfico 35. Búsqueda de gestación

Gráfico 36. Distribución de la sintomatología en las pacientes

Gráfico 37. Distribución de acontecimientos vitales adversos

Gráfica 38. Distribución del número de pacientes según el tratamiento farmacológico

Gráfico 39. Resultados de la escala SF-12

Gráfico 40. Resultados de la escala SF-12 en pacientes con endometriosis (general)I, prequirúrgica y postquirúrgica

ABREVIATURAS

AFS American Fertility Society

OMS Organización Mundial de la Salud

ROS Especies Reactivas de Oxígeno

PCB Polychlorinated Biphenyls/bifenilos

TCDD 2,3,7,8-tetraclorodibenzo-p-dioxina

BPA Bisfenol A

IMC Índice de Masa Corporal

ASRM American Society for Reproductive Medicine

ENZIAN Clasificación específica para la descripción de la endometriosis profunda

DIE Deep Infiltrating Endometriosis (endometriosis infiltrante profunda)

Células NK Células Natural Killer

SMA Sangrado Menstrual Abundante

SII Síndrome Intestino Irritable

EII Enfermedad Inflamatoria Intestinal

RMN Resonancia Magnética Nuclear

HE4 Human Epididymis Protein 4 (Proteína 4 del epidídimo humano)

SERMs Modulador Selectivo de receptor de estrógeno

GnRH Hormona Liberadora de Gonadotropinas

DIU Dispositivo Intrauterino

DIU LNG Dispositivo Intrauterino Levonorgestrel

AINEs Antiinflamatorios no esteroideos

LH Hormona Leutinizante

FSH Hormona Foliculoestimulante

ACH Anticonceptivos hormonales

MARCO TEÓRICO

1. DEFINICIÓN

La endometriosis es una patología ginecológica benigna que se define como la presencia de tejido endometrial (epitelio glandular) fuera de la cavidad uterina (Smolarz, 2021). La presencia de este tejido endometrial ectópico (fuera de la cavidad uterina) estrógeno dependiente con capacidad de crecer, invadir e infiltrar los tejidos adyacentes (Vercellini, 2014) provoca a largo plazo un estado inflamatorio crónico. Para que esto se produzca, es necesaria la sinergia entre diferentes procesos endocrinos, inmunológicos, inflamatorios y proangiogénicos que hacen de ella una patología muy compleja (Chapron, 2019).

Se localiza, principalmente, en la cavidad pélvica pudiendo afectar a tejidos y a órganos como los ovarios, trompas de Falopio, peritoneo, ligamentos anchos, ligamentos úterosacros o tabique rectovaginal (Vercellini, 2014). Por contigüidad, este tejido endometrial ectópico puede alcanzar vejiga, tabique rectovaginal, rectosigma o apéndice, e incluso infiltrar el tejido cicatricial de cirugías previas como por ejemplo, la cicatriz de una cesárea (Burney, 2012).

Presenta un abanico amplio de síntomas, el principal de ellos y el más característico el dolor pélvico en sus diferentes formas de presentación desde dismenorrea (dolor con la regla), dispareunia (dolor con las relaciones sexuales), disquecia (dolor a la defecación), dolor a la micción y cuando el dolor se cronifica durante más de 6 meses da lugar al dolor pélvico crónico. Así mismo, la endometriosis se encuentra asociada a alteraciones en la fertilidad debido al proceso inflamatorio crónico que puede alterar la anatomía y funcionalidad de los órganos encargados de ello (Bonavina, 2022).

2. EPIDEMIOLOGÍA

La endometriosis es la enfermedad más prevalente que afecta a las mujeres en edad reproductiva, alrededor del 10% de la población mundial (Viganò, 2004). Es decir, puede llegar a afectar a 190 millones de mujeres en edad fértil provocando un impacto significativo en su salud y en su calidad de vida (Maggiore, 2024). Aunque esta prevalencia de la enfermedad podría ascender al 30-50% si consideramos sólo a pacientes que presentan problemas de infertilidad-esterilidad o dolor pélvico crónico (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Pero, a pesar de estas cifras, el diagnóstico de la enfermedad llega a situarse en torno a los 6-7 años desde el inicio de los síntomas (Burney, 2012).

La endometriosis supone un alto impacto económico. En una revisión sistemática que abarca 1396 artículos desde el año 2000 al 2013 estimaron un coste de 22 mil millones de dólares atribuibles a la endometriosis en el año 2002 (Soliman, 2015). The Global Study of Women's Health publicado en 2014 hace referencia a las pérdidas económicas debidas al absentismo y presentismo laboral provocadas por la endometriosis desde 1 dólar/semana en Nigeria a 231 euros/semana en Italia o a 250 dólares/semana en EEUU (Soliman, 2017). Esto supone una pérdida global de productividad de 10,8 horas/semana frente a controles de 8,4 horas a la semana respectivamente (Nnoaham, 2011).

Dado el impacto que tiene esta enfermedad en la sociedad se iniciaron políticas para mejorar el diagnóstico temprano, el acceso a tratamientos y reconocimiento de la misma. Así, en el año 2005 el Parlamento Europeo reconoce la endometriosis como una *“enfermedad crónica y debilitante”* e inicia una campaña para fomentar la investigación de esta enfermedad a nivel comunitario (Bianconi, 2007). En España en el año 2013 se publicó la Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Actualmente la Ley Sexual y Reproductiva (Ley Orgánica 1/2023 de 28 de febrero) contempla el derecho a incapacidad laboral temporal, y ello conlleva el reconocimiento de la endometriosis

como una enfermedad discapacitante. Por lo que al estar reconocida legalmente supone un impulso para mejorar su diagnóstico y acceso a tratamientos adecuados.

3. ETIOPATOGENIA

En la actualidad, la etiología de la endometriosis sigue siendo desconocida. Existen diferentes hipótesis que intentan explicar los mecanismos productores de esta enfermedad, el más antiguo data de 1927 por Sampson (Burney, 2012). Ninguna de las diferentes hipótesis han conseguido explicar por si solas el origen de la endometriosis, un punto fundamental ya que la comprensión del mecanismo que lo inicia ayudaría a desarrollar el tratamiento más eficaz que en la actualidad es limitado (Vercellini, 2014). En la actualidad, se tiende a aceptar un modelo multifactorial que integre los diferentes mecanismos que desarrollamos a continuación.

- *Teoría de la menstruación retrógrada*, formulada por Sampson en 1927. Según este autor, durante la menstruación parte del flujo menstrual (que contiene fragmentos de tejido endometrial) hace un recorrido inverso a través de las trompas de Falopio hacia la cavidad peritoneal en lugar de expulsarse al exterior a través de la vagina (Sampsons, 1927). Este tejido endometrial tendría la capacidad de adherirse, proliferar y diferenciarse en el peritoneo e invadir el tejido subyacente (Mehedintu, 2014). Pero esta teoría presenta su primera limitación, la menstruación retrógrada se observa entre el 70-90% de las mujeres y a pesar de esta alta prevalencia solo entre el 10-15% desarrollan la enfermedad (Halme, 1984). Esto sugiere la existencia de otros factores implicados en el crecimiento, implantación y desarrollo de este tejido ectópico, estos son factores podrían ser inmunológicos, hormonales, genéticos y ambientales que interaccionasen entre si (Patel, 2018).
- *Teoría de la metaplasia celómica*, propuesta por Meyer en 1919. En este caso, el desarrollo de la enfermedad se daría a partir de restos embrionarios (células mesenquimales) que sufrirían una transformación metaplásica inducidas por diferentes sustancias o estímulos externos (Burney, 2012) Mediante esta teoría se podría explicar la aparición de endometriosis en otras localizaciones como la

cavidad pleural o en época prepuber o en casos raros de endometriosis en hombres (Ahn, 2015).

- *Teoría de la inducción*, derivada de la teoría metaplásica anteriormente descrita. Según ésta ciertos factores bioquímicos presentes en el líquido peritoneal (citoquinas, prostaglandinas, células natural killer, etc.) podrían inducir a la transformación de células mesoteliales de este peritoneo en tejido endometrial ectópico (Vercellini, 2014). Entre los mediadores implicados, el estrés oxidativo es considerado el elemento principal, provocado por un desequilibrio entre la producción de especies reactivas de oxígeno (ROS) y la capacidad antioxidante del organismo (Scutiero, 2017)
- *Teoría de la diseminación hematógica y linfática*, expuesta por Halban en 1924. Según esta teoría, las células endometriales o células madre podrían acceder a los vasos sanguíneos o linfáticos, diseminarse a través de ellos dando lugar a endometriosis en órganos distantes de la cavidad pélvica (Lamceva, 2023). Pero no consigue explicar los mecanismos por los que estas células llegan a sobrevivir e implantarse en otros órganos distantes.
- *Teoría de las células madre*, la más reciente postulada. Postula que la endometriosis podría desarrollarse a partir de células madre endometriales o mesenquimales que presentan la capacidad de migrar desde el endometrio basal o desde la médula ósea hasta otras localizaciones (Maruyama, 2022). Éstas son capaces de transformarse y regenerarse en tejido endometrial funcional (Ahn, 2015).

Las diferentes teorías desarrolladas a lo largo de los años demuestran la complejidad del origen de la endometriosis (Vercellini, 2014). Ninguna hipótesis por sí sola es capaz de explicar la diversidad de localizaciones, formas clínicas o alteraciones anatómicas. Por ello, actualmente la endometriosis es considerada una enfermedad multifactorial donde cohesionan factores anatómicos (menstruación retrograda), ambientales (inducción), inmunológicos, hormonales y genéticos (Koninckx, 2019).

A continuación, se desarrollan los principales elementos implicados.

- a) Factores genéticos, se ha observado cierta predisposición genética para el desarrollo de la enfermedad. Encontrándose un riesgo aumentado de entre un 5% y un 8% de probabilidad de padecerla en mujeres con antecedentes familiares de primer grado afectas de endometriosis (madre o hermana) (Smolarz, 2021). Esta herencia se produce de forma multigenética, no se ha encontrado un gen específico que la provoque, pero sí se han localizado genes asociados implicados en la inflamación, angiogénesis y proliferación celular que contribuyen a su desarrollo (Horne, 2022).
- b) Factores hormonales, la endometriosis es una enfermedad estrógeno dependiente. Los estrógenos desempeñan un papel fundamental en la proliferación, vascularización e inflamación del tejido endometrial ectópico (Attar, 2006). A esto se une que este tejido ectópico presenta una resistencia a la progesterona reduciendo el efecto antiinflamatorio y antiinflamatorio de la misma (Vercellini, 2014).
- c) Factores reproductivos, diversos factores relacionados con el ciclo menstrual se han relacionado con el riesgo de endometriosis (Shafrir, 2018).
 - Edad de la menarquia (primera regla). Una menarquia precoz (<10-11 años) se ha asociado a un mayor riesgo de padecer endometriosis debido a una mayor exposición a estrógenos circulantes (Smolarz, 2021).
 - Paridad y embarazo, ambos tienen un efecto protector de la endometriosis debido a una disminución de la actividad hormonal y por tanto un descenso de los niveles de estrógenos (Shafrir, 2018).
 - Lactancia materna, en este caso la amenorrea (falta de regla), provocada por la inhibición del eje hipotálamo-hipofisario, reducen los ciclos menstruales durante un tiempo (Farland, 2017).

- Anomalías del tracto genital, sobretodo los que producen una obstrucción del tracto genital (himen imperforado, tabiques vaginales, atresia cervical o vaginal o Síndrome de Rokitansky) favorecen la aparición de menstruación retrógrada pudiendo provocar la implantación de tejido endometrial ectópico (Shafrir, 2018).
- d) Factores ambientales, aunque la evidencia actualmente es limitada la exposición a ciertos disruptores endocrinos como pueden ser el PCB (*Polychlorinated Biphenyls* bifenilos, Bifenilos policlorado), TCDD (2,3,7,8-tetraclorodibenzo-*p*-dioxina) o BPA (Bisfenol A) los cuales actúan interfiriendo en el normal funcionamiento del sistema endocrino (Dutta, 2023). Se considera que una exposición prolongada a estas sustancias durante etapas de desarrollo (embrionaria, infancia o pubertad) podría aumentar el riesgo de padecer endometriosis (Smarr, 2016).
- e) Estilo de vida, según la OMS se define como *“la forma general de vivir basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”*. Por ello, algunos hábitos del estilo de vida de la paciente pueden estar asociados al riesgo o a la protección de padecer endometriosis.
- Tabaco, los resultados de diferentes estudios son contradictorios. En algunos se ha encontrado cierto factor protector por disminución de los niveles de estrógenos circulantes frente a otros que no encuentran asociación (Baron, 1990).
 - Alcohol, un consumo regular se asocia a un mayor riesgo de desarrollar endometriosis ya que promueve un ambiente proinflamatorio y oxidativo que favorecería el desarrollo y progresión de la enfermedad (Grodstein, 1994).
 - Actividad física regular, parece tener un efecto protector moderado frente a la endometriosis ya que disminuye los niveles

de estrógenos, aumenta los niveles de la globulina transportadora de hormonas, disminuye la inflamación y puede alterar la percepción del dolor (Vitonis, 2010). Su evidencia no es concluyente debido a la relación inversa entre los síntomas de la enfermedad y los niveles de actividad física que se realizan (Tworoger, 2007).

- Índice de masa corporal (IMC), se observado una relación inversa entre el IMC y la endometriosis (a menor IMC mayor riesgo de padecerla) (Shafir, 2018).
- Factores dietéticos, la evidencia todavía es limitada en cuanto a la asociación de endometriosis y la alimentación (Missmer, 2010). Un aumento del consumo de ácidos grasos omega-3, antioxidantes (vitamina C y E) o fibra parecen tener un efecto protector frente a la enfermedad (Harris, 2018).
- Acontecimientos vitales adversos (abusos físicos, sexuales, emocionales, malos tratos, etc.), que tiene lugar en la vida de las mujeres. Sobre todo los ocurridos en la primera infancia, entre los cero a los 8 años, podrían actuar como posible factor de riesgo para desarrollar endometriosis (Bourdon, 2023). Aunque los resultados de diferentes estudios no llegan a localizar el vínculo entre el abuso y la endometriosis, éste podría ser debido al factor estresante del suceso en la víctima que conllevaría a influir en la etiología o síntomas de la enfermedad. Este estrés crónico alteraría tanto el ciclo menstrual como el sistema inmunológico favoreciendo un ambiente proinflamatorio y una disfunción inmunitaria (Harris, 2018). Actualmente se necesitan más investigación para encontrar una relación causal evidente.

La endometriosis es una enfermedad compleja y multifactorial que en su desarrollo se encuentra influenciado por la presencia de factores no modificables (genética, alteraciones anatómicas, etc.) y factores modificables (estilo de vida) (Shafir, 2018). Aunque como hemos dicho anteriormente su origen es desconocido, la identificación de estos factores modificables en las pacientes permitirían realizar estrategias de prevención secundaria que modificase estos hábitos y mejorase las condiciones de las pacientes.

4. CLASIFICACIÓN

Numerosas clasificaciones han sido propuestas para la endometriosis, pero no se ha conseguido en la actualidad ninguna que consiga homogenizarla teniendo en cuenta la distribución y la gravedad de las lesiones (Abrao, 2021). Se debe clasificar la enfermedad en función de su extensión, profundidad y localización de las lesiones.

La clasificación más utilizada es la expuesta por la American Fertility Society (AFS) en 1979. En su origen esta clasificación buscaba correlacionar los hallazgos quirúrgicos producidos por la endometriosis con la fertilidad de las pacientes (Andres, 2018). En su última actualización, que data de 1996, realizada por la American Society for Reproductive Medicine (ASRM) se plantea como una herramienta para documentar las lesiones por endometriosis a nivel quirúrgico y llegar a ser una guía en la toma de decisiones terapéuticas posteriores (ASRM, 1997). Así, asigna una puntuación numérica a las lesiones encontradas y clasifica la enfermedad en cuatro estadios:

- Estadio I Mínima (1-5 puntos). Lesiones superficiales, adherencias laxas con posible afectación ovárica.
- Estadio II Leve (6-15 puntos). Lesiones profundas, afectación ovárica y adherencias finas.
- Estadio III Moderada (16-40 puntos). Quistes endometriósicos de mayor tamaño, adherencias firmes y/o obliteración parcial del fondo de saco de Douglas.

- Estadio IV Severa (superior a 40 puntos). Implantes profundos, endometriomas gigantes y/o obliteración completa del fondo de saco de Douglas.

EXAMPLES & GUIDELINES

STAGE I (MINIMAL)			STAGE II (MILD)			STAGE III (MODERATE)		
								
PERITONEUM			PERITONEUM			PERITONEUM		
Superficial Endo	- 1-3cm	- 2	Deep Endo	- >3cm	- 6	Deep Endo	- >3cm	- 6
R. OVARY			R. OVARY			CULDESAC		
Superficial Endo	- < 1cm	- 1	Superficial Endo	- < 1cm	- 1	Partial Obliteration		- 4
Filmy Adhesions	- < 1/3	- 1	Filmy Adhesions	- < 1/3	- 1	L. OVARY		
TOTAL POINTS		4	L. OVARY			Deep Endo	- 1-3cm	- 16
			Superficial Endo	- < 1cm	- 1	TOTAL POINTS		26
			TOTAL POINTS		9			
								
STAGE III (MODERATE)			STAGE IV (SEVERE)			STAGE IV (SEVERE)		
PERITONEUM			PERITONEUM			PERITONEUM		
Superficial Endo	- >3cm	- 4	Superficial Endo	- >3cm	- 4	Deep Endo	- >3cm	- 6
R. TUBE			L. OVARY			CULDESAC		
Filmy Adhesions	- < 1/3	- 1	Deep Endo	- 1-3cm	- 32**	Complete Obliteration		- 40
R. OVARY			Dense Adhesions	- < 1/3	- 8**	R. OVARY		
Filmy Adhesions	- < 1/3	- 1	L. TUBE			Deep Endo	- 1-3cm	- 16
L. TUBE			Dense Adhesions	- < 1/3	- 8**	Dense Adhesions	- < 1/3	- 4
Dense Adhesions	- < 1/3	- 16*	TOTAL POINTS		52	L. TUBE		
L. OVARY						Dense Adhesions	- >2/3	- 16
Deep Endo	- < 1 cm	- 4				L. OVARY		
Dense Adhesions	- < 1/3	- 4				Deep Endo	- 1-3cm	- 16
TOTAL POINTS		30				Dense Adhesions	- >2/3	- 16
						TOTAL POINTS		114

*Point assignment changed to 16
**Point assignment doubled

Imagen 1. Clasificación ASRM (Dunselman, 2014)

Por otro lado, el sistema de clasificación ENZIAN describe la endometriosis infiltrativa profunda de una manera más detallada que la clasificación ASRM (Keckstein, 2021). Sirve para estratificar de manera detallada la infiltración de la enfermedad incluyendo la presencia de adherencias, afectación ovárica o implantes peritoneales. Es más detallada y anatómica que la propuesta por la ASRM, por lo que es útil para la planificación quirúrgica. Clasifica la afectación por la endometriosis en diferentes compartimentos anatómicos.

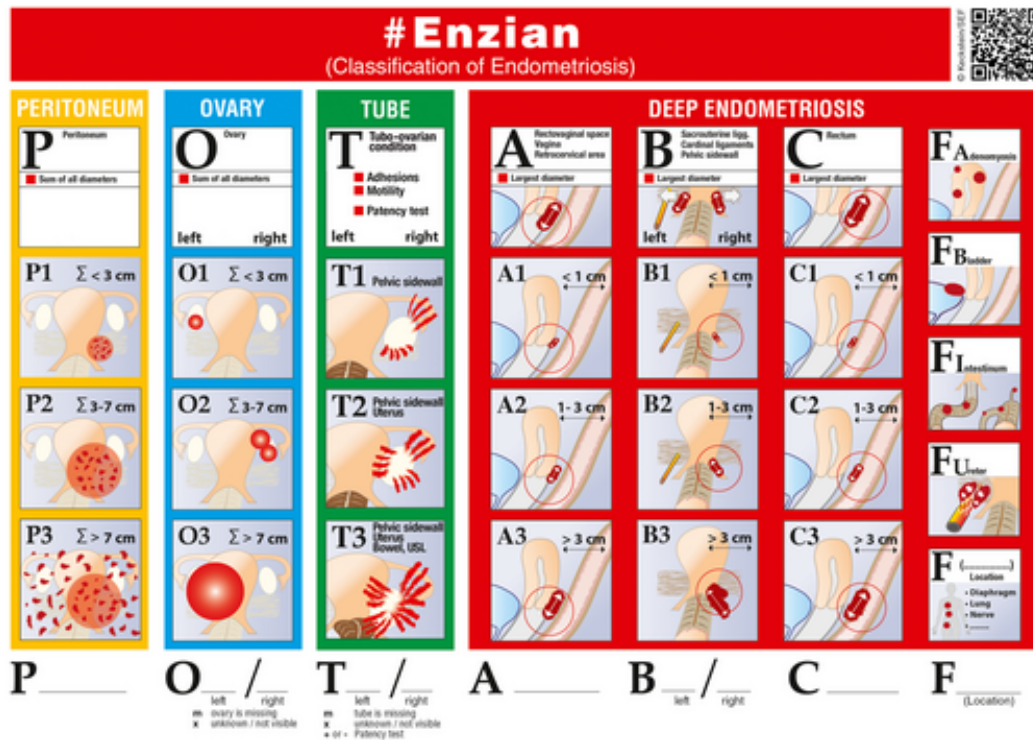


Imagen 2. Clasificación ENZIAN (Keckstein, 2021)

Por ello, tanto la clasificación ASRM como la clasificación ENZIAN deben utilizarse de manera complementaria para toda paciente que vaya a ser intervenida por endometriosis (Keckstein, 2021).

Clasificación	Ventajas	Limitaciones
ASRM	Más utilizada Sencilla de aplicar Evalúa endometriosis superficial/ovárica	No evalúa correctamente DIE No localización exacta de lesiones No correlación con los síntomas Poco útil en la planificación quirúrgica
ENZIAN	Clasificación anatómica detallada Específica para DIE Planificación quirúrgica Descripción de afectación de órganos vecinos Complementaria a ASRM	Más compleja de utilizar Experiencia clínica y radiológica Poco útil para lesiones superficiales/mínimas

Tabla 1. Pros y contras de las clasificaciones ASRM y ENZIAN en el diagnóstico y abordaje de la endometriosis.

Por último, encontramos una clasificación complementaria a las anteriores que es útil para la evaluación prequirúrgica ya que nos permite entender las diferentes variantes anatómicas de la enfermedad (Allaire, 2023):

- *Endometriosis peritoneal*, la más común. Lesiones superficiales en peritoneo. Suelen ser de pequeño tamaño y de diferentes colores en función del grado de actividad. No son visibles por pruebas de imagen.
- *Endometriosis ovárica*, quistes conocidos como endometriomas. Su contenido es un líquido marrón oscuro y espeso debido a desechos hemáticos (a menudo llamados como quistes de “chocolate”). Estos quistes suelen ser detectables por pruebas de imagen.
- *Endometriosis infiltrativa profunda* (DIE), la presentación más severa y limitante pero la menos frecuente. Son lesiones que infiltran más de 5mm el peritoneo pudiendo invadir órganos pélvicos adyacentes como la vejiga, intestino o uréteres provocando grandes lesiones en las pacientes.

Estas lesiones pueden aparecer solas o en conjunto en una paciente. Los endometriomas pueden coexistir con lesiones infiltrativas, por ello, ante una paciente con dolor pélvico severo debemos sospechar la presencia de lesiones no valorables por pruebas de imagen (Chapron, 2012).

5. CLÍNICA

Los síntomas de la enfermedad pueden variar de una paciente a otra, desde pacientes con clínica incapacitante hasta descubrimientos casuales durante revisiones ginecológicas, en torno a un 15-30% de las pacientes (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013; Smolarz, 2021). La dismenorrea (dolor con la menstruación, en torno al 80%), dispareunia (dolor con las relaciones sexuales, alrededor del 30%), disquecia (dolor al defecar) , sangrado menstrual abundante, problemas digestivos, fatiga o cansancio crónico también se encuentran asociados a la enfermedad (Fauconnier, 2005). En un 60% de las pacientes, los primeros síntomas aparecieron

antes de los 20 años (Smolarz, 2021). Es considerada una patología muy heterogénea que dificulta su diagnóstico retrasándose de entre 8 a 10 años desde el inicio de los síntomas el diagnóstico de la enfermedad (Gruber, 2021).

1. Dolor

Es el principal síntoma que acompaña a la endometriosis, pertenece a un tipo de dolor pélvico que puede ser cíclico (durante la menstruación) o acíclico (fuera de la menstruación) de más de 6 meses de evolución y lo suficientemente intenso para provocar incapacidad funcional o requerir tratamiento médico o quirúrgico (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

La intensidad de los síntomas percibidos por la paciente va a depender de factores biológicos y anatómicos. No siempre se relaciona con el tipo de localización de la endometriosis en el organismo sino como es la respuesta a la lesión (Aredo, 2017).

El mecanismo de acción por el que se produce el dolor es desconocido, pero dentro de éste, se ha encontrado una interacción entre varios. La endometriosis produce un estado de inflamación crónica ante la presencia de tejido endometrial ectópico, este proceso es mediado por la liberación de prostaglandinas y citoquinas proinflamatorias que aumentan la sensibilidad al dolor (Burney, 2012). Estas lesiones endometriósicas presentan receptores de estrógeno, así como de aromatasa (una enzima capaz de transformar andrógenos en estrógenos), lo que sugiere una producción local de estrógenos que ayuda al crecimiento de este tejido ectópico (Kitawaki, 2002). Como resultado del proceso inflamatorio y del crecimiento e invasión de este tejido ectópico se produce un cuadro adherencial que cronifica y empeora el dolor de las pacientes. Acompañándose de un proceso de neuroangiogénesis para su desarrollo y crecimiento (Asante, 2011). Se han observado inervaciones anormales en las lesiones endometriósicas: un mayor número de fibras nerviosas intactas totales, aumento de la densidad de fibras nerviosas sensoriales y disminución de las fibras nerviosas simpáticas (Wei, 2020). Pero para que se produzca este fenómeno y esta supervivencia de las células endometriósicas ectópicas es necesario una disfunción del sistema inmunológico, ya

que estas no son eliminadas por macrófagos y células NK (*natural killer*) (Sinaii, 2002). Como resultado final de este proceso crónico se produce una sensibilización del sistema nervioso central haciendo que el dolor pueda ser interpretado como más intenso ante estímulos normales (hiperalgesia) (Aredo, 2017).

Aunque la intensidad del dolor, generalmente, no se suele correlacionar con la localización o el estadio de la enfermedad, en la DIE podemos encontrar cierta relación en función de la infiltración de los tejidos por parte de las lesiones endometriósicas. Así, en algunos estudios, se ha podido observar mayor severidad de la sintomatología dolorosa a mayor infiltración >5mm de los tejidos sanos (Junta de Andalucía, 2017).

Las formas de dolor más comunes atribuidas a la endometriosis son la dismenorrea, dispareunia y el dolor pélvico crónico y existe una fuerte asociación entre endometriosis y dolor pélvico crónico (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

- *Dismenorrea*, dolor pélvico asociado a la menstruación, el síntoma más frecuente (40-60%) encontrado en las pacientes con endometriosis (Falcone, 2018). Precede, en muchas ocasiones, a la aparición del sangrado. Con el tiempo se suele intensificar, se localiza en la parte baja del abdomen y en las zonas pélvicas profundas, pudiendo llegar a irradiarse también a la región sacra (Smolarz, 2021).
- *Dispareunia*, dolor durante las relaciones sexuales. Puede llegar a afectar entre un 10 y un 20% de la población femenina en EEUU (Hill, 2021) siendo esta proporción mayor en pacientes diagnosticadas de endometriosis sobretudo en los casos de DIE. La infiltración del tabique rectovaginal, ligamentos uterosacros y la presencia de adherencias pélvicas aumenta los niveles de dispareunia disminuyendo la satisfacción sexual de las mujeres con endometriosis (Van Poll, 2020). Afectando a la confianza en sí misma de la paciente, a su relación de pareja e incluso a su calidad de vida pudiendo llegar a provocar un trastorno psicológico (Facchin, 2015).

- *Disquecia*, se define como dolor a la defecación. Sus síntomas empeoran con la menstruación, diferentes estudios muestran una prevalencia entre el 20-50% de las pacientes (Chapron, 2019). En los casos de afectación profunda de la enfermedad esta prevalencia puede aumentar hasta el 60-70% por afectación del tabique rectovaginal o afectación intestinal (Ferrero, 2011).
- Síntomas urinarios como pueden ser el dolor o ardor al orinar o la presencia de sangre en la orina. Su prevalencia se encuentra en torno al 0,3-12% de las pacientes con endometriosis ascendiendo al 19-53% en los casos de DIE (Piriyev, 2025a).
- Dolor pélvico crónico, según las diferentes guías se define como *“dolor no cíclico localizado en la pelvis que dura al menos 6 meses y que es lo suficientemente grave como para causar limitaciones funcionales o requerir tratamiento médico o quirúrgico”* (ACOG, ESHRE, OMS). En la edad fértil, la endometriosis es la causa más frecuente situándose la prevalencia en un 70-80% (Shafrir, 2018). El dolor pélvico crónico y la endometriosis siguen siendo en la actualidad, dos de los problemas más complejos de la ginecología (Hurd, 1998). Asimismo, en los centros de atención primaria hasta un 39% de las mujeres consultan por dolor crónico pélvico sólo un 10% se derivan a las consultas de ginecología (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

2. Alteraciones Menstruales

Las alteraciones en los ciclos menstruales son comunes en la endometriosis, pudiendo presentar cambios en la duración, frecuencia o cantidad del sangrado (Burney, 2012). Así podemos encontrar un sangrado menstrual abundante (SMA) presente en un 30-50% de las pacientes, sangrado intermenstrual (metrorragia o spotting) en un 20-30% de las afectadas e irregularidad en los ciclos (Vercellini, 2014). La causa del SMA suele ser multifactorial, aunque su principal origen es la presencia de adenomiosis (Smolarz, 2021). El tejido endometrial invade el miometrio alterando su estructura y su normal contractilidad (Bulun, 2023). El

hiperestrogenismo que acompaña a la endometriosis es esencial para el crecimiento y la infiltración por parte del tejido endometrial (Bulun, 2021), pero su etiología sigue siendo desconocida. Entre un 40-60% de las pacientes diagnosticadas de endometriosis pueden presentar adenomiosis (Ferenczy, 1998).

3. Reproducción

La endometriosis llega a afectar a la fertilidad en un 30-50% de las pacientes (Menakaya, 2013). Las causas pueden ser debidas al proceso inflamatorio crónico que en algunas de ellas llega a provocar la presencia de adherencias que distorsiona la anatomía provocando un ambiente desfavorable para la concepción (Bulletti, 2010). Así, se ha planteado la hipótesis de que este ambiente proinflamatorio interfiera en los procesos de ovulación, funcionamiento de las correctas de las Trompas de Falopio para la captación del ovocito, el proceso de fertilización e incluso la implantación (De Ziegler, 2010). Aunque se han identificado múltiples factores implicados, los mecanismos exactos que provocan alteraciones en la fertilidad femenina siguen sin estar completamente esclarecidos en la actualidad (Coccia, 2022). Este proceso puede llegar a provocar un impacto negativo tanto en la pareja como en sus actividades sociales (Farshi, 2020).

4. Riesgo Neoplásico

Las mujeres diagnosticadas de endometriosis presentan un riesgo ligeramente aumentado de desarrollar cáncer de ovario, particularmente el carcinoma de células claras y el carcinoma endometrioide (Bogani, 2025). El riesgo relativo es aproximadamente de 1,3 a 2 veces mayor con respecto a la población general (Beddows, 2024). Se ha identificado una posible progresión desde lesiones benignas de endometriosis hacia su transformación neoplásica a través de lo que se conoce como endometriosis atípica (diagnosticada mediante estudio histopatológico tras la cirugía) (Gaia-Oltean, 2021). Son lesiones de endometriosis que presentan hiperplasia o atipia citológica que les confiere mayor riesgo de transformación maligna (Grandi, 2015). Aproximadamente el 8% de los casos de endometriosis

ovárica presentan características histopatológicas de endometriosis atípica (Sampson, 1927).

5. Enfermedades asociadas

La endometriosis puede afectar a múltiples aspectos de la vida de la mujer más allá del dolor pélvico o las alteraciones a nivel reproductivo que genera:

- *Enfermedades autoinmunes y sistémicas*, debido a la naturaleza inflamatoria, inmunológica y hormonal de la endometriosis. En las pacientes diagnosticadas de endometriosis se ha observado una activación anómala del sistema inmunitario con aumento de citoquinas proinflamatorias, disfunción de las células NK, presencia de autoanticuerpos y, por lo tanto, mayor asociación de trastornos autoinmunes que la población general (Shen, 2021). La mayor prevalencia de enfermedades asociadas son Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Artritis Reumatoide (AR), Tiroiditis de Hashimoto o Síndrome de Sjögren (Hamouda, 2023). Asimismo, se ha observado relación con el asma o la dermatitis atópica aunque sus mecanismos no están completamente conocidos podría ser debido a la alteración de inmunológica presente en la enfermedad (Rahmioglu, 2023). Otro grupo de enfermedades que presenta una asociación significativa es la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) en sus dos formas de presentación tanto la colitis ulcerosa como la enfermedad de Crohn (Chiaffarino, 2020).
- *Trastornos urológicos*, la endometriosis en sus estadios avanzados puede llegar a infiltrar la vejiga o los uréteres en un 1-2% de los casos (Fleischer, 2024). Pudiéndose manifestar como dolor suprapúbico, hematuria (sangre en la orina) y en los casos más graves hidronefrosis si se produce obstrucción ureteral (Rousset, 2023). La cistitis intersticial o *síndrome de la vejiga dolorosa* es una enfermedad que se caracteriza por dolor vesical persistente, urgencia y frecuencia micción sin infección urinaria (Butrick, 2007). Puede encontrarse asociado al dolor pélvico crónico y aunque su causa no está clara se cree que su

origen es multifactorial y progresiva, implica una disfunción del epitelio vesical, activación de procesos proinflamatorios y afectación de las terminaciones nerviosas sensitivas vesicales (Chung, 2005).

- *Trastornos gastrointestinales*, la forma más frecuente de endometriosis extragenital es a nivel intestinal encontrándose entre el 3,8-37% de las pacientes diagnosticadas (Nezhat, 2018). Puede afectar de diferentes formas al recto, colon, apéndice e ilion terminal pero la prevalencia de las formas más graves de DIE se encuentra en torno al 1-2% (Koninckx, 2012). Los síntomas de la endometriosis intestinal pueden variar en función de su localización y pueden presentarse como dolor abdominal o pélvico, distensión abdominal (“hinchazón”), afectando al tránsito intestinal (estreñimiento, diarrea o tenesmo) (Kanthimathinathan, 2007). En algunas pacientes podemos encontrar la presencia de sangrado rectal coincidente con la menstruación “*endometriosis catamenial*”, en estos casos se produce una infiltración profunda de la mucosa rectal por el tejido endometrial ectópico (Subbaraj, 2021). Aunque los síntomas más habituales que encontramos en las pacientes son debidos a trastornos funcionales como el síndrome del intestino irritable (SII), dispepsia funcional o intolerancias alimentarias. El SII se caracteriza por estado de inflamación crónica y dolor abdominal recurrente, hasta un 30-50% de las pacientes con endometriosis cumplen criterios para el diagnóstico de este síndrome (Chiaffarino, 2021). Dentro de las intolerancias alimentarias, la celiaquía es la más relacionada con la endometriosis debido a la alteración inmunológica y metabólica que ambas asocian (Brouns, 2023).
- *Comorbilidades funcionales*, el estado inflamatorio producido por la endometriosis puede llegar a producir malestar, cansancio e impacto psicológico en las pacientes afectas. La fatiga crónica es uno de estos síntomas, las mujeres experimentan un agotamiento mental y físico persistente que les interfiere en sus actividades diarias (Ramin-Wright, 2018). La prevalencia de la fatiga es significativamente superior en pacientes con endometriosis en comparación con la población general (Sinaii, 2002). La fibromialgia, es una enfermedad que suele

acompañar a las pacientes con endometriosis caracterizándose por dolor musculoesquelético generalizado, fatiga intensa, trastorno del sueño y alteraciones cognitivas (Bair, 2024). En ambas enfermedades se producen mecanismos fisiopatológicos como una sensibilización central, disfunción del eje hipotálamo hipófisis adrenal y una mayor predisposición a trastornos del estado del ánimo (Luisi, 2015).

- *Impacto psicológico*, la naturaleza crónica de la enfermedad y la repercusión de los síntomas exponen a las pacientes a mayor riesgo de padecer trastornos mentales (Farshi, 2020). Asimismo, presenta también un impacto negativo a nivel laboral o educativo (Huntington, 2005). La relación entre depresión, ansiedad y endometriosis ha sido demostrada en diferentes estudios, lo que nos indica la importancia de la percepción del dolor por parte de la paciente en el desarrollo de trastornos mentales (Farshi, 2020). Según la ASRM la endometriosis se debe considerar una enfermedad crónica que requiere un tratamiento personalizado de por vida para la mejora de la calidad de vida de la paciente (Bodenheimer, 2002).

6. DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico correcto y precoz es fundamental para definir un tratamiento óptimo y específico para la paciente con endometriosis (Guerriero, 2016). Pero su diagnóstico es difícil por diferentes motivos, el primero, la falta de comprensión de la enfermedad por parte de los profesionales sanitarios y por otro lado la heterogenicidad de la endometriosis (Chapron, 2019). Desde el inicio de los primeros síntomas en las pacientes hasta su diagnóstico definitivo puede haber una demora media de 7 a 10 años (Nnoaham, 2011). Uno de los motivos de este retraso es la diversidad de síntomas que pueden presentar haciendo que la paciente deba acudir a diferentes especialistas sin que ninguno de ellos logre identificar correctamente la causa de sus síntomas (Arruda, 2003). Por ello, es esencial realizar un correcto diagnóstico diferencial con las diferentes patologías que pueden ocasionar los síntomas. La primera aproximación más importante es la clínica que presenta la paciente, por ello, es fundamental realizar una historia clínica detallada prestando especial atención a los síntomas y signos que describe y que

se corroboran con el examen físico y las pruebas complementarias. Pero la historia clínica sola presenta una sensibilidad del 60-80% y una especificidad 40-50%, por lo que es necesaria avanzar en diagnóstico clínico con otras pruebas no invasivas (Chapron, 2019; Eskenazi, 1997). Por lo que es esencial la realización de una exploración física ginecológica completa que incluya una palpación bimanual cuidadosa para valorar la presencia de pelvis dolorosa, la movilidad uterina (detección de útero fijo en retroversión), ligamentos útero-sacos dolorosos y el aumento de tamaño de los ovarios (Rolla, 2019). Un signo más específico es la presencia de la palpación de nódulos en los ligamentos uterosacos en el fondo de saco de Douglas e incluso la visualización directa mediante la utilización del espéculo de lesiones características en vagina o en cérvix (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). La palpación de nódulos dolorosos tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 50% orientando a los casos de endometriosis avanzada (Eskenazi, 2001).

La ecografía es el método principal para el diagnóstico de la enfermedad, nos permite explicar, localizar y evaluar la gravedad de las lesiones antes de proceder a plantear tratamiento médico o quirúrgico (Guerriero, 2016). Se considera un método diagnóstico preciso con una sensibilidad del 92% y una especificidad casi del 99% (Vercellini, 2014) en el diagnóstico de quistes endometriósicos. *The International Deep Endometriosis Analysis group* propone cuatro pasos ecográficos básicos a realizar en pacientes con sospecha de endometriosis profunda (DIE) (Guerriero, 2016), estos son:

- Evaluación de útero (*“question mark sign”*) y ovarios (*“kissing ovaries sign”*), valorar la presencia de adenomiosis o de endometriomas.
- Evaluación de *“soft markers”*, movilidad o no de ovarios ante la exploración ecográfica.
- Evaluación del fondo de saco de Douglas, *“sliding sign”* evalúa la presencia de adherencias pélvicas.
- Evaluación de nódulos por DIE en compartimentos anterior y posterior.

La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) aporta información complementaria para determinar la localización (tabique rectovaginal, compartimentos anterior y posterior),

extensión o adherencias en los casos de DIE que no pueden ser visualizadas por ecografía (Kido, 2022).

En la actualidad, no se ha encontrado ningún biomarcador específico para el diagnóstico de endometriosis (Smolarz, 2021). El Ca125 sigue siendo el más utilizado en la actualidad, ante la sospecha de endometriosis como para el seguimiento y la respuesta al tratamiento de la enfermedad (Hirsch, 2016). Su rendimiento diagnóstico es mayor en los casos de endometriosis moderada o avanzada, pero muestra una sensibilidad baja en la enfermedad leve (Bulun, 2019). El marcador Ca19.9 está menos estudiado que el anterior, pero su elevación en conjunto con el Ca125 aumentan las posibilidades de endometriosis (Rokhgireh, 2020). En los casos de DIE con sospecha de afectación intestinal los niveles de CEA pueden verse elevados debido al proceso inflamatorio crónico y a la afectación intestinal (Burney, 2012). El HE4 (Human Epididymis Protein 4) es un marcador utilizado principalmente para el diagnóstico de Cáncer de ovario, presenta mayor especificidad para diferenciar tumoraciones ováricas benignas de malignas (Xu, 2023). Se puede considerar que unos niveles elevados de Ca125 y bajos de HE4 en una paciente con una tumoración anexial decantan hacia la presencia de endometriosis (Micu, 2023).

La última actualización de guía ESHRE del 2022, concluye que el manejo de la paciente con sospecha de endometriosis debe ser principalmente médico (anticonceptivos hormonales vs progestágenos) no encontrando superioridad de la realización de una laparoscopia para el diagnóstico definitivo (Becker, 2022)

7. TRATAMIENTO

La endometriosis representa un gran problema en su tratamiento al tratarse de una enfermedad crónica, de etiología desconocida (Smolarz, 2021). Sus posibilidades terapéuticas son médicas, quirúrgicas o combinación de ambas.

El objetivo del tratamiento médico es conseguir paliar o disminuir los síntomas que presenta la paciente, principalmente, el dolor (Donnez, 2021). Mediante la inhibición de

la ovulación, la abolición de la menstruación y lograr un ambiente hormonal estable (estrógenos) basándose en el concepto de que la respuesta del tejido endometrial ectópico y eutópico es similar (Vercellini, 2014). El tratamiento médico más eficaz es el hormonal el cual, es capaz de crear un ambiente hipoestrogénico (agonista de la GnRH), hiperandrogénico (Danazol, Gestrinona) o hiperprogestágeno (anticonceptivos orales, progestágenos) suprimiendo el crecimiento de las células endometriales. Pero todos estos fármacos tratan los síntomas no son citorreductores, es decir, las lesiones sobreviven a cualquier dosis, a cualquier duración del tratamiento y a cualquier formulación, estando listas para reanudar su actividad metabólica al suspender el tratamiento (Vercellini, 2011). El tratamiento médico debe pautarse como una terapia a largo plazo, de manera similar a cualquier otra terapia para otras enfermedades crónicas.

1. Fármacos analgésicos.

Dentro de este grupo los principales son los AINEs (antiinflamatorios no esteroideos), inhiben la síntesis de prostaglandinas contribuyendo a reducir el proceso inflamatorio y disminuyendo el dolor asociado (Johnson, 2013). Son considerados la primera línea terapéutica para el tratamiento sintomático de la endometriosis aunque no se recomienda su uso a largo plazo por los posibles efectos secundarios (Kalaitzopoulos, 2021). Los opioides débiles son utilizados solo en casos de dolor crónico severo y refractario aunque su uso está restringido por el riesgo de dependencia y efectos secundarios (Guan, 2023). Otros fármacos utilizados son los neuromoduladores (antihiperalgésicos) sobretodo en pacientes con dolor neuropático o fibromialgia asociada (Gharaei, 2023).

2. Tratamiento hormonal

Su objetivo principal es suprimir la actividad ovárica y por tanto la producción de estrógenos, por lo que se inhibe el crecimiento y diseminación del tejido endometrial ectópico reduciendo el proceso inflamatorio asociado a la enfermedad (Taylor, 2017). Cabe destacar que este tipo de tratamiento es efectivo para tratar los

síntomas pero no consigue eliminar las lesiones endometriósicas, por lo que cuando se cesa la mediación los síntomas pueden volver a aparecer (Vercellini, 2014).

- a) *Anticoncepción hormonal combinada*, su acción principal es inhibir la ovulación, reducir la proliferación del tejido endometrial ectópico y reducir el síntoma principal, el dolor (Edi, 2022). Compuestos por estrógenos y progesterona, en todas sus formas de presentación: oral, parches transdérmicos o anillo vaginal son considerados como primera línea terapéutica (Nezhat, 2019). Sin embargo, entre el 20-25% de las pacientes no presentan mejoría (França, 2022).
- b) *Progestágenos*, como son el Acetato de medroxiprogesterona, Acetato de noretisterona o Dienogest. Presentan mayor eficacia en la supresión y atrofia del tejido endometrial. Según algunos autores, como Liu, el más utilizado, actualmente, es el Dienogest cuya función es mantener unos niveles estrogénicos estables sin que se estimule la actividad de las lesiones endometriósicas (Liu, 2021).
- c) *Dispositivos liberadores de progestágenos*. El DIU de Levonorgestrel, dispositivo intrauterino cuya liberación mantenida de Levonorgestrel produce disminución o desaparición del sangrado menstrual y disminución del dolor asociado a la endometriosis, pero no suprimen la ovulación (Nezhat, 2018). Está indicado en pacientes con lesiones profundas, recidivas y en el postoperatorio como medida preventiva (Abou-Setta, 2013).
- d) *Análogos de la GnRH*, evitan la síntesis de gonadotrofinas endógenas disminuyendo la producción de FSH y LH creando un ambiente hipoestrogénico. Esta situación lleva a veces a su mala tolerancia por los efectos adversos que provoca (síntomas vasomotores, atrofia genital, etc.) (Brown, 2010). El dolor se reduce hasta en el 80% de las pacientes (Sachedina, 2020), suele ser utilizado como un tratamiento de segunda línea (Johnson, 2013). Al igual que el resto de fármacos, los síntomas reaparecen una vez finalizado el tratamiento.
- e) *Antagonistas de la GnRH* son los últimos fármacos de reciente aparición en el mercado. Bloquean directamente los receptores de la GnRH inhibiendo el pico

de la LH y FSH, lo cual, a diferencia de los análogos de GnRH no provocan el pico inicial de estrógenos (*“flare up”*) y su acción es rápida y reversible (Kalaitzopoulos, 2021) (Becker, 2022). Su administración vía oral, mejora la tolerancia y su facilidad de suspender el tratamiento hacen que sea un fármaco de buena aceptabilidad por parte de las pacientes (Osuga, 2021).

- f) *Otros fármacos*, como el Danazol o Gestrinona (agente androgénico que inhibe la producción de gonadotropinas creando un ambiente hipoestrógeno) fármacos de segunda línea por los efectos secundarios androgénicos que producen (Edi, 2022). Inhibidores de la aromatasa, reservado para pacientes con dolor severo refractario a otros tratamientos hormonales, inhiben la acción de la enzima aromatasa en el tejido endometrial ectópico (Rafique, 2017). Las últimas terapias en endometriosis incluyen los SERMs (moduladores hormonales selectivos), fármacos inmunológicos y terapias dirigidas (Vercellini, 2014).

1º LÍNEA	Mecanismos	Tipos	Efectos
AINES	Inhibición síntesis de prostaglandinas	Vía oral o intravenosa	Actúan disminuyendo el dolor Efectos 2º a largo plazo
Anticoncepción hormonal combinada	Inhibición de la ovulación Atrofia de las lesiones endometriósicas	Oral, parches transdérmicos o anillo vaginal	Disminución del dolor durante su tratamiento Anticonceptivo No eliminan las lesiones endometriósicas
Progestágenos	Atrofia de lesiones endometriósicas Inhibición angiogénesis Inhibición de la ovulación	Acetato de medroxiprogesterona, Acetato de noretisterona o Dienogest	Disminución del dolor Buena tolerancia No eliminan lesiones endometriósicas
Dispositivo liberador de progestágenos	Atrofia del endometrio Inhibición parcial de la ovulación Efecto analgésico	DIU Levonorgestrel	Dolor pélvico crónico Postoperatorio Anticonceptivo
2º LÍNEA			

Agonistas de la GnRH	Hipoestrogenismo Inhibición de la secreción de gonadotropinas	Leuprolida Triptorelina (intramuscular)	Uso limitado, precisa terapia <i>add back</i> Reduce el dolor hasta 80%
Antagonistas de la GnRH	Bloquean receptores de la GnRH en la hipófisis No “ <i>flare up</i> ” Hipoestrogenismo	Elagolix Relugolix (estradiol + noretisterona) (oral)	Elagolix: no usar más de 6 meses por pérdida de masa ósea. Síntomas climatéricos. Relugolix: previene efectos adversos
Andrógenos	Hipoestrogenismo Inhibición secreción de gonadotropinas	Danazol o Gestri nona	Efectos androgénicos importantes
Inhibidores de la aromatasa	Inhibición local de la conversión de andrógenos a estrógenos	Letrozol o Anastrozol	Casos seleccionados refractarios a tratamientos No aprobado por la FDA

Tabla 2. Tratamiento médico de la endometriosis

El tratamiento quirúrgico está indicado en los casos refractarios a tratamiento médico, en quistes endometriósicos de gran tamaño, deseo gestacional o ante la presencia de DIE que comprometa estructuras vecinas (Falcone, 2018). Existen dos enfoques principales: cirugía ablativa (vaporización o coagulación de las lesiones ectópicas) o cirugía de escisión (resección completa o parcial de las lesiones). Según una revisión publicada por la Cochrane la escisión se asoció a menor tasa de recidiva, de recurrencia del dolor así como aumento de la tasa de gestación espontánea frente a la cirugía ablativa (Hart, 2008). Sin embargo, existe controversia por la posible afectación de la función y reserva ovárica en el caso de las cirugías de escisión (Younis, 2022). Por ello, es importante individualizar cada caso en función tanto de la sintomatología como del deseo genésico. En aquellas con deseo genésico cumplido o que no desean gestación en un futuro se puede plantear realizar una histerectomía, valorando la ooforectomía en aquellas con dolor refractario a diferentes líneas de tratamiento médico (Shakiba, 2008). En los casos de DIE el tratamiento quirúrgico es considerado de elección para mejorar los síntomas asociados, aunque se consideran cirugías complejas que deben realizarse

por ginecólogos/as expertos/as (Vercellini, 2017). Las tasas de recidiva clínica (síntomas o lesiones) tras la cirugía se sitúa en torno al 20-40% entre los 2-5 años posteriores (Zakhari, 2021). Este riesgo de recurrencia puede llegar a disminuir si se asocia tratamiento médico hormonal postoperatorio (Somigliana, 2017).

8. CALIDAD DE VIDA

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la calidad de vida como *“la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses”*. Podemos decir que la calidad de vida es una evaluación subjetiva, multidimensional y contextual de cada persona. Depende de las experiencias, valores y prioridades individuales.

Existen diferentes dimensiones a tener en cuenta en la calidad de vida como son: la salud física, mental y emocional, relaciones sociales, nivel de autonomía, condiciones económicas y laborales, acceso a servicios y recursos y bienestar subjetivo (Urzúa, 2012). La endometriosis, al tratarse de una enfermedad crónica tiene un impacto multidimensional en la vida de las pacientes debido a los diferentes síntomas que pueden presentar y a los diferentes tratamientos médico o quirúrgicos que precisan (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Cabe resaltar, otros factores relevantes que influyen en esta percepción de la calidad de vida de las pacientes con endometriosis:

- a) *Retraso medio del diagnóstico* desde el inicio de los síntomas entre 8 a 10 años provocando un periodo largo de dolor, sentimientos de incertidumbre y desconfianza por parte de las pacientes (Husby, 2003).
- b) *Acceso a los tratamientos*. La demora en el inicio, factores económicos o de género de las pacientes, conocimiento de la enfermedad, falta de atención especializada (unidades de abordaje integral de la endometriosis) pueden tener un impacto en la calidad de vida de las pacientes (Bougie, 2019).

- c) Presencia de *enfermedades asociadas* tanto físicas o psicológicas. La sintomatología a veces inespecífica superpuesta con otras enfermedades sistémicas precisa de un diagnóstico diferencial de la endometriosis (Holdsworth-Carson, 2022). Estas enfermedades pueden coexistir o desarrollarse como consecuencia de la enfermedad dificultando el diagnóstico y su tratamiento adecuado.
- d) *Impacto social, laboral y emocional*. La endometriosis afecta, finalmente, a todas las esferas de la vida de las enfermas alterando su actividad laboral, sus relaciones sociales y su estabilidad emocional (*“el dolor está en su cabeza”*) (Ballard, 2006).

Para medir la calidad de vida de las pacientes se emplean herramientas genéricas y específicas, tanto físicas como psicológicas que nos sirven para evaluar el estado de las pacientes, en concreto (Fayers, 2013):

- **SF-12**, cuestionario genérico de calidad de vida. Compuesto de 12 ítems que exploran las 8 dimensiones de salud (Ware, 1996).
- **Inventario de Depresión de Beck**, evalúa la presencia y gravedad de síntomas depresivos (Beck, 1961).
- **Escala de Ansiedad de STAI**, utilizado para medir los niveles de ansiedad de las pacientes (Spielberguer, 1970).
- **Escala WPAI**, herramienta muy útil para la valoración funcional y laboral de las pacientes con enfermedades crónicas (Reilly, 1993).
- **Escala de Insomnio**, cuestionario utilizado para evaluar la percepción subjetiva del insomnio y su impacto en la vida diaria (Bastien, 2001).

El conocimiento de la calidad de vida en las enfermedades crónicas, en nuestro caso, la endometriosis es fundamental para llegar a comprender el impacto de la enfermedad en la vida cotidiana de las pacientes. Comprender la calidad de vida es importante para el mejorar los síntomas, la atención y la rehabilitación de las personas con una enfermedad crónica (Staquet, 1996). Los problemas que nos revelan el estudio de la calidad de vida

nos permite realizar modificaciones en el tratamiento, en la atención que reciben o pueden mostrarnos terapias que no aportan ningún beneficio (WHOQOL Group, 1995). Toda la información recogida puede ayudar a futuros pacientes a comprender las consecuencias de su enfermedad y su tratamiento (Staquet, 1996). Además, las pacientes que evolucionan favorablemente pueden presentar problemas persistentes una vez finalizado el tratamiento para la enfermedad, estas consecuencias podrían pasarse por alto sino se evalúa la calidad de vida (Fayers, 2013). Se ha demostrado también su importancia para la toma de decisiones médicas porque predice el éxito del tratamiento y, por tanto, es un factor pronóstico (Mayo, 2015). Esta capacidad pronóstica sugiere la necesidad de una evaluación de rutina de la calidad de vida en los ensayos clínicos (Staquet, 1996).

La calidad de vida en mujeres con endometriosis se ha investigado desde diferentes perspectivas y metodologías. Sin embargo, estos estudios se han centrado en aspectos específicos de la endometriosis limitándose a proporcionar una perspectiva única de una enfermedad con una sintomatología diversa y heterogénea (Maulenkul, 2024).

- Sintomatología y diagnóstico, la endometriosis se trata de una enfermedad que presenta una gran diversidad de presentaciones clínicas en las pacientes, mediante el estudio de calidad de vida nos permite aproximarnos a problemas que no siempre llegan a exponer en la consulta por miedo o por vergüenza como la afectación de la vida sexual, estados de depresión o ansiedad, fatiga, dolor crónico o disfunción social (La Rosa, 2020). Así mismo, las mejoras en el diagnóstico de la enfermedad mediante la historia clínica, las pruebas de imagen o la investigación en biomarcadores permiten reducir el tiempo de incertidumbre de la paciente mejorando su nivel de calidad de vida (Dantkale, 2024).
- Tratamiento, en la actualidad el enfoque de las decisiones terapéuticas se centra en la mejora de la sintomatología que presenta la paciente, nos permite ser más precisos en función del área mas comprometida (dolor, ansiedad, insomnio, etc.) (Mick, 2024). Evaluar la respuesta al tratamiento o identificar a las pacientes que presentan una sintomatología refractaria a diferentes tratamientos médicos

permite enfocar la enfermedad desde un punto de vista funcional. Se ha producido un cambio en el manejo terapéutico de la endometriosis, centrándose en las necesidades individuales de la paciente y que contribuye en la mejora de la calidad de vida (Al Hussaini, 2024).

- Investigación, la inclusión de instrumentos validados para medir la calidad de vida (SF-12, SF-36 o WPAI) permiten cuantificar el impacto multidimensional de la enfermedad mas allá de la sintomatología física que presenta la paciente (Fourquet, 2011). El resultado de estos estudios nos permite evaluar la efectividad real de las intervenciones terapéuticas sobre las esferas funcionales, sociales laborales o emocionales de las pacientes permitiendo un enfoque integral de la enfermedad (Fachin, 2015). El conocimiento de los niveles de calidad de vida de las pacientes con endometriosis permite valorar la carga global de la enfermedad en términos económicos y sociales (gastos médicos, baja laboral, reducción de la productividad, etc.) (Nnoaham, 2011). Estos datos son básicos para poder justificar la asignación de recursos sanitarios, diseño de programas de atención de la paciente con endometriosis y la inclusión en políticas de salud pública (Armour, 2023).

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

▪ Hipótesis

- Las pacientes diagnosticadas de endometriosis presentan un impacto negativo de su calidad de vida, afectando a nivel físico, psicológico o social.
- Las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico presentan una mejora en su calidad de vida.

▪ Objetivos

○ **Objetivos Primarios**

- Evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de endometriosis.
- Estudio de la variación de la calidad de vida en pacientes con endometriosis sometidas a cirugía.

○ **Objetivos Secundarios**

- Estratificar la calidad de vida y del estado psicosocial en pacientes con endometriosis según su sintomatología.
- Estudio del impacto de la depresión y la ansiedad relacionada con la endometriosis sobre la calidad de vida de las pacientes con esta enfermedad.
- Evaluar la calidad del sueño en pacientes con endometriosis y su influencia en la calidad de vida.
- Identificar como afecta la enfermedad en el desempeño ocupacional y en las actividades diarias de las pacientes con endometriosis.

Identificar los acontecimientos vitales adversos y como estos pueden influir en la calidad de vida de nuestras pacientes

MATERIAL Y MÉTODO

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo observacional prospectivo de pacientes afectadas por endometriosis con diagnóstico anatomopatológico y/ o clínico mas prueba de imagen (ecografía y/o resonancia magnética) asistidas en la Unidad de Endometriosis del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Una vez realizada la selección de pacientes según criterios de inclusión, se realizó autoencuesta anónima y voluntaria durante el periodo desde el 1 Octubre del 2020 hasta el 30 de Abril del 2022.

2. POBLACIÓN A ESTUDIO

- Pacientes con diagnóstico clínico y/o anatomopatológico de endometriosis mayores de edad y premenopáusicas.
- Pacientes con diagnóstico clínico y/o anatomopatológico de endometriosis mayores de edad y premenopáusicas que precisen tratamiento quirúrgico. Seguimiento a los 6 meses.

En todas las pacientes el tratamiento recibido se encuentra aprobado dentro de los protocolos asistenciales para dicha patología en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Para el estudio comparativo de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de endometriosis
 - Mujeres de nacionalidad española que presenten criterio diagnóstico de endometriosis.

- Expresen su deseo de participar.
- b) Para el estudio comparativo de calidad de vida en pacientes con endometriosis sometidas a tratamiento quirúrgico.
- Mujeres de nacionalidad española que presenten criterio diagnóstico de endometriosis.
 - Expresen su deseo de participar.

4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Para el estudio comparativo de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de endometriosis.
- Mujeres de nacionalidad no española.
 - Mujeres menopáusicas.
 - Denegación de participación.
- b) Para el estudio comparativo de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de endometriosis sometidas a tratamiento quirúrgico.
- Mujeres de nacionalidad no española.
 - Mujeres menopáusicas.
 - Denegación de participación.

5. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo del tamaño de muestra, y en base a nuestro objetivo principal se analizó en primer lugar la variabilidad de cada una de las subescalas en base a estudios anteriores (Marín Sánchez, 2025). Con este fin, se tomó la mayor desviación típica entre todas las subescalas, y se tomó la más desfavorable (la que ofrecía un mayor tamaño de muestra), obteniéndose un valor de 33,6 puntos. Considerada una precisión mínima de 2,5 puntos en la estimación de la calidad de vida en cada una de las escalas de 0-100, y

considerando también un nivel de confianza del 95% y unas pérdidas del 20%, se estimó que deberíamos coger una muestra de 833 pacientes.

6. VARIABLES A ESTUDIO

1. Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas recogidas en nuestro estudio aportan información sobre el estado civil, nivel de estudio, hábitos tóxicos y la práctica regular de ejercicio físico.

2. Variables ginecológicas

Se obtuvo información sobre gestación, búsqueda de embarazo y número de hijos. Se les preguntó a las pacientes si tenían conocimiento sobre la enfermedad, la edad del diagnóstico, los años que tardaron en realizarlo o si tuvieron que acudir a diferentes especialistas. Clínicamente, para caracterizar la enfermedad, se recogieron datos sobre síntomas acompañantes de la endometriosis, tales como dismenorrea, dispareunia, disquecia, dolor a micción y si estos síntomas afectaban a la realización de su vida cotidiana (trabar o estudiar). Completamos el cuestionario añadiendo información sobre si las pacientes toman algún tratamiento médico (ACH, progesterona, DIU LNG, AINES o análogos GnRH) pautado en los casos de aquellas que presentaban dolor por la endometriosis, así como si habían precisado acudir a urgencias por este síntoma o habían precisado intervención quirúrgica.

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica que puede ir asociada a otras enfermedades tales como EEI, tiroiditis, ansiedad/depresión u otras patologías por lo que analizamos si presentaban alguna de éstas. Las pacientes diagnosticadas de endometriosis podrían ser o haber sido más susceptibles a padecer experiencias adversas en la vida, como el maltrato físico o psíquico, violencia de genero y abuso sexual. Por ello recogimos datos referentes a estos acontecimientos vitales en nuestra muestra.

3. Evaluación de la calidad de vida SF-12

Para evaluar la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas de endometriosis se utilizó la escala SF-12. Un cuestionario breve de calidad de vida relacionado con la salud, desarrollado como una versión reducida de la escala SF-36.

Evalúa el estado de salud general mediante 12 ítems que se resumen en 8 dimensiones clave de la salud. Permite estimar dos grandes componentes: componente físico y componente mental. Al igual que la escala SF36 su rango es de 0 a 100, siendo las puntuaciones más altas las que indican mejor calidad de vida.

Presentan una buena consistencia interna y fiabilidad con un α de Cronbach $> 0,70$ para todas sus dimensiones.

4. Evaluación del estado psicológico

- *Escala Depresión de Beck (BDI)*

El estado depresivo relacionado con la endometriosis fue evaluado mediante la versión española del inventario de Depresión de Beck. Desarrollado por Aaron T.Beck en 1961, actualizándose a lo largo de los años. Esta escala consta de 21 ítems que miden síntomas emocionales, cognitivos, somáticos y conductuales asociados a la depresión. Su puntuación global es de 0 a 63. Permiten dividir la muestra en función de los resultados en depresión mínima o ausencia (0-13), depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28) y depresión severa (29-63). Esta escala presenta una alta consistencia interna con un α de Cronbach > 0.86 .

- *Escala de Ansiedad de STAI*

Los niveles de ansiedad de las pacientes con endometriosis fueron evaluados mediante la versión española de la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, State-Trait Anxiety Inventory) formulado en 1970 por Spielberger. Utilizado para medir la ansiedad como estado (transitoria) y ansiedad como rasgo (propensión). Consta de 40 ítems dividida en dos subescalas de 20 ítems cada una. La puntuación global oscila de 20 a 80 puntos. Dividida en ansiedad baja (20-39), ansiedad moderada (40-59) y ansiedad alta (60-80). La consistencia interna y la fiabilidad

es alta con un α de Cronbach > 0.81 , lo que le confiere ser un instrumento seguro para medir la ansiedad en diferentes contextos.

- *Calidad del Sueño*

La calidad del sueño se evaluó mediante el cuestionario Índice de Severidad del Insomnio (ISI, Insomnia Severity Index). Diseñado para estudiar la severidad del insomnio y su impacto en la calidad de vida. Consta de 7 ítems para medir desde la dificultad de conciliar el sueño hasta como interfiere en su funcionamiento diario. Tiene una puntuación global de 0 a 28 puntos, cuya interpretación va desde insomnio sin relevancia clínica (0-7), insomnio leve (8-14), insomnio moderado (15-21) e insomnio severo (22-28). Tiene una alta consistencia interna con un α de Cronbach > 0.90 por lo que es una herramienta fiable para su uso.

5. Evaluación de actividades diarias

- *Capacidad Laboral*

La endometriosis afecta a todas las esferas de la paciente afecta por esta enfermedad. La capacidad de realizar el trabajo diario es una de ellas, en nuestra tesis la evaluamos mediante la escala Deterior de la Productividad en el Trabajo (Work Productivity Impairment, WPAI). Evalúa el impacto del dolor en la capacidad de una persona para desempeñar su trabajo diario. Estudia como puede afectar a la productividad en términos de ausentismo (falta de asistencia) y presentismo (disminución de la eficiencia durante su jornada laboral) así como también puede afectar el dolor a las actividades diarias fuera del trabajo. Consta de 6 ítems para medir y su puntuación puede variar de 0% a 100%. Donde se categoriza en baja pérdida de productividad (0-10%), impacto moderado (11-50%) e impacto significativo o severo (51-100%). Presenta un α de Cronbach del 0.80 por lo que indica una alta fiabilidad y consistencia interna.

El proyecto de investigación fue llevado a cabo siguiendo los principios de la

Declaración de Helsinki y la ley de investigación biomédica 14/2007, aprobado por el Comité de Ética dicho hospital.

RESULTADOS

1. ANÁLISIS DE LA SERIE

1. Características demográficas

Un total de 846 pacientes diagnosticadas de endometriosis participaron en nuestro estudio que se llevo a cabo desde octubre del 2020 hasta abril del 2022. Se recogieron variables sociodemográficas para caracterizar nuestra muestra como son el estado civil y el nivel educativo de las pacientes. En los datos recogidos la mayoría de nuestra muestra se encontraba casada o en pareja (71%) frente a una proporción menor que estaba soltera (21%), el resto de las pacientes eran viudas (4,4%) o divorciadas (3,7%). Por otro lado, en cuanto al nivel de estudios la gran mayoría presentaba estudios universitarios (45,8%), seguidas en frecuencia de educación secundaria (39,8%) y educación primaria en menor proporción (13,2%), únicamente el 1,2% de las pacientes no presentaba ningún tipo de estudio.

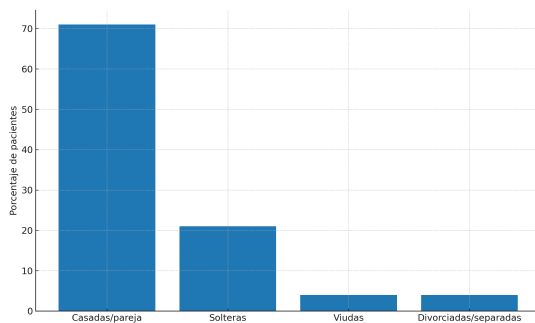


Gráfico 1. Estado civil

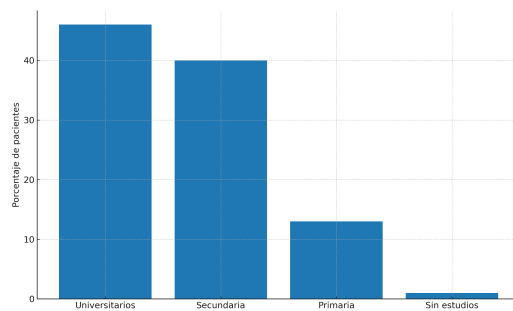


Gráfico 2. Nivel educativo

En relación al conocimiento de la enfermedad, la mayoría de ellas sabían lo que significaba la endometriosis (91,7%) frente a un pequeño grupo que lo desconocían (8,3%). Como parte del análisis de hábitos de vida, analizamos el consumo de alcohol y tabaco. Observamos que el 22,8% de las pacientes eran fumadoras habituales mientras que el 35% consumían alcohol de manera social

o esporádica. Fueron recogidos datos de la práctica de ejercicio físico regular, considerada aquella que se realiza al menos tres veces a la semana y con una duración igual o mayor a 30 minutos, el 56,3% realizaban una práctica regular frente al 43,7% que no lo hacía habitualmente.

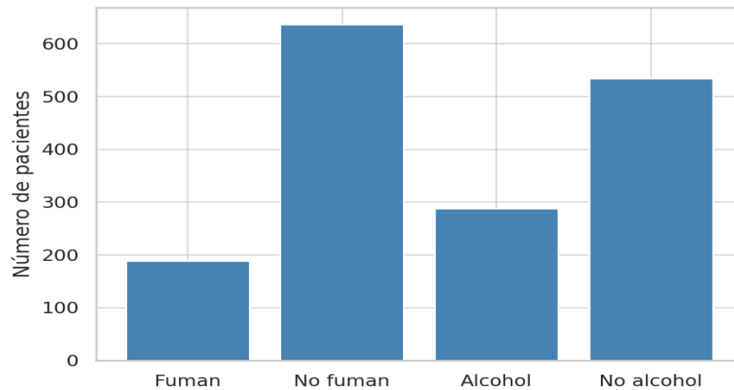


Gráfico 3. Distribución de hábitos tóxicos en las pacientes.

2. Antecedentes médicos y ginecológicos

a) Antecedentes familiares

El 14,2% de las pacientes refería que su madre o hermana habían sido diagnosticadas de endometriosis, y el 17% señalaba antecedentes familiares en tías, primas o abuelas con endometriosis. En relación a este aspecto, la diferencia en años desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, en pacientes con antecedentes familiares, fue de 6,22 años frente a 6,17 años en pacientes sin antecedentes; por lo que no se encontró diferencias significativas.

b) Antecedentes personales

Se analizaron en nuestras pacientes la presencia de enfermedades asociadas. Entre ellas destacaron: depresión y/o ansiedad (59,6%), trastornos intestinales (9,6%), enfermedades tiroideas (7,4%),

enfermedades autoinmunes (6,8%), asma (6%), fibromialgia (2,2%). Se recogieron datos sobre otras enfermedades menos frecuentes (atopia cutánea, vulvodinia crónica, celiaquía, etc.) que representaban el 8,4%.

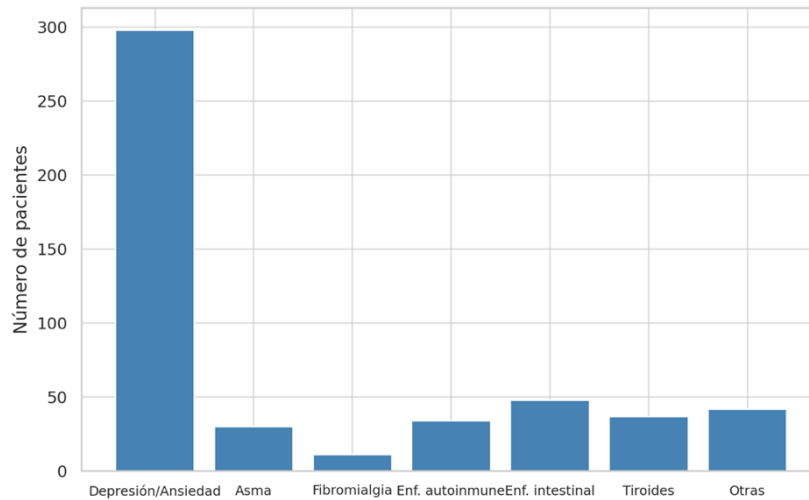


Gráfico 4. Distribución del número de pacientes según las enfermedades asociadas reportadas

c) Antecedentes obstétricos

Respecto a los antecedentes obstétricos el 57,6% había estado embarazada alguna vez frente al 43,7% que no lo había estado. La mayoría de las pacientes ha tenido uno (42,9%) o dos embarazos (38,4%), un menor número había tenido tres o más embarazos (19,6%). Entre las pacientes que referían no haber estado embarazadas analizamos cuantas de ellas habían intentado concebir en algún momento (42,6%) frente a las que no (57,4%). De las pacientes que habían intentado gestación (42,6%) se recogieron datos de si habían recurrido a técnicas de reproducción, el 24,3% sí lo había hecho y el 75,6% no habían recurrido a estos tratamientos.

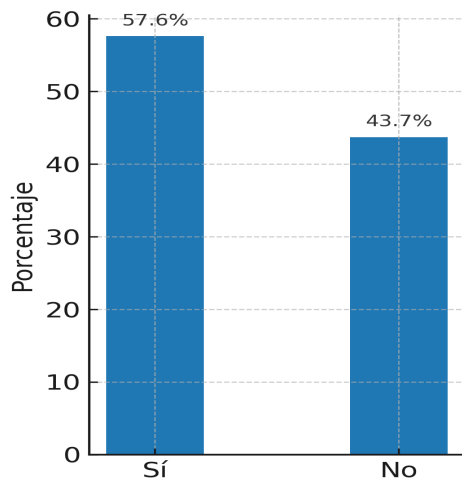


Gráfico 5. Antecedente de gestación

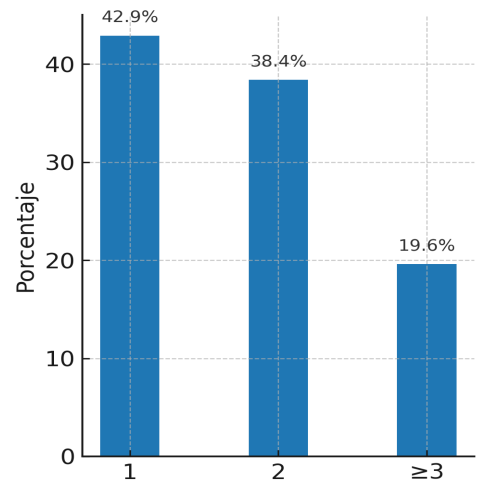


Gráfico 6. Número de gestaciones

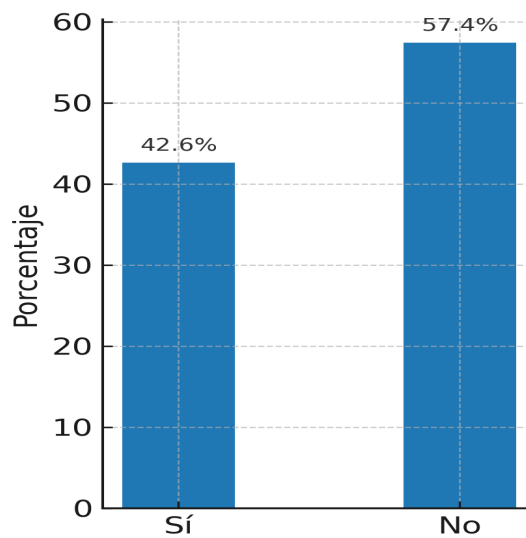


Gráfico 7. Búsqueda de gestación

d) Historia personal de la enfermedad

En nuestra muestra se analizaron los datos sobre la historia clínica de la endometriosis en las pacientes que incluyeron diferentes variables como edad de inicio de síntomas y edad media del diagnóstico. Los resultados

obtenidos aportaron una edad media de inicio de los síntomas de la endometriosis en torno a 25,7 años ($\pm 9,6$). Las pacientes acudieron por primera vez al médico debido los síntomas a los 28,6 años ($\pm 9,1$). Siendo la edad media del diagnóstico de 31,6 años ($\pm 8,2$). El retraso medio en alcanzar el diagnóstico se situaba en 5,9 años ($\pm 12,6$). El 48% de las pacientes tuvo que acudir a diferentes especialistas ante de recibir el diagnóstico de la enfermedad, con una media de 2,8 especialistas consultados.

Variable	Media ($\pm$DE)
<i>Edad inicio síntomas</i>	25,7 $\pm$ 9,6
<i>Edad 1º consulta médica</i>	28,6 $\pm$ 9,1
<i>Edad diagnóstico</i>	31,6 $\pm$ 8,2
<i>Retraso medio diagnóstico (años)</i>	5,9 $\pm$ 12,6

Tabla 3. Variables clínicas de las pacientes con endometriosis

3. Características clínicas

a) Menstruación

El rango de edad de la menarquia en nuestras pacientes oscilaba entre 11-13 años con una media de edad de 12,2 años ($\pm 1,6$). La duración media de la menstruación era de 5,6 días ($\pm 2,4$). Un 57% de las pacientes refería tener reglas abundantes y un 31,5% presentaba sangrados intermenstruales.

b) Síntomas del espectro del dolor

En relación a los síntomas de la endometriosis, analizamos la presencia del dolor referido por las pacientes en sus diferentes formas de presentación. Así valoraron la intensidad del dolor mediante la Escala Visual Analógica (EVA) con un rango de 0 a 10. La percepción del dolor se dividía entre 0 (no dolor) 1-3 (leve) 3-7 (moderado) y >7 (intenso). Por frecuencia, los síntomas que

referían habían sido: **distensión abdominal** considerada como una sensación subjetiva por parte de las pacientes que afectaba al 85,3%, **dismenorrea** en un 79,8%, **DPC** en el 66,9%, **dispareunia** en el 53,7%, **disquecia** en un 44% y **dolor durante la micción** en el 22,7%.

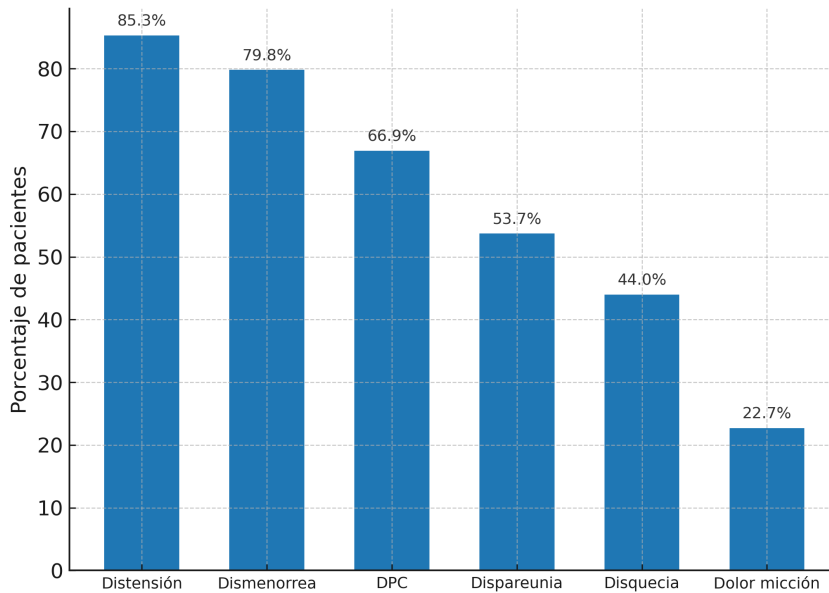


Gráfico 8. Distribución de la sintomatología en las pacientes

Analizando los síntomas individualmente obtenemos:

- *Dismenorrea*, el síntoma más frecuente que refirieron las pacientes. La intensidad media del dolor fue de 7,3 puntos en la escala EVA.

	N	%
1-3	55	8,6
4-6	118	18,4
>7	459	71,6

Tabla 4. Intensidad de la dismenorrea según escala EVA

- *Dolor pélvico crónico*, la puntuación media recogida era de 6,4 en la escala EVA

	N	%
1-3	57	10,8
4-6	146	28
>7	521	59,3

Tabla 5. Intensidad del DPC según escala EVA

- *Dispareunia*, la intensidad media que fue referida por las pacientes fue de 5,8. El 56,8% señalaba una menor frecuencia de las relaciones sexuales como consecuencia directa del dolor.

	N	%
1-3	83	17,5
4-6	141	29,7
>7	226	47,7

Tabla 6. Intensidad de la dispareunia según escala EVA

- *Disquecia*, las pacientes mostraron una puntuación media de 5,4. Se analizó si durante la menstruación el dolor era más agudo e intenso, encontrando que el 69,5% de las que referían presentar disquecia aumentaba de intensidad el dolor durante la regla.

	N	%
1-3	75	19,7
4-6	123	32,4
>7	158	41,6

Tabla 7. Intensidad de la disquecia según escala EVA

- *Dolor a la micción*, la intensidad que mostraron las pacientes obtuvo una puntuación de 4,3. En este grupo de pacientes también observamos un aumento de la intensidad del dolor en la micción durante la regla, el 52,9% refería aumento de la intensidad cuando tenían la menstruación.

	N	%
1-3	61	25,1
4-6	66	27,2
>7	71	29,2

Tabla 8. Intensidad del dolor a la micción según escala EVA

El dolor asociado a la endometriosis dificultaba que el 47,3% llevaran una vida normal interfiriendo en actividades cotidianas como trabajar, estudiar, realizar ejercicio físico o sus actividades sociales. Esta afectación se reflejaba tanto en mujeres trabajadoras, el 31,4% referían haber faltado al trabajo por el dolor como en las mujeres estudiantes, el 38,4% tuvo que ausentarse en algún momento de sus clases o estudios por el mismo motivo. Además, el 56,1% tuvo que acudir a urgencias por algún episodio de dolor severo.

4. Tratamiento

En cuanto al abordaje terapéutico, el 78,6% refirieron estar tomando tratamiento farmacológico para la endometriosis. Los tratamientos más utilizados fueron los anticonceptivos hormonales (73,6%), el DIU hormonal (LNG) (8,2%), los gestágenos (7,3%), AINES (6,9%) y análogos de la GnRH (4%).

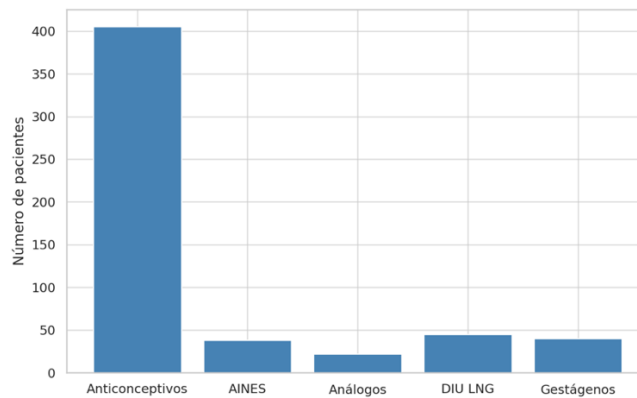


Gráfico 9: Distribución del número de pacientes según el tratamiento farmacológico

El dolor mejoraba con el tratamiento en un 73,5% de las pacientes mientras que el 26,5% no experimentaba mejoría. A pesar del tratamiento, el 31,5% de las pacientes refirieron haber tenido que ir urgencias porque el dolor no cesaba. El 36,5% había requerido ingreso hospitalario debido a los síntomas de la enfermedad. Un 43% de las pacientes habían tenido que ser intervenidas quirúrgicamente por la enfermedad frente a un 56% que no lo había precisado.

5. Acontecimientos vitales

Los acontecimientos vitales adversos como pérdida de un familiar inesperado, abuso físico, maltrato físico o psicológico o violencia intrafamiliar fue reportado en un número considerable de pacientes que fueron recogidas en este cuestionario. El 50,2% había experimentado la pérdida de un ser querido, un 28,4% habían sufrido abuso, maltrato o violencia, el 14,7% habían abusado del consumo de drogas y el 6,6% habían sufrido fracaso escolar.

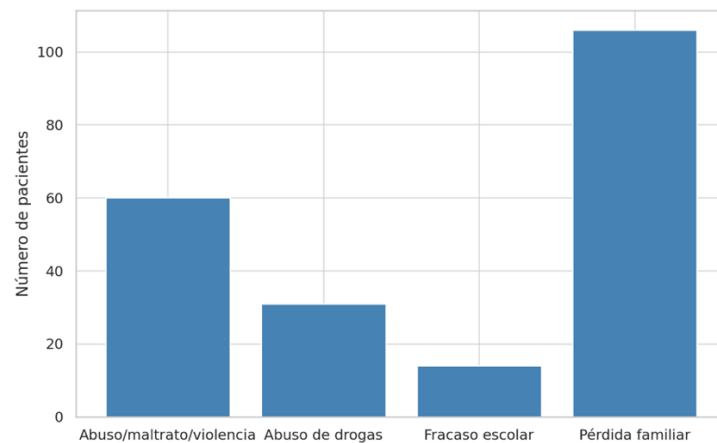


Gráfico 10. Distribución de acontecimientos vitales adversos

2. CALIDAD DE VIDA

1. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con endometriosis

Los resultados obtenidos de calidad de vida de las pacientes con endometriosis mostraron una puntuación media en el **Componente físico global (PCS)** de 46,6 ($\pm 11,4$), mientras que en el **Componente mental global (MCS)** se obtuvo una puntuación de 42,0 ($\pm 11,1$). Con respecto a las dimensiones analizadas, los resultados analizados son:

- **Funcionamiento físico.** Presentaba una media de 73,7 ($\pm 33,3$). En general, la mayoría de las pacientes refirieron un buen funcionamiento físico para actividades cotidianas.
- **Rol físico.** Se obtuvo una media de 66,2 ($\pm 29,7$). Una parte de las pacientes refería experimentar cierta interferencia para el desempeño de sus actividades diarias debido a limitaciones físicas.
- **Dolor corporal.** Los resultados aportaron una media de 66,7 ($\pm 25,9$). Este dato situaba el dolor en un nivel intermedio lo que indicaba un impacto moderado.
- **Salud general.** Presentaba una media de 53,8 ($\pm 25,6$). Reflejaban una percepción global de la salud, por parte de las pacientes, de moderada a baja.

La desviación típica sugería una distribución heterogénea, donde una importante parte de las pacientes consideraba que su salud era deficiente o estaba deteriorada.

- **Vitalidad.** Obtuvimos una media de 51,1 ($\pm 25,7$). Estos resultados sugirieron que los niveles de energía referidos por las pacientes eran moderados, sin una tendencia clara hacia la fatiga ni hacia alta vitalidad.
- **Funcionamiento social.** Mostraba una media de 63,7 ($\pm 29,5$). Estos datos nos mostraban una afectación moderada de la vida social de las pacientes como consecuencia de los problemas de salud, aunque presentaban una alta variabilidad entre las pacientes (unas tenían una vida social activa frente a otras que referían limitaciones importantes como consecuencia de su estado de salud)
- **Rol emocional.** Presentaba una media de 63,6 ($\pm 29,6$). Con estos resultados observamos que los síntomas emocionales afectaban de manera moderada la vida de las pacientes. Mientras que a unas pacientes sus emociones no interfieren en su funcionamiento habitual, existe un subgrupo de pacientes relevante que referían una interferencia emocional significativa.
- **Salud mental.** Se obtuvo una media de 55,7 ($\pm 22,9$). Estos resultados aportaban datos de un estado emocional de las pacientes moderadamente positivo, aunque una parte importante de ellas presentaba signos de afectación psicológica como ansiedad o bajo estado del ánimo.

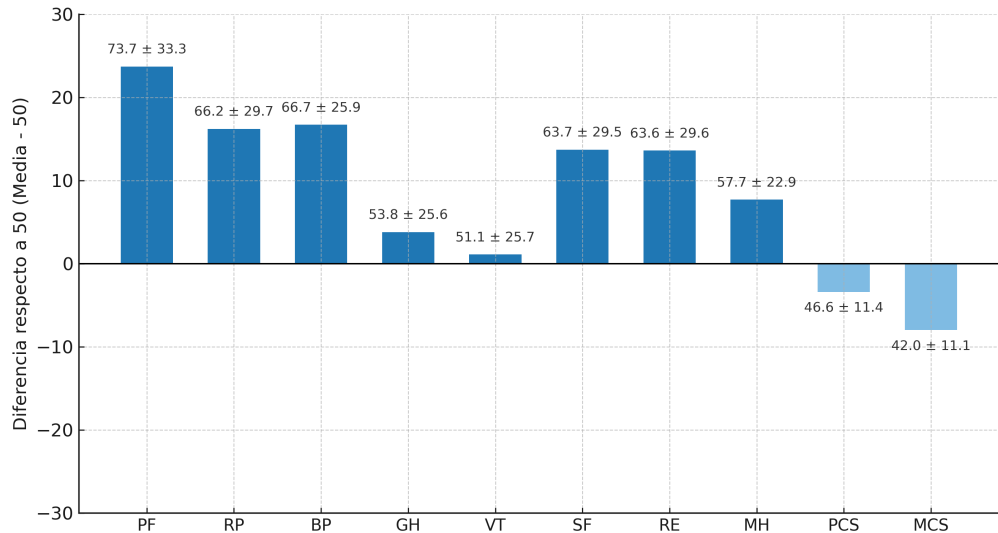


Gráfico 11. Dimensiones de calidad de vida respecto al valor de referencia

2. Factores relacionados con la calidad de vida

Posteriormente, se evaluamos la influencia de determinadas variables como hábitos de vida o presentaciones clínicas que podían afectar a la calidad de vida de las pacientes (escala SF-12).

- Hábitos tóxicos.** Las pacientes fumadoras presentaron puntuaciones inferiores en el rol físico ($p=0,047$), dolor corporal ($p=0,021$) y componente físico global ($p=0,028$). Además se encontró una tendencia a una percepción peor de la salud general por parte de las fumadoras ($p=0,054$). Por otro lado, las pacientes que consumían alcohol de manera esporádica o social presentaban resultados superiores en todas las esferas salvo en vitalidad, siendo significativas esas diferencias en el rol funcional ($p=0,003$) y social ($p=0,027$), la percepción de la salud general ($p=0,003$) y el PCS ($p=0,004$). Los resultados obtenidos en el apartado de actividad física mostraron que las pacientes que lo practicaban de manera regular presentaban puntuaciones significativamente superiores en todos los dominios del SF-12 respecto a las que no lo hacían y en todos los casos la diferencia es estadísticamente significativa.

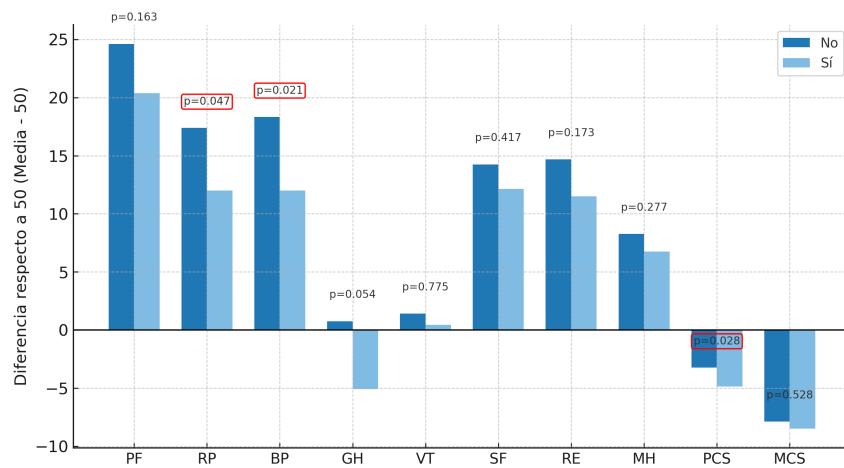


Gráfico 12. Resultados escala SF-12 en relación al consumo de tabaco

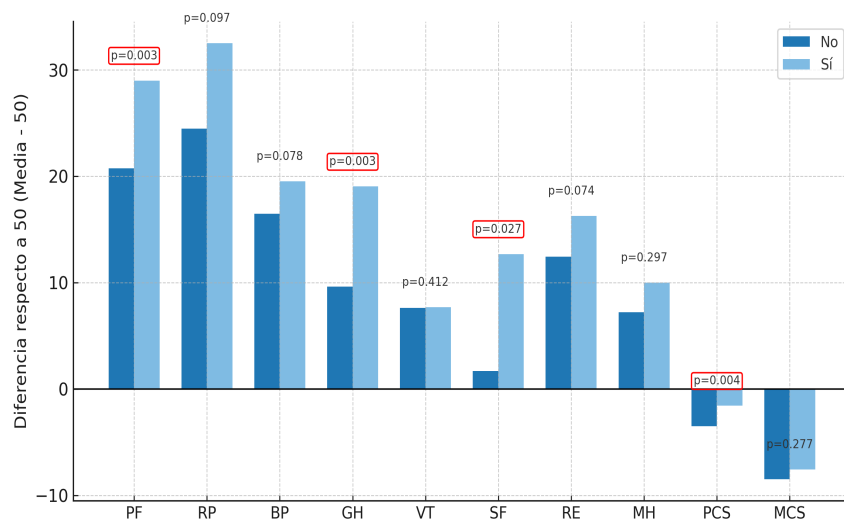


Gráfico 13. Resultados escala SF-12 en relación al consumo de alcohol

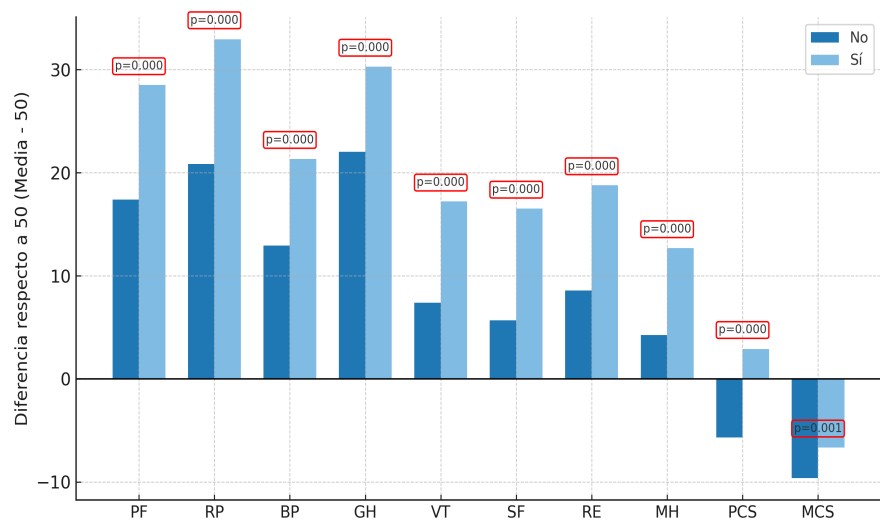


Gráfico 14. Resultados escala SF-12 en relación a la actividad física

- Historia clínica.** Se analizó si las pacientes que tuvieron su primera regla por debajo de los 12 años presentaban una peor calidad de vida, no encontrando correlaciones significativas. Así mismo, estudiamos si tanto el inicio precoz de los síntomas (por debajo de los 25 años) y un diagnóstico tardío de la enfermedad (por encima de los 31 años) afectaba a la calidad de vida de nuestras pacientes, no encontrando relación estadísticamente significativa. Una de las variables analizadas era cómo podría haber afectado a la calidad de vida de las pacientes el tener que haber consultado a diferentes especialistas médicos antes de recibir el diagnóstico de endometriosis. En nuestra muestra, todas las pacientes que tuvieron que acudir a varios especialistas obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores en todos los dominios.

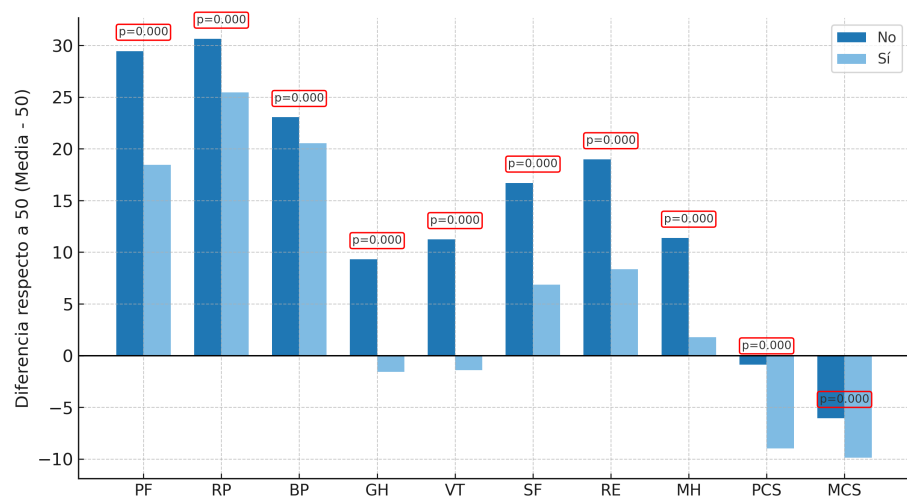


Gráfico 15. Resultados escala SF-12 en relación a consultar a diferentes especialistas

- Menstruación.** En el caso de la duración de la regla, aquellas que referían un sangrado menstrual mayor de 5 días presentaban peores puntuaciones con respecto a las que su duración era de 5 o menos días en todos los dominios, observando diferencias estadísticamente significativas menos en el dominio de vitalidad ($p=0,061$). Las pacientes que referían reglas abundantes mostraban peores resultados en los dominios físicos, en cambio no observamos diferencias en los dominios mentales con respecto a las pacientes que no referían reglas abundantes.

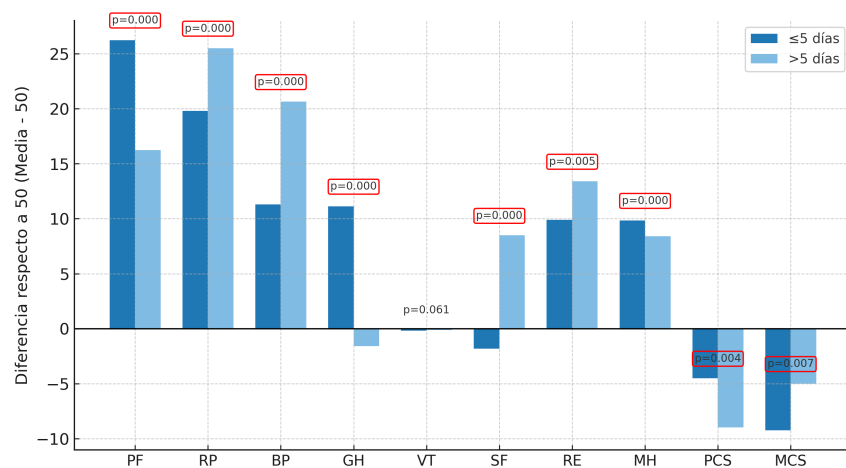


Gráfico 16. Resultados escala SF-12 según la duración de la menstruación

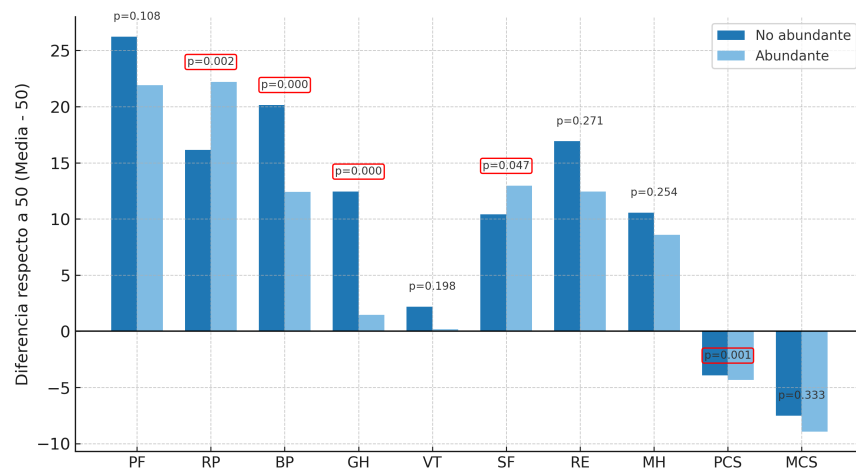


Gráfico 17. Resultados escala SF-12 según sangrado menstrual abundante

3. Sintomatología asociada a endometriosis.

- *Dismenorrea*, se observa en los resultados un patrón claro, las pacientes con dolor menstrual presentaban una puntuación significativamente peor en todos los dominios del SF-12 ($p < 0,001$). Se analizaron los resultados de las pacientes que valoraban el dolor menstrual según la escala EVA dividiendo la puntuación en > 5 o < 5 , aquellas pacientes que clasificaban el dolor > 5 presentaban puntuaciones significativamente inferiores en todos los dominios ($p < 0,001$).

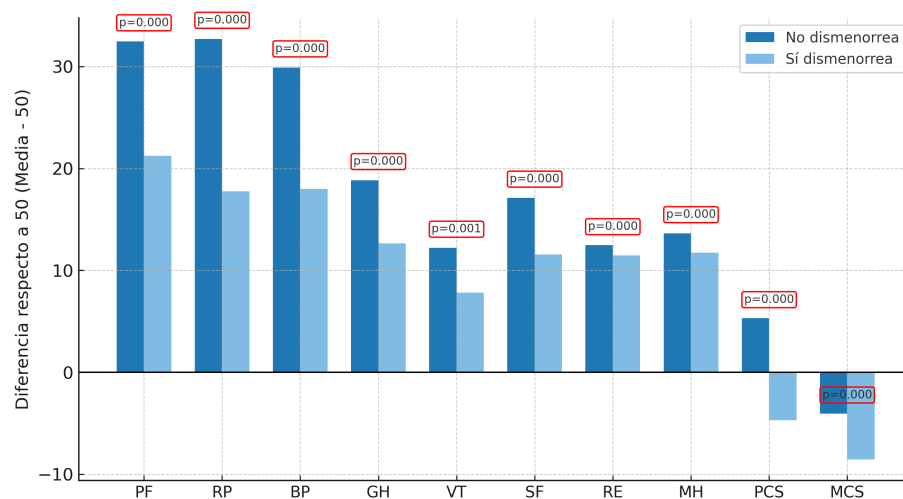


Gráfico 18. Resultados de la escala SF-12 en relación a la dismenorrea

- Dolor pélvico crónico*, en este caso también se mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes que refirieron en la escala EVA un dolor moderado frente a las que no ($p < 0,001$). Los resultados observados en cuanto a la severidad de la sintomatología y la afectación de la calidad de vida medida mediante la escala SF-12 demostraron unos peores resultados en todos los dominios de forma significativa.

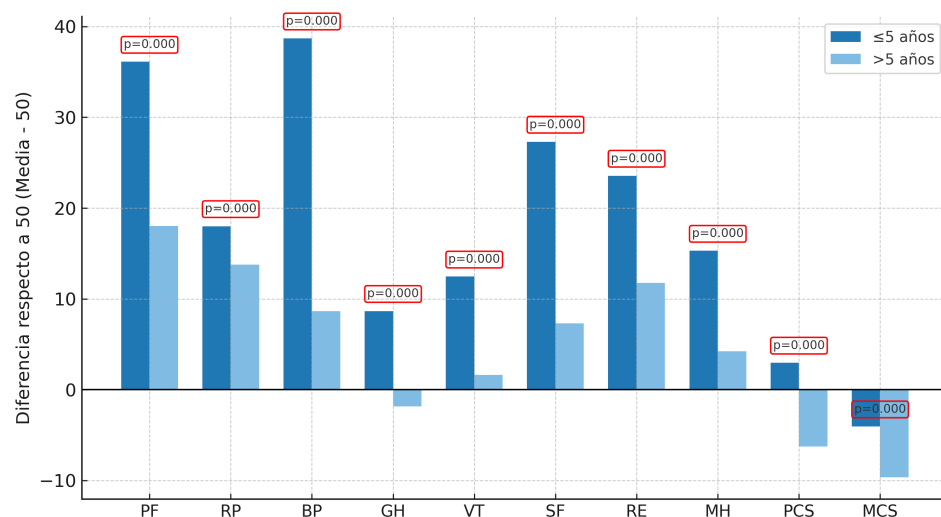


Gráfico 19. Resultados de la escala SF-12 en relación al DPC

- *Dispareunia*, observamos peores resultados en aquellas pacientes que presentaban una puntuación EVA>5 con respecto a las que clasificaban el dolor durante las relaciones con EVA<5, los resultados eran estadísticamente significativos ($p<0,002$) mostraba una asociación de forma consistente con la intensidad del dolor.

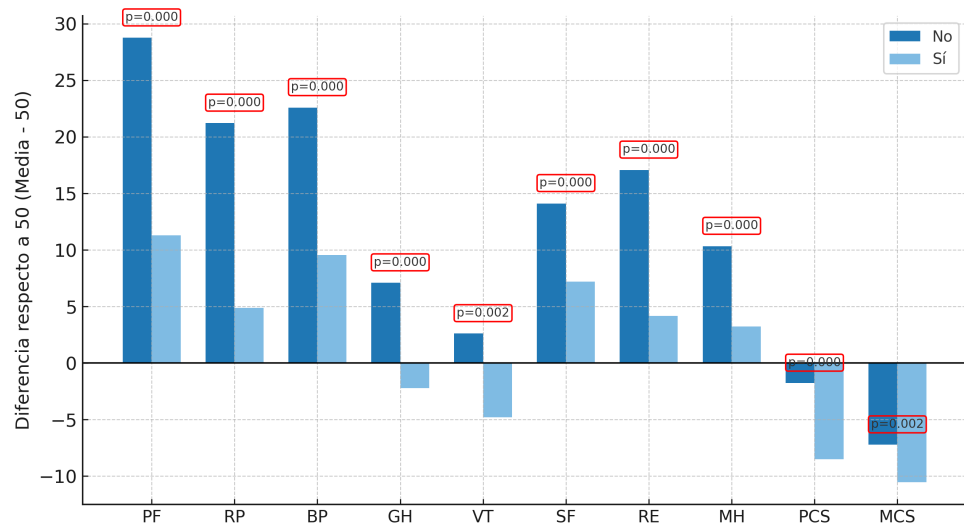


Gráfico 20. Resultados escala SF-12 en relación a la dispareunia

- *Disquecia*, al igual que el anterior síntoma las pacientes presentaban una puntuación significativamente peor en todos los dominios ($p<0,001$), así estas puntuaciones se mantenían bajas en todos los dominios cuando las pacientes presentaban dolor a la defecación durante la regla.

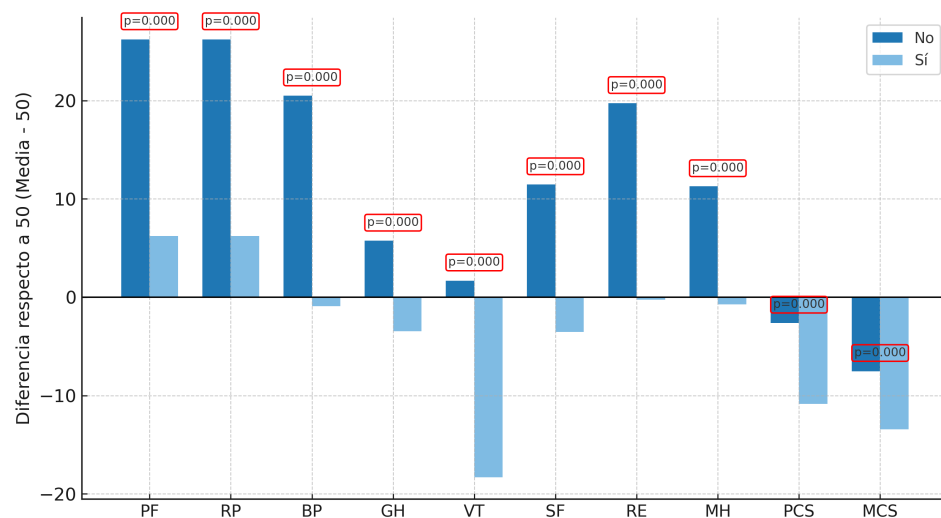


Gráfico 21. Resultados escala SF-12 en relación a la disquecia

- *Dolor a la micción*, al igual que el punto anterior se obtuvieron peores resultados en aquellas que presentaban un EVA>5. Las diferencias eran estadísticamente significativas ($p<0,05$) en casi todos los dominios lo que nos indicaba nuevamente que las diferencias no eran debidas al azar.

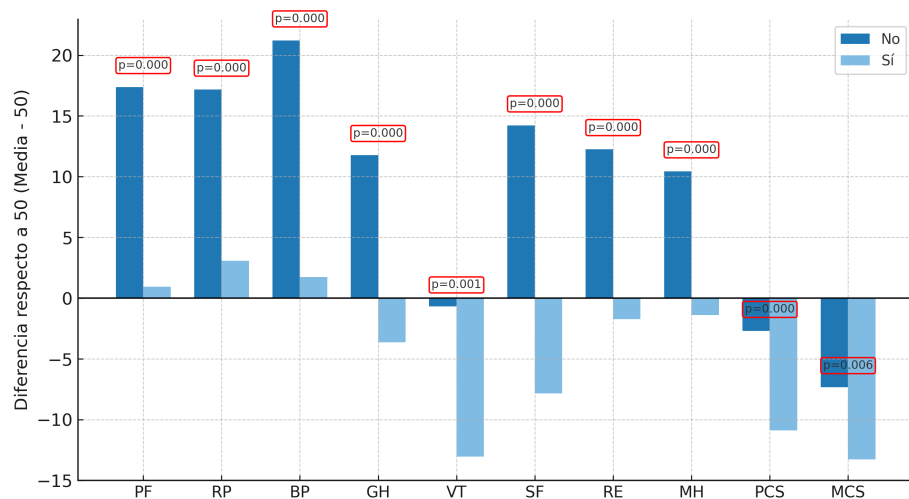


Gráfico 22. Resultados de la escala SF-12 en relación con el dolor a la micción

- *Impacto funcional y social*, evaluamos si el dolor les impedía llevar una “vida normal” y si esta situación provocaba una disminución en su calidad de vida comparándolas con aquellas a las que el dolor no les afectaba. En este caso

las pacientes que presentaban una afectación de su vida diaria por el dolor presentaban puntuaciones más bajas en todos los dominios del SF-12, mostrando diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$).

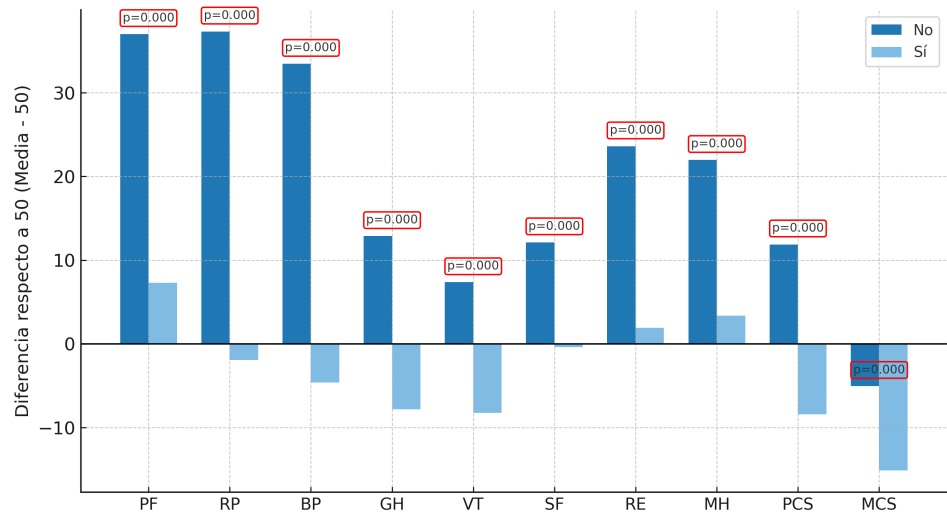


Gráfico 23. Resultados de la escala SF-12 en relación a la intensidad del dolor

Así mismo, estudiamos si aquellas pacientes que debido al dolor habían faltado al trabajo o en el caso de estudiantes a clase presentaban una peor calidad de vida con respecto a las que no lo habían precisado, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$) con peores puntuaciones en aquellas que habían tenido que faltar. En determinadas ocasiones las pacientes habían tenido que acudir a urgencias debido al dolor, pudimos observar que aquellas que lo habían necesitado tenían peores puntuaciones en los dominios del SF-12 con respecto a las que no lo habían precisado ($p<0,001$).

4. Tratamiento

En cuanto al tratamiento médico se analizó si las pacientes que recibían tratamiento para el dolor obtenían mejores resultados en su calidad de vida con respecto a las que no tomaban ninguno. No observamos diferencias significativas en ninguna de las

dimensiones analizadas, tampoco encontramos en el PCS y MCS respectivamente. No se encontraron cambios significativos en la calidad de vida de las pacientes con tratamiento.

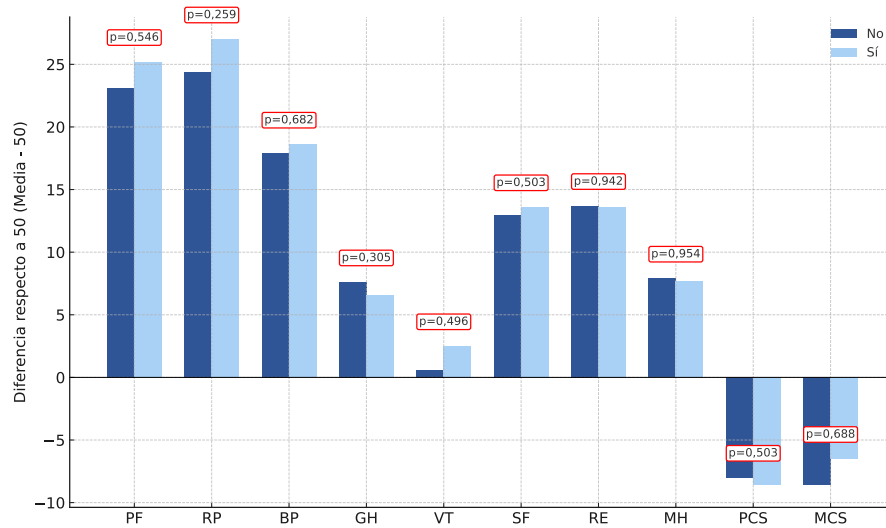


Gráfico 24. Resultados de la escala SF-12 en relación al tratamiento médico

En las pacientes que refirieron mejoría del dolor con el tratamiento mostraron mejores resultados en prácticamente todos los dominios, tanto físicos como mentales. Únicamente, en el MCS se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

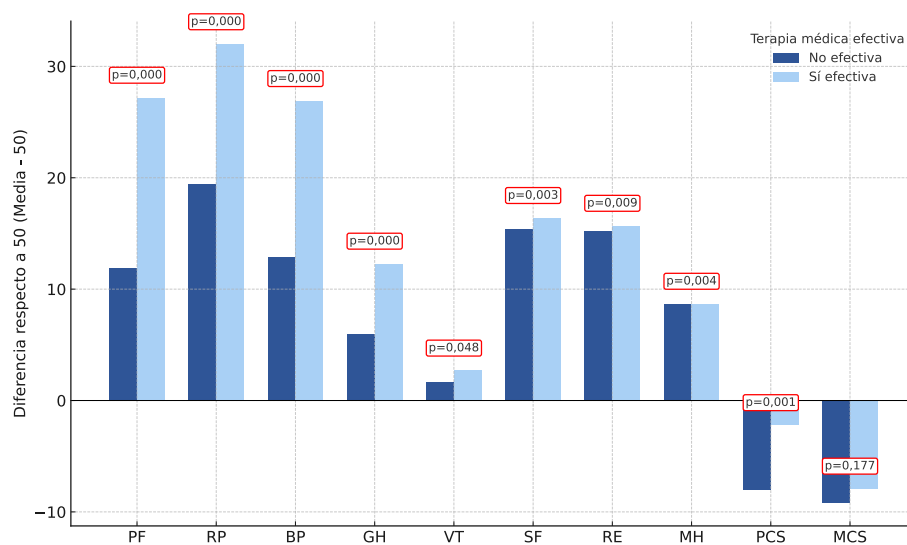


Gráfico 25. Resultados de la escala SF-12 en relación al tratamiento médico y mejoría clínica

En nuestra muestra se estudió si las pacientes habían requerido ingreso hospitalario a consecuencia de la enfermedad. Se observó que aquellas que precisaron ingreso presentaban peor calidad de vida en comparación con las que no, obtuvieron unas puntuaciones más bajas en la mayoría de los dominios, estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

5. Comorbilidades

Las pacientes con endometriosis suelen presentar *enfermedades asociadas*. Se estudió si las pacientes que presentaban alguna enfermedad presentaban peor calidad de vida que las que no referían.

- *Depresión/ansiedad*, presentaban puntuaciones bajas en casi todos los dominios rol emocional, vitalidad, funcionamiento físico y social. En el dominio salud mental se obtuvo una puntuación inferior a la media del resto de enfermedades asociadas.
- *Asma*, puntuaciones en la esfera física algo más bajas que la media global pero presentando un menor impacto en la esfera mental.
- *Fibromialgia*, se encontró afectación notable de los dominios de la esfera física con peores resultados (funcionamiento físico, rol físico, dolor, vitalidad y salud general) con diferencias estadísticamente significativas. El MCS también mostraba afectación pero de una forma más moderada que el físico.
- *Enfermedades autoinmunes*, en este grupo de pacientes se observó una afectación principalmente física (funcionamiento físico, rol físico y dolor) mientras que el dominio mental se encontraba levemente afectado.
- *Enfermedad intestinal*, en este caso las pacientes que presentaban esta comorbilidad presentaban una afectación física y mental moderada, pero mejor que la puntuación que encontramos en las pacientes con fibromialgia y depresión/ansiedad.

- *Enfermedades tiroideas*, en este grupo de pacientes encontramos un menor impacto en la calidad de vida tanto en la esfera física como la mental.
- *Otras enfermedades* (atopia cutánea, vulvodinia crónica, celiaquía, etc.), presentaban cierto deterioro en el dominio físico, en cambio en la esfera mental y social el impacto era menor si lo comparamos con los resultados obtenidos en comorbilidades como la fibromialgia o la depresión/ansiedad.

La presencia de enfermedades asociadas en pacientes con endometriosis se encontraba relacionada de forma significativa con un deterioro en la calidad de vida medida mediante la escala SF-12.

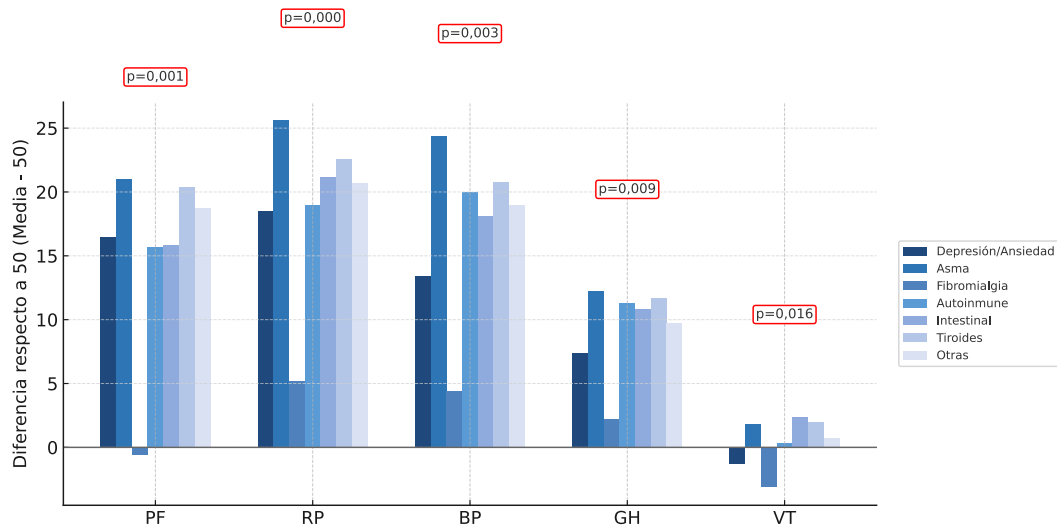


Gráfico 26. Resultados de la escala SF-12 en relación con enfermedades asociadas I

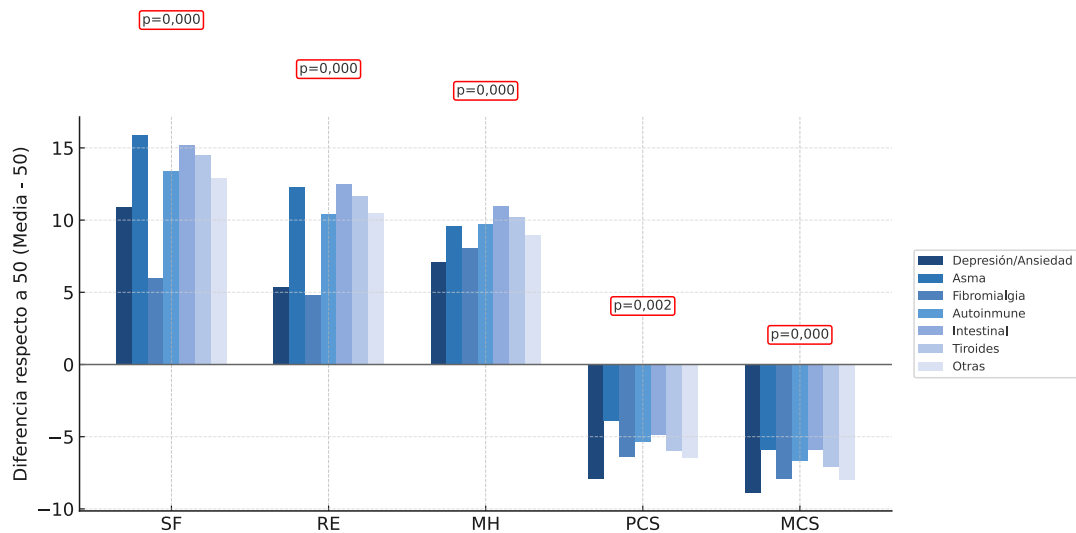


Gráfico 27. Resultados de la escala SF-12 en relación con enfermedades asociadas II

6. Acontecimientos vitales adversos

En algunas pacientes con endometriosis se encontró asociación con la presencia de *acontecimientos vitales adversos* (abuso, maltrato, violencia, abuso de drogas, etc.). En nuestra muestra se analizó si aquellas que presentaron algún tipo de acontecimiento mostraban peores resultados en su calidad de vida.

Se observó que las pacientes que referían haber sufrido algún tipo de maltrato, abuso o violencia presentaban peores resultados en la mayoría de los dominios, aunque su impacto se encontraba de manera desigual en cada uno de ellos. El abuso de drogas era el factor más perjudicial para la salud física, esto se reflejaba en el PCS. El fracaso escolar mostraba una asociación con mayor deterioro en la esfera social. Los acontecimientos relacionados con abuso de drogas y fracaso escolar fueron los que mostraron mayor afectación a la calidad de vida.

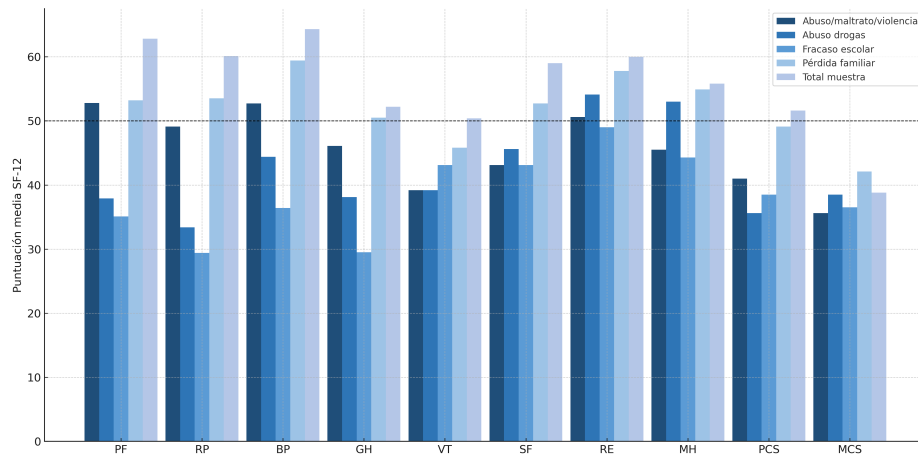


Gráfico 28. Resultados de la escala SF-12 en relación con acontecimientos vitales adversos

3. ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD, CALIDAD DEL SUEÑO Y DESEMPEÑO OCUPACIONAL Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

1. Depresión

En nuestra muestra, las pacientes con endometriosis fueron evaluadas mediante la **Escala de Depresión de Beck**, la presencia e intensidad de síntomas depresivos como consecuencia de la enfermedad. Según los resultados obtenidos, la puntuación media fue de 14,1 ($\pm 10,2$) con una mediana 12,0 lo que indica la presencia de síntomas depresivos de intensidad leve en la mayoría de las pacientes. No obstante, un 28,4% de las mismas presentaban sintomatología clasificada como moderada o severa.

Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Mínima	228	54.4
Leve	72	17.2
Moderada	79	18.9
Severa	40	9.5

Tabla 9. Distribución categorizada de la puntuación obtenida en la Escala de depresión de Beck.

Encontramos una correlación negativa y significativa de los resultados de la escala de Beck y los dominios de la escala SF-12. Esta asociación mostraba mayor intensidad en salud mental ($r=0,712$), rol emocional ($r=0,697$) y funcionamiento social ($r=0,660$), es decir, afectaba principalmente a la salud mental de las pacientes. También encontramos correlaciones relevantes en las dimensiones físicas como dolor corporal ($r=0,545$) o rol físico ($r=0,577$).

2. Ansiedad

Se evaluó los niveles de ansiedad que presentaban las pacientes mediante la **Escala de Ansiedad STAI**, la cual mide dos componentes de la ansiedad una referida a la situación actual de la paciente (estado) y otra la predisposición a experimentar la ansiedad por parte de la paciente (rasgo). Se obtuvieron resultados similares en ambas dimensiones. Las pacientes mostraban niveles de ansiedad moderados sin diferencias entre el componente de estado y el de rasgo.

Dimensión STAI	Media	Desv. típica	P50 (Mediana)
Ansiedad como estado	30,45	2,52	30
Ansiedad como rasgo	29,60	3,13	29

Tabla 10. Distribución categorizada de la puntuación obtenida en la Escala de ansiedad de STAI

Las pacientes con puntuación más elevadas en esta escala presentaban peores resultados en la escala SF-12. Analizando los datos, no encontramos asociación significativa entre la ansiedad como estado y la escala SF-12, no parecía afectar de manera clara a la calidad de vida. Por otro lado, en la ansiedad como rasgo mostraba correlaciones negativas con la calidad de vida, como en el dominio salud general ($r=0,172$), vitalidad ($r=0,119$) o rol social ($r=0,132$).

3. Calidad del sueño

En cuando a la valoración de la calidad del sueño de nuestras pacientes se dividió en diferentes grados de afectación. En la muestra presentaron una puntuación media de 9,5 ($\pm 6,1$) con una mediana de 9,0. El 57,5% de nuestras pacientes presentaban algún grado

de insomnio, desde subclínico hasta severo. Analizando los diferentes grados de insomnio el 36,3% presentaba una sintomatología subclínica, mientras que el 21,3% presentaban una alteración en la calidad del sueño que podría impactar en su calidad de vida.

Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin insomnio	320	42.5%
Insomnio subclínico	273	36.3%
Insomnio moderado	133	17.7%
Insomnio severo	27	3.6%

Tabla 11. Clasificación del insomnio en pacientes con endometriosis

El insomnio mostraba una correlación negativa y significativa con todos los dominios de la escala SF-12. Así, las pacientes con mayor afectación por el insomnio presentaban puntuaciones más bajas en todos los dominios evaluados.

4. Desempeño ocupacional y actividades diarias

En relación con el impacto de la enfermedad en el desempeño ocupacional y las actividades diarias, nuestras pacientes obtuvieron una puntuación media en el cuestionario WPAI de 4,9 ($\pm 15,3$) con una mediana de 0,0. Estos resultados obtenidos en fueron interpretados según los diferentes dominios:

- *Ausentismo laboral.* Las pacientes perdieron el 4,9% del tiempo laboral como consecuencia de su estado de salud.
- *Presentismo.* Los resultados obtenidos reportaron una reducción del 24,3% de su rendimiento laboral durante las horas que estuvieron en el trabajo a causa de la enfermedad.
- *Pérdida de productividad total.* En nuestras pacientes los resultados obtenidos nos informaron de una pérdida total del 23,9% de su productividad laboral.

- *Deterioro de las actividades.* Las pacientes evaluadas en este dominio vieron disminuida su capacidad para realizarlas en un 25,1%.

Dominio	Resultado
<i>Ausentismo laboral</i>	4,9%
<i>Presentismo</i>	24,3%
<i>Pérdida de productividad total</i>	23,9%
<i>Deterioro de las actividades</i>	25,1%

Tabla 12. Resultados escala WPAI en pacientes con endometriosis

Correlacionando los resultados de la escala WPAI con la escala SF-12 encontramos que aquellas pacientes que presentaban una mayor puntuación en la escala WPAI presentaban peores resultados de calidad de vida. Observamos correlaciones negativas significativas en todos los dominios de la escala SF-12.

4. CIRUGÍA Y CALIDAD DE VIDA

1. Características demográficas

Un total 36 pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente entre los años 2021 y 2022. La edad media de las pacientes fue de 41,1 ($\pm 4,9$) años. Recogimos, como en la muestra general, variables sociodemográficas como son el estado civil y el nivel de estudios. En cuanto al estado civil, el 80,6% de las pacientes estaba casada o en pareja, el 16,7% soltera y un 2,8% divorciada. Se analizó el nivel educativo de nuestra muestra encontrando que el 44,1% tenían estudios universitarios, el 38,2% habían finalizado la secundaria y el 17,6% primaria.

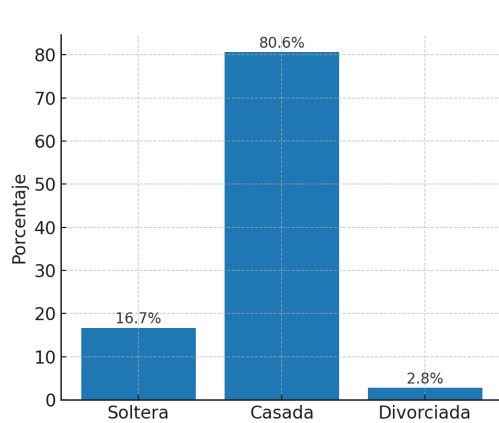


Gráfico 29. Estado civil

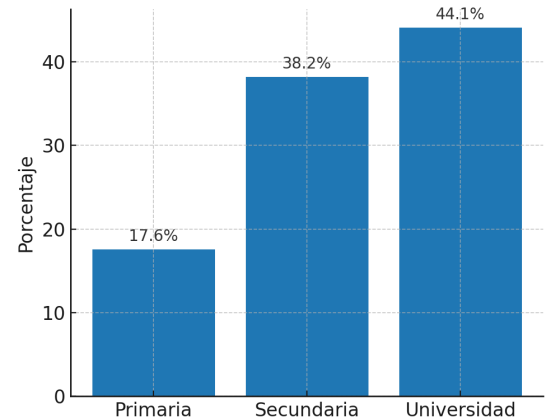


Gráfico 30. Nivel educativo

En este grupo, el 91,4% tenía conocimiento sobre lo que significaba la enfermedad. En cuanto a los hábitos tóxicos, la proporción mayor era de no fumadoras (80,6%) y no consumidoras de alcohol de manera habitual (63,9%). Las pacientes, en su mayoría, realizaban deporte de manera habitual (al menos 3 veces a la semana y durante 30 minutos o más) en un 58,3%.

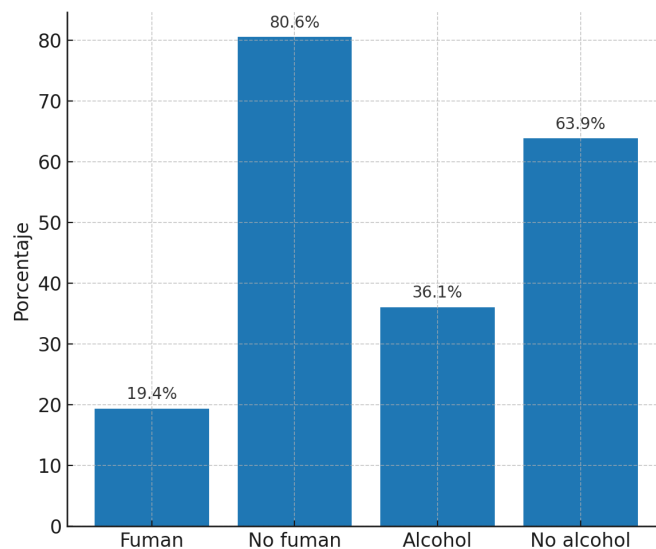


Gráfico 31. Distribución de los hábitos tóxicos de las pacientes

2. Antecedentes médicos y ginecológicos

a) Antecedentes familiares

Evaluamos la presencia de antecedentes familiares afectos de endometriosis. Encontramos que un 17,1% de las pacientes presentaban familiares de 1º grado afectas (madre o hermana) y un 9,4% otros familiares como abuelas, tías o primas.

b) Antecedentes personales

Se analizaron la presencia de enfermedades asociadas en las pacientes. Entre las que se encontraron fueron: depresión y/o ansiedad (77,3%), asma (9,1%), fibromialgia (2,8%), enfermedades tiroideas (2,8%) y otras enfermedades (atopia cutánea, vulvodinia crónica, celiaquía, etc.) en una proporción del 4,5%.

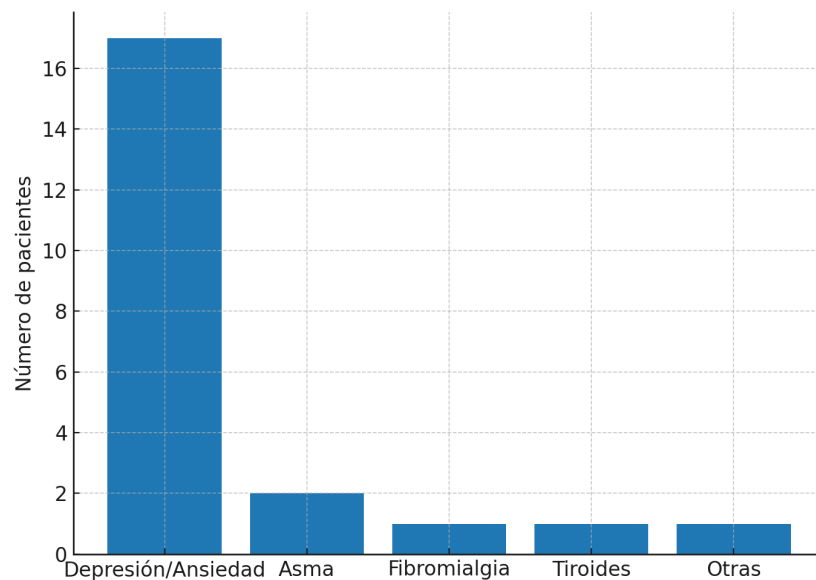


Gráfico 32. Distribución del número de pacientes según las enfermedades asociadas reportadas

c) Antecedentes Obstétricos

El 52,8% habían estado embarazadas en algún momento frente al 47,2% que no lo había estado. Entre las pacientes que sí habían estado embarazadas el 55,6% tenían un hijo, el 27,8% dos hijos y el 16,7% tres o más. En el grupo de las pacientes que

no habían estado embarazadas cabe destacar que el 52,4% habían buscado gestación frente al 47,6% que no lo había hecho.

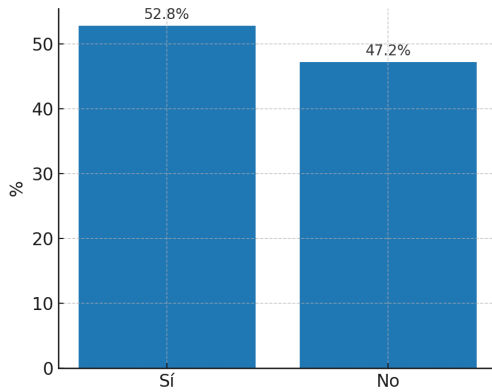


Gráfico 33. Antecedente de gestación

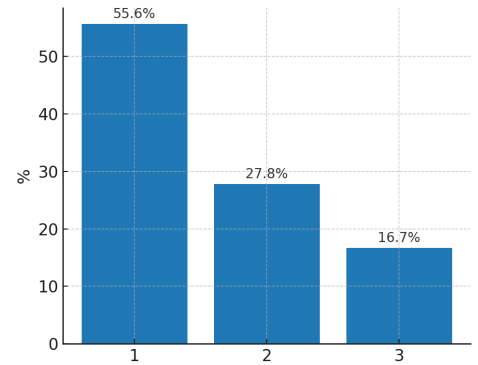


Gráfico 34. Número de gestaciones

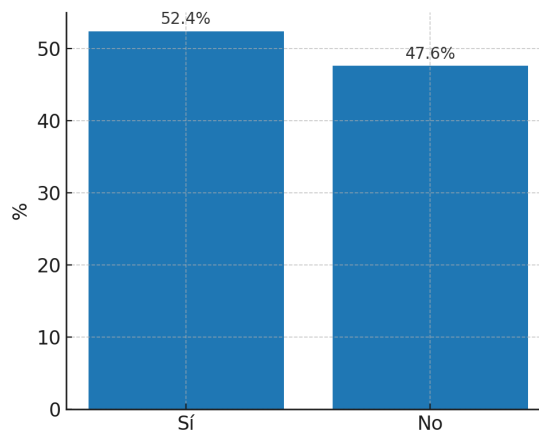


Gráfico 35. Búsqueda de gestación

d) Historia personal de la enfermedad

Se obtuvieron datos sobre la historia clínica de las pacientes en relación con el inicio de la enfermedad. La edad media de inicio de los síntomas fueron los 27,4 años ($\pm 10,9$). En nuestras pacientes, acudieron por primera vez al médico como causa de la sintomatología a los 29,1 años ($\pm 8,9$). La edad media del diagnóstico de endometriosis se produjo a los 33,7 años ($\pm 7,0$). El retraso del diagnóstico medio fue de 6,3 años ($\pm 13,0$). El 47,2% de las pacientes habían tenido que acudir a diferentes

especialistas hasta lograr el diagnóstico, como media fueron valoradas por 3,1 profesionales sanitarios.

Variable	Media ($\pm$ DE)
<i>Edad inicio síntomas</i>	27,4 ($\pm$ 10,9)
<i>Edad 1º consulta médica</i>	29,1($\pm$ 8,9)
<i>Edad del diagnóstico</i>	33,7($\pm$ 7,0)
<i>Retraso medio diagnóstico</i>	6,3 ($\pm$ 13,0)

Tabla 13. Variables clínicas de las pacientes con endometriosis

3. Características clínicas

a) Menstruación

En nuestro grupo de pacientes, la menarquia se produjo entre los 11 y los 13 años con una media de edad de 11,81($\pm$ 1,3) años. La duración media de la regla era de 6,45 días ($\pm$ 4,1). Un 52,8% de las pacientes referían tener reglas abundantes y un 41,7% presentaban sangrado intermenstrual.

b) Síntomas del espectro del dolor

En este subgrupo de pacientes se recogieron datos de la presencia del dolor en sus diferentes formas de presentación. Al igual que en la muestra general anteriormente descrita, valoraron la intensidad del mismo mediante la escala EVA. Los síntomas más descritos fueron: **dismenorrea** que afectaba al 88,2%, **distensión abdominal** al 87,1%, **DPC** al 80%, **dispareunia** al 57,1% **disquecia** 57,6% y **dolor a la micción** al 26,5%.

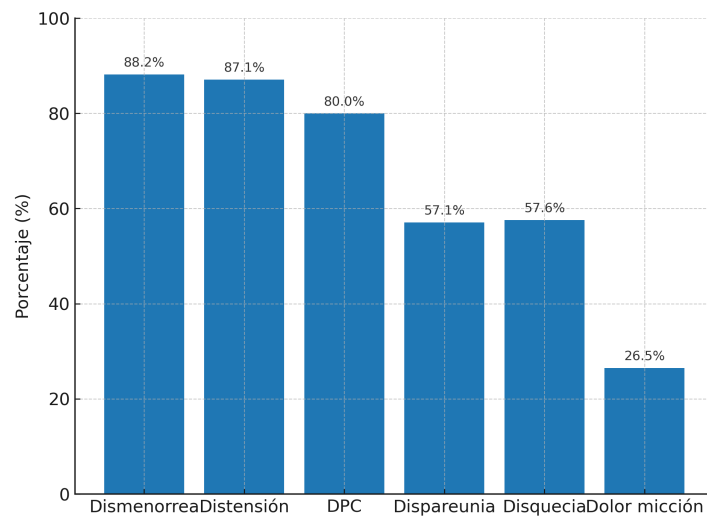


Gráfico 36. Distribución de la sintomatología en las pacientes

Los datos obtenidos sobre los diferentes síntomas fueron evaluados individualmente:

- *Dismenorrea*, presentaba una intensidad de 8,47 puntos como media en la escala EVA, lo que corresponde a un dolor intenso.
- *Dolor pélvico crónico*, las pacientes refirieron una puntuación media de 8,48 puntos.
- *Dispareunia*, la media de puntuación obtenida fue de 6,41 puntos. El 66,7% admitían una disminución en la frecuencia debido al dolor.
- *Disquecia*, la intensidad media referida que se obtuvo fue de 5,64 puntos. Analizamos si durante la menstruación el dolor era más agudo e intenso, encontrando que el 52,8% de las que referían presentar disquecia aumentaba de intensidad el dolor durante la regla.
- *Dolor a la micción*, las pacientes mostraron una puntuación media de 5. Al igual que en el síntoma anterior el porcentaje de pacientes que refieren aumento de la intensidad del dolor en la micción durante la menstruación se elevó a 66,7%.

En nuestra muestra un alto porcentaje de pacientes (69,7%) el dolor asociado a la endometriosis le impedía llevar una vida normal afectando a diferentes esferas de su vida. Así, el 54,5% de las pacientes referían haber tenido que faltar al trabajo a causa del dolor y un 52,9% habían tenido que faltar a clase por el mismo motivo. Se valoró si a causa de este síntoma habían tenido que acudir a urgencias y más de la mitad de las pacientes referían haber tenido que hacerlo (65,6%).

4. Acontecimientos vitales

En nuestra submuestra de pacientes se recogieron datos sobre la presencia de acontecimientos vitales relevantes así el 37,5% refería haber sido víctima de abuso sexual/maltrato físico o psicológico/violencia intrafamiliar, el 37,5% haber sufrido la pérdida inesperada de un familiar y el 12,5% habían abusado de drogas o habían sufrido fracaso escolar.

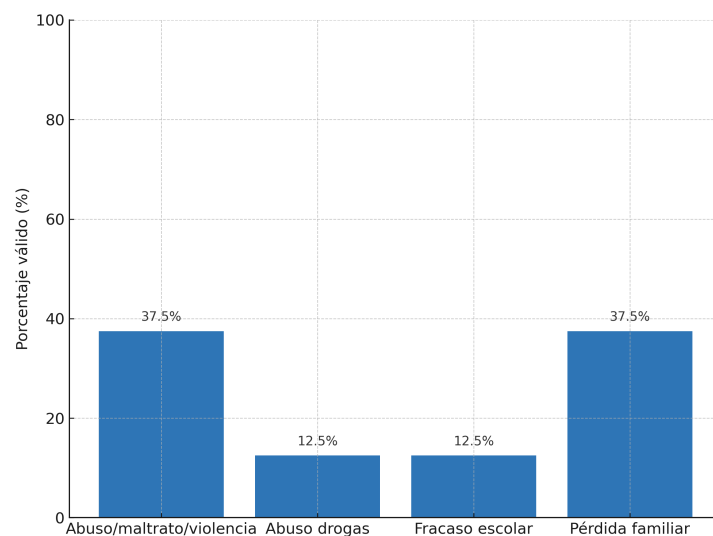
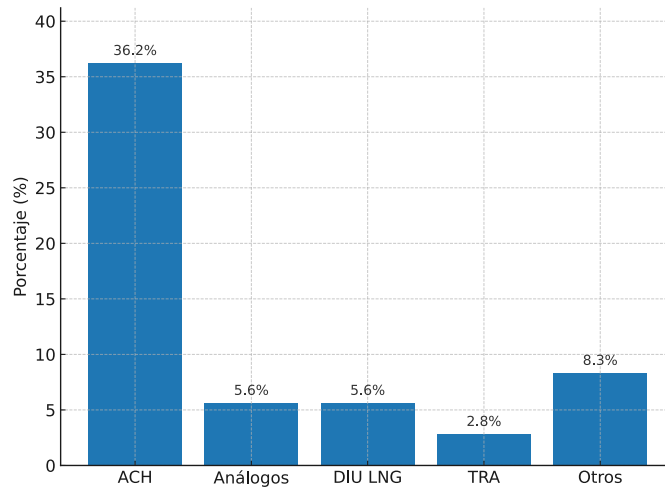


Gráfico 37. Distribución de acontecimientos vitales adversos

5. Tratamiento

Las pacientes que recibieron algún tipo de mediación para la sintomatología asociada a la endometriosis se situaba en un 58,5% de la muestra. Los más utilizados fueron los anticonceptivos hormonales en un 36,2% de las pacientes, el 5,6% recibieron tratamiento mediante análogos de la GnRH, otro 5,6% fueron tratadas con DIU levonorgestrel, un 2,8% de nuestras pacientes buscaba gestación por lo que se

encontraba en tratamiento de reproducción y un 8,3% no supo especificar el tipo de tratamiento que recibía.



Gráfica 38. Distribución del número de pacientes según el tratamiento farmacológico

En la muestra, el 44% de las pacientes mejoraron de los síntomas por el tratamiento médico. Un total de 33% de nuestras pacientes tuvieron que acudir a urgencias porque el dolor era referido como intenso. El 44% de las mismas habían requerido ingreso hospitalario a causa de la enfermedad. Un 39% habían tenido que ser intervenidas quirúrgicamente como consecuencia de la endometriosis frente al 61% que no lo habían precisado.

6. Indicaciones quirúrgicas

Todas las pacientes se encontraban en seguimiento en la consulta de endometriosis tanto por su sintomatología como por los hallazgos ecográficos que evidenciaban lesiones complejas compatibles con estadios avanzados de la endometriosis. Las indicaciones de cirugía se sustentan en:

- Dolor resistente al tratamiento médico.
- Presencia de hidrosalpinx asociado unilateral o bilateral en el contexto de un proceso de técnicas de reproducción.

- Nódulos de endometriosis de localización profunda. Afectando a intestino o pared abdominal compatibles con endometriosis infiltrante profunda (DIE) con indicación absoluta de cirugía.
- Afectación múltiple de diferentes órganos debido a la presencia de endometriosis extendida y multifocal.
- Sospecha de malignidad (GIRADS 4).

7. Marcadores tumorales

Previa a la realización de la cirugía en estas pacientes se solicitaron marcadores tumorales de ovario para apoyar la decisión quirúrgica, en algunos casos ante su elevación, ante sospecha oncológica o para realizar un seguimiento posterior de la enfermedad una vez intervenidas.

Marcador	Categoría	N	Porcentaje (%)
CA 19.9	Rango normalidad	19	52.8
CA 125	Rango normalidad	16	44.4
CEA	Rango normalidad	21	58.3
HE4	Rango normalidad	20	55.6

Tabla 14. Distribución de los niveles séricos para marcadores tumorales

La mayoría de las pacientes presentaban valores dentro de la normalidad de los marcadores tumorales, las lesiones encontradas en ecografía eran compatibles con patología endometriósica benigna.

8. Procedimiento quirúrgico

Las características clínicas y ecográficas justificaban un abordaje quirúrgico integral y personalizado para cada paciente. Así, dependiendo de la localización, extensión y exploración intraoperatoria se realizaron diferentes cirugías:

- Quistectomía unilateral, múltiple o bilateral asociadas o no a salpinguectomía u ooforectomía (dependiendo de la posibilidad de preservación de tejido ovárico sano o de la complejidad técnica).
- Resección de lesiones en la pared abdominal.

- Ablación de lesiones diafragmáticas e implantes de endometriosis.
- Histerectomía con/sin anexectomía bilateral en las pacientes con deseo genésico cumplido.
- Resecciones intestinales por afectación de la enfermedad.
- Adhesiolisis, liberación de adherencias por la enfermedad.

En la mayoría de nuestras pacientes fue necesario la combinación de varias técnicas anteriormente descritas para la optimización de los resultados y reducir el riesgo de posibilidades de recidiva de la enfermedad.

9. Clasificación ASRM/ENZIAN

Los hallazgos intraoperatorios de las lesiones de endometriosis encontradas se clasificaron según la **ASRM**, asignando los estadios desde I (mínima) hasta IV (severa).

- Estadio I (mínima) 2,8%
- Estadio II (leve) 2,8%
- Estadio III (moderada) 2,8%
- Estadio IV (grave) 69,4%

En un 19,4% de las pacientes no se llegaron a clasificar los hallazgos encontrados. Por lo que podríamos afirmar, que la gran mayoría de nuestras pacientes presentaban una afectación grave (estadio IV). Nos indica que el grado de severidad de las lesiones es grave y extensa, encontrando implantes profundos y adherencias severas.

La clasificación **ENZIAN** permite describir de forma detallada la endometriosis profunda (DIE), en nuestra muestra no pudimos obtener dicha clasificación en el 25% de las pacientes intervenidas. En el resto de las pacientes obtuvimos una codificación compleja que reflejaban lesiones de endometriosis avanzada y profunda con afectación de estructuras pélvicas vecinas como uterosacros, tabique rectovaginal o áreas de intestino. En algunas se obtuvieron combinaciones como

A3B3C1 O A2B2C1FAFI como resultado de afectación de múltiples compartimentos anatómicos profundos requiriendo cirugías complejas multidisciplinarias.

10. Evolución postoperatoria

Posteriormente, evaluamos si las pacientes intervenidas quirúrgicamente precisaron recibir tratamiento médico para control de los síntomas y para evitar posibles recidivas. Un 47,2% de ellas no precisaron tratamiento posterior frente al 52,8% que tuvieron que recibir diferentes tratamientos (41,7% tratamientos hormonales, 8,3% iniciaron tratamientos de reproducción y 2,8% consiguió gestación posteriormente). Clínicamente, el 88,9% no volvieron a presentar sintomatología debida a la enfermedad y solo un 11,1% sí presentaron síntomas que fueron tratados con terapias hormonales con buena respuesta. Ecográficamente se encontraron recidivas en el 5,6% de las pacientes frente al 94,4% que no presentaron imágenes compatibles con focos de endometriosis en los seguimientos posteriores hasta el año 2024 (algunas de éstas pacientes fueron dadas de alta en ese momento).

11. Calidad de vida

La evaluación de la calidad de vida de estas pacientes, medidas previa y posterior la a cirugía a través de la escala SF-12. Se obtuvieron cambios en el PCS varió de 38,65 ($\pm 12,16$) a 44,11 ($\pm 12,11$) y el MCS 41,11 ($\pm 10,81$) a 41,92 ($\pm 10,21$).

- *Funcionamiento físico.* En este grupo de pacientes se observa una mejoría significativa tras la cirugía. Pasan de una media de 52,14 ($\pm 6,01$) prequirúrgico a 63,57 ($\pm 6,09$) postquirúrgico con una tendencia a la significación ($p=0,068$).
- *Rol físico.* En este caso también ($\pm 5,40$) se encontraron mejoría tras la cirugía. La media prequirúrgica fue de 50,35 llegando a aumentar a 60,07 ($\pm 5,38$) después de la cirugía. Esta diferencia no alcanzó la significación estadística ($p=0,146$).

- *Dolor corporal.* Se observó una mejoría clara de la percepción del dolor tras la cirugía. La puntuación previa fue de 47,22 ($\pm 5,61$) ascendiendo a 65,28 ($\pm 5,66$) tras la cirugía, diferencia que resultó estadísticamente significativa.
- *Salud general.* Se observó, también, una mejoría en la percepción de la salud por parte de la paciente. La media prequirúrgica fue de 43,89 ($\pm 28,76$) mientras que en el postoperatorio aumentó a 52,36 ($\pm 29,29$). Esta diferencia no alcanzó la significación estadística.
- *Vitalidad.* Se obtuvo una ligera disminución de la puntuación de vitalidad tras la intervención quirúrgica, pasando de una media de 50 ($\pm 27,39$) a 47,92 ($\pm 25,26$) postquirúrgica, sin significación estadística.
- *Funcionamiento social.* Se obtuvieron unos resultados positivos mejorando la puntuación previa a cirugía de 49,31 ($\pm 30,17$) a posterior a cirugía de 60,42 ($\pm 30,69$), con una tendencia a la significación.
- *Rol emocional.* También fueron encontrados una mejoría posterior ya que pasan de una media de 54,86 ($\pm 31,09$) prequirúrgica a 60,76 ($\pm 27,90$) en el periodo postquirúrgico, sin significación estadística.
- *Salud mental.* Se observó una mejoría de la salud mental tras la cirugía aumentando de 53,13 ($\pm 19,90$) prequirúrgico a 57,29 ($\pm 19,68$) postquirúrgico, sin significación estadística.
- *Componente físico global.* Los resultados mostraron una clara mejoría tras la intervención quirúrgica pasando de 38,65 ($\pm 12,16$) a 44,11 ($\pm 12,11$) tras la cirugía. Se evidenció una mejoría significativa tras la cirugía.
- *Componente mental global.* En este caso, se observó una mejoría leve postquirúrgica. La puntuación previa a la cirugía era de 41,11 ($\pm 10,81$) mientras que en el postoperatorio ascendió a 41,92 ($\pm 10,21$), manteniéndose estables las puntuaciones.

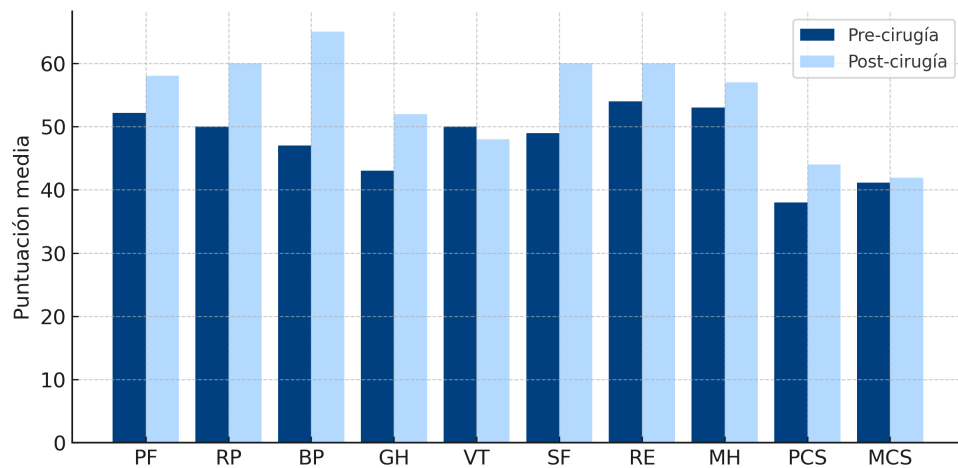


Gráfico 39. Resultados de la escala SF-12

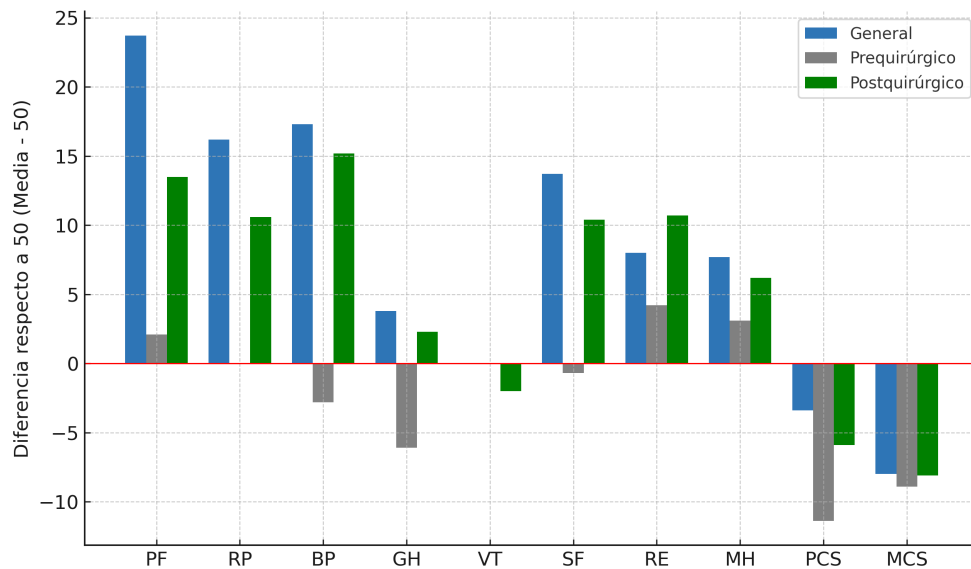


Gráfico 40. Resultados de la escala SF-12 en pacientes con endometriosis (general), prequirúrgica y postquirúrgica

En comparación con los tres grupos que fueron analizados en esta investigación, las pacientes con endometriosis presentaban mejores resultados en la escala SF-12 en comparación con las pacientes antes y después de la cirugía. El grupo de pacientes que iban a ser intervenidas reflejaba los peores resultados en esta escala y tras la cirugía observamos una mejoría en la mayoría de los dominios, siendo significativo en dolor corporal ($p=0,008$) y en PCS ($p=0,007$).

12. Depresión

En nuestra muestra de pacientes se evaluaron los cambios que percibieron en cuanto a los síntomas depresivos después de la intervención quirúrgica. Estos datos fueron analizados mediante la escala de depresión de Beck, la puntuación obtenida descendió de 17,28 en el preoperatorio a 11,57 tras la cirugía con una diferencia de 5,71 puntos, Estos cambios observados fueron estadísticamente significativos indicando una mejoría de la sintomatología depresiva en las pacientes intervenidas.

	<i>Endometriosis</i>	<i>Prequirúrgico</i>	<i>Postquirúrgico</i>
BECK	14,1 ($\pm 10,2$)	17,28 ($\pm 11,57$)	13,25 ($\pm 12,10$)

Tabla 15. Resultados en la escala de BECK en pacientes con endometriosis, pre y postquirúrgicos

13. Ansiedad

Así mismo, fueron analizados los cambios en el estado de la ansiedad de las pacientes antes y después de la cirugía mediante la escala STAI. Los resultados obtenidos muestran como la ansiedad como estado no apreciamos variaciones tras la cirugía (30,0 vs 30,4; $p=0,56$), en cambio la ansiedad como rasgo mostró una reducción leve después de la intervención (29,9 vs 29,1) sin llegar a alcanzar una significación estadística ($p=0,212$).

14. Calidad del sueño

La valoración de la calidad del sueño de las pacientes previa y post cirugía, la medidos con escala Insomnio. Observamos un cambio de puntuación pasando de una media prequirúrgica de 23,1 a una reducción importante postquirúrgica de 11,8. Esta mejoría observada fue estadísticamente significativa.

	<i>Endometriosis</i>	<i>Prequirúrgico</i>	<i>Postquirúrgico</i>
INSOMNIO	9,5 ($\pm 6,1$)	23,09 ($\pm 17,54$)	11,82 ($\pm 5,78$)

Tabla 16. Resultados en la escala de INSOMNIO en pacientes con endometriosis, pre y postquirúrgicos

15. Desempeño ocupacional y actividades diarias

Los resultados obtenidos en el desempeño ocupacional nos muestran mejoría significativa en todos los dominios evaluados tras la cirugía. En el tiempo de trabajo perdido por causas de salud, ausentismo, observamos una reducción muy significativa pasando de 28,70 a 3,98 postquirúrgico ($p=0,043$). En cuanto a la reducción del rendimiento mientras se esta trabajando, presentismo, la puntuación se mantuvo prácticamente estable de 23,14 a 24,57 tras la cirugía mostrando una $p=0,915$ no significativo. La pérdida de productividad total mostró una mejoría notable con una disminución de 45,10 a 22,96 tras la intervención quirúrgica, no llegando a alcanzar la significación estadística. Finalmente, en el deterioro de las actividades cotidianas la puntuación disminuyó de 44,86 a 21,71 lo que indica una mejoría funcional de las actividades diarias, $p=0,457$ no alcanzando la significación estadística por lo que debe interpretarse con cautela.

	<i>Endometriosis</i>	<i>Prequirúrgico</i>	<i>Postquirúrgico</i>
Ausentismo	4,9(±15,3)	28,79(±40,98)	3,98 (±6,97)
Presentismo	24,3 (±30,9)	23,14 (±23,98)	24,57 (±33,9)
Pérdida de productividad	23,9 (±30,6)	45,10 (±23,98)	22,96 (±33,46)
Deterioro de actividades	25,1 (±32,2)	44,86 (±93,41)	21,71 (±32,40)

Tabla 17. Resultados en la escala de WPAI en pacientes con endometriosis, pre y postquirúrgicos

DISCUSIÓN

Este estudio de investigación nace con el objetivo de analizar la calidad de vida de las pacientes con endometriosis, algo que resulta fundamental ya que esta enfermedad no solo se manifiesta con síntomas físicos como el dolor o alteraciones menstruales, sino que también repercute en la esfera social, laboral y psicológica de las pacientes que la padecen. Es por ello, que es necesario ampliar el conocimiento de cómo afecta esta patología en el día a día de las mujeres con endometriosis en nuestro país. En este trabajo conseguimos abarcar una muestra importante de pacientes con endometriosis que no se había conseguido hasta la fecha, en total 846 pacientes colaboraron en nuestro estudio, representando un tamaño considerablemente mayor al de estudios previos publicados a nivel nacional como el de Adoamnei et al.(2021) con 99 participantes, el de Mundo López (2021) que incluyó 230 pacientes o el de Morán-Sánchez et al. (2021) con un estudio de casos y controles que abarcaba a 251 pacientes en total. En este contexto, el presente estudio aporta evidencia con un tamaño muestral sin precedentes en nuestro país lo que nos permite analizar con mayor solidez como los diferentes síntomas de la enfermedad se relacionan con la percepción de calidad de vida en las pacientes con endometriosis.

1. Pacientes con Endometriosis

En nuestra cohorte la edad media de aparición de los síntomas fue a los 25 años, mientras que la edad media al momento del diagnóstico fueron los 31 años. Estos hallazgos reflejan un retraso medio en el diagnóstico de 6 años. Este dato obtenido en nuestro estudio resulta relevante ya que el retraso observado en los resultados era menor que el descrito en la literatura previa como el de Sarria et al. (2020) o Smolarz et al. (2021) y el recientemente publicado de As-Sanie et al. (2025) que reflejan una edad media más avanzada en la aparición de los síntomas y un retraso medio en el diagnóstico de entre 7 y 10 años. Al analizar los diferentes resultados obtenidos en nuestra muestra, esta diferencia encontrada podría deberse al avance en el conocimiento de los síntomas

de la enfermedad por parte tanto de la población general como por parte de los profesionales sanitarios, lo que favorecería una identificación más temprana de los síntomas y en consecuencia un diagnóstico más precoz. Este hecho queda también reflejado en que hasta el 91% de nuestras pacientes tenían cierto conocimiento de lo que significaba la endometriosis. La presencia de antecedentes familiares de endometriosis en estuvo presente en el 29% de nuestra muestra, distribuidos en diferentes grados de parentesco. La endometriosis presenta una etiología genética compleja, así, diversos estudios exponen que el riesgo de padecer la enfermedad que se puede atribuir a factores genéricos ascendería hasta el 50% (Nyholt, 2012), mientras que el resto estaría influenciado por factores hormonales, inmunológicos o ambientales (Vercellini, 2014). En particular, estudios realizados en familiares de primer grado han encontrado un riesgo significativamente mayor de desarrollar endometriosis con respecto a la población general (Smolarz, 2021). Al obtener la proporción de pacientes con este factor analizamos si la presencia de antecedentes familiares influía sobre el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico, observamos que las pacientes que presentaban antecedentes mostraban un retraso medio del diagnóstico de 6,17 años, mientras aquellas que no referían antecedentes tuvieron un retraso medio de 6,22 años no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Estos resultados nos indican que a pesar de presentar una historia familiar, la banalización de los síntomas o las barreras estructurales sanitarias conducen a un retraso en el diagnóstico. Un dato importante y que queda reflejado en la literatura, es la peregrinación por diferentes especialistas a los que deben acudir las pacientes antes de recibir el diagnóstico definitivo de la enfermedad, una media de entre dos y seis profesionales sanitarios (De Graaff, 2015). En la población que estudiamos una proporción del 48% refiere haber tenido que pasar por este proceso, con una media de 2,8 especialistas consultados. Una cifra que prácticamente coincide con lo descrito por la literatura que sitúa entre 3 o más especialistas antes de alcanzar el diagnóstico definitivo (As-Sanie, 2025). Esta situación supone no solo un problema médico o social sino un problema que tiene efecto a nivel económico por los gastos que supone la

enfermedad a diferentes escalas (gastos directos e indirectos) que pueden llegar a elevarse a 10.000 euros paciente/año (Simoens, 2012).

Las *características menstruales y la sintomatología asociada* constituyen elementos clave en la experiencia clínica de las pacientes con endometriosis y tienen un impacto directo en su calidad de vida.

Uno de los parámetros analizados en nuestra cohorte fue la presencia de sangrado menstrual abundante, como hemos descrito en el apartado de resultados, encontramos que el 57% de las mismas referían este síntoma. Este hallazgo es coherente con estudios previos que describen reglas más largas y abundantes en mujeres con endometriosis ya que favorecen un microambiente proinflamatorio y mayor exposición a niveles elevados de estrógenos por parte del tejido endometrial ectópico (Matalliotakis, 2008).

La **dismenorrea** que refieren nuestras pacientes coincide con la bibliografía encontrada actualmente, que la categorizan como el síntoma principal de la endometriosis (Vercellini, 2014). La prevalencia a nivel mundial oscila entre el 50-90% variando en función de los diferentes países (Ortiz, 2010). Estas diferencias que encontramos según los países son debidas en parte a la definición establecida de la enfermedad, así como la forma en la que es diagnosticada (Fernández-Martínez, 2018). La morbilidad de la dismenorrea muestra un impacto significativo en la salud pública, debido a ser una de las principales causas de absentismo laboral o escolar con la repercusión económica que conlleva (Midilli, 2015)

Junto con la dismenorrea, la **distensión abdominal** constituye uno de los síntomas más prevalentes, siendo referida por el 85,3% de las pacientes. Este síntoma, comúnmente llamado como *endobelly* por las propias pacientes, describe un abdomen notablemente hinchado y doloroso que suele aparecer a mitad de ciclo y que provoca malestar en las que lo sufren. La literatura describe este síntoma tanto en pacientes afectas por patología intestinal (EEI, celiaquía, etc.) como en aquellas sin alteración digestiva; su origen lo describen como multifactorial relacionado con la inflamación crónica, cambios

hormonales y alteraciones de la motilidad (Velho, 2023). Investigaciones actuales sugieren que las mujeres con endometriosis pueden presentar alteraciones en su microbiota intestinal y una permeabilidad intestinal aumentada que provocarían parte de esta sintomatología (Wang, 2025).

Por otra parte, encontramos la presencia de **dispareunia** como el tercer síntoma en frecuencia que observamos en nuestra muestra. La prevalencia descrita en la literatura llega a situar este síntoma entre el 40-60% (Della Corte, 2020). El deterioro de la actividad sexual es uno de los principales factores que compromete la calidad de vida de las pacientes, como se expone en un estudio realizado sobre 2753 mujeres diagnosticadas de endometriosis con y sin síntomas acompañantes (Bernuit, 2011). Como consecuencia la dispareunia puede llegar a provocar una disminución de la frecuencia de las relaciones por el dolor que sienten, en nuestra muestra este porcentaje fue descrito por el 56,8% de las pacientes. Este aspecto ha sido descrito en la literatura como un factor que contribuye a un deterioro del bienestar emocional y de la pareja (Del Forno, 2024).

En relación a la sintomatología gastrointestinal y urinaria, la **disquecia** (44%) y el **dolor a la micción** (22,7%) constituyen manifestaciones menos frecuentes en las pacientes con endometriosis y suelen estar relacionadas con la presencia de DIE y afectación urinaria o intestinal (Vercellini, 2014). Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que la DIE puede afectar a órganos contiguos pélvicos que dificultan el diagnóstico y el tratamiento (Schliep, 2015). Observamos que tanto la disquecia como el dolor a la micción experimentaban un aumento de intensidad durante la menstruación en las pacientes que refería padecerlos. La naturaleza cíclica de estos síntomas es particularmente importante para poder realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías de origen intestinal o urinario (Piriyev, 2025b).

El **dolor pélvico crónico**, es un síntoma descrito en la literatura que puede llegar a afectar al 60% de las pacientes con endometriosis no presentando correlación con el tamaño o estadio de la enfermedad, pudiendo persistir durante todo el ciclo menstrual(Viganò, 2004). Aproximadamente un 10% de las consultas a ginecología son debidas a DPC con una incidencia a lo largo de la vida de la mujer de hasta el 33% (Howard, 1993). En nuestra cohorte la proporción de pacientes afectas por DPC ascendía al 67% una cifra superior de lo que reporta la literatura, lo que refuerza la elevada carga sintomática de nuestras pacientes.

El **impacto del dolor** relacionado con la enfermedad sobre la vida de las pacientes ha sido una de las principales constataciones de este estudio.

La literatura destaca la naturaleza limitante del dolor pélvico crónico, la dismenorrea o la dispareunia en las pacientes con endometriosis (Barbara, 2021). Este síntoma no solo constituye parte de la enfermedad, sino que condiciona de manera directa la vida cotidiana de las mujeres que lo padecen. En muchos casos llega a limitar la capacidad laboral, académica, interferir en las relaciones sociales y afectar al bienestar psicológico de las pacientes. Así, diversos estudios han demostrado que la cronificación y la intensidad del dolor se asocia a un deterioro de la calidad de vida provocando mayores niveles de ansiedad, depresión o disfunción sexual (Pope, 2015). En nuestra muestra, el 47% de las pacientes refería no poder llevar a cabo una vida normal, afectando tanto a su actividad laboral (ausencias debido a la sintomatología del 31%) o a sus estudios (el 38% habían tenido que faltar a clase por este motivo).

Se ha descrito mayor prevalencia de **enfermedades asociadas** a la endometriosis en comparación con la población general, en nuestra muestra el 40% de ellas presentaba alguna comorbilidad, la más frecuente depresión o ansiedad seguidas de trastornos gastrointestinales, enfermedades tiroideas o alteraciones autoinmunes. El estudio de Kvaskoff et al. (2015) y otros autores en revisiones sistemáticas recientes (Van Barneveld, 2022), reportan prevalencias de depresión y ansiedad en pacientes con

endometriosis que llegan a alcanzar el 80-90% tanto en revisiones sistemáticas como en metaanálisis, en nuestro estudio el 59,6% presentaba síntomas ansiosodepresivos. Estos hallazgos refuerzan la carga psicológica que sufren las pacientes con esta enfermedad. Diversos autores subrayan la necesidad de incorporar una evaluación psicológica de aquellas mujeres que presenten un DPC así como en el diagnóstico de endometriosis para poder detectar posibles trastornos sociales o psicológicos ya que el abordaje exclusivo de los síntomas físicos resulta insuficiente (Pope, 2015) En cambio, las pacientes afectas con trastornos gastrointestinales (9,6%) era inferior a lo documentado en la literatura que muestra una prevalencia en torno al 20% (Maroun, 2009). La proporción de pacientes que referían presentar enfermedades autoinmunes (artritis reumatoide, celiaquía, psoriasis, etc.) en nuestra muestra era del 9,6%, estos datos coinciden con la hipótesis de que la endometriosis presenta una alteración de la respuesta inmune con una inmunidad celular deprimida y una respuesta humoral aumentada, anomalías que también se observan en la fisiopatología de las enfermedades autoinmunes (Eisenberg, 2012). Cabe resaltar la proporción de mujeres afectas por asma un 6%, muestra relevante que concuerda con diferentes estudios que relacionan una respuesta inmunológica aberrante y la reacción inflamatoria intensificada producida en pacientes con endometriosis lo que les hace ser más vulnerables a manifestaciones alérgicas, afecciones relacionadas con alergias (asma) o enfermedades atópicas (Bungum, 2014). Estos resultados de la prevalencia de enfermedades asociadas a la endometriosis coincide con lo reportado en una revisión sistemática realizada por Kvashoff et al. (2015) que sugiere que cada vez hay más evidencia de que las mujeres con endometriosis tienen mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas, aunque todavía son necesarios más estudios en este campo y si finalmente se estableciera una relación supondría un cambio en el manejo y el cuidado de estas pacientes. En esta línea Zelovich et al. (2025) analizaron como la endometriosis puede asociarse a un amplio espectro de comorbilidades, al tratarse de una enfermedad multisistémica que capaz de afectar a órganos distantes que desencadenaría una cascada de alteraciones en otras áreas distantes del organismo de la mujer.

En los últimos años ha comenzado a prestarse atención al papel de los **acontecimientos vitales adversos** que pueden sufrir las mujeres durante su desarrollo; tales como: abuso físico o abuso de sustancias, violencia doméstica, maltrato físico o psicológico o trastornos psicológicos de los progenitores, y su vinculación con un mayor riesgo de endometriosis (Rostvall, 2025). Aunque hay pocos estudios publicados hasta la fecha, los abusos y la violencia durante la infancia y adolescencia son un problema de salud importante y significativo en los países en desarrollo e industrializados, tal es así que los Centros de control y prevención de enfermedades en EE.UU. reconocen el abuso y la negligencia infantil como factores estresantes que pueden afectar a la salud de los individuos a largo plazo (Harris, 2018). Las víctimas desarrollan una respuesta adaptativa inicial que conlleva una liberación mantenida de catecolaminas y cortisol, con el tiempo puede evolucionar a consecuencias invisibles para el organismo contribuyendo a una mayor vulnerabilidad a trastornos psicológicos y enfermedades crónicas en la edad adulta (Anda, 2006). En este sentido, se ha publicado recientemente un estudio de cohorte prospectiva sueco que abarca a 24.311 pacientes y que analizaba la relación entre los acontecimientos vitales adversos (abuso de drogas por parte de los progenitores, violencia en el entorno familiar, intervención por el bienestar infantil, etc.) y el desarrollo de endometriosis (Rostvall, 2025). Los resultados obtenidos reportaron que todos estos factores adversos (excepto la muerte de un familiar) suponían un riesgo aumentado de endometriosis, entre las adversidades estudiadas la asociación más fuerte para el desarrollo de la enfermedad fue la exposición a la violencia y la asociación más débil tener un padre adolescente. Esta relación podría justificarse con el estado de estrés crónico que padecen las víctimas (provocando alteraciones neuroendocrinas) que provocaría a largo plazo tanto alteraciones del ciclo menstrual como un estado inflamatorio crónico (Harris, 2018). Liebermann et al. (2018) publicaron un estudio multicéntrico retrospectivo que evaluó a 421 pacientes con endometriosis mediante el *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) con el objetivo de encontrar una relación entre la enfermedad y factores adversos en la infancia. Los resultados mostraron como las pacientes con endometriosis presentaban con mayor frecuencia antecedentes de

abusos sexuales (20% vs 14%, $p=0,0197$), abuso psicológico (44% vs 28%, $p<0,00001$) y negligencia emocional (50% vs 42%, $p=0,0123$) en comparación con pacientes sanas. Estos resultados nos mostraron que cuando los acontecimientos traumáticos ocurren en fase tempranas del desarrollo pueden alterar de manera persistente los sistemas de respuesta al estrés, la percepción del dolor e incluso al sistema inmunitario (Liebermann, 2018). Gran parte de la literatura publicada relaciona el abuso infantil con patologías en la edad adulta cuyo síntoma principal es el dolor, el cual es difícil de manejar con diferentes tratamientos médicos precisando atención psicológica para lograr identificar la causa desencadenante (Moeller, 1993). En conjunto, los hallazgos de nuestro estudio se encuentran en línea con la literatura internacional, que muestra un aumento del riesgo de desarrollar la enfermedad en mujeres que han sufrido acontecimientos vitales adversos. Nuestra cohorte presentaba un 50% pérdida inesperada de un familiar cercano, el 28,4% habían sufrido algún tipo de abuso físico o psicológico, maltrato doméstico o violencia intrafamiliar, el 14,7% habían consumido algún tipo de droga y el 6,6% presentaban fracaso escolar. Los resultados obtenidos aportan datos relevantes y novedosos a nivel nacional exponiendo la alta prevalencia de experiencias vitales adversas sufridas en esta población, reforzando las hipótesis actuales de cómo estos factores pueden influir en el desarrollo de la endometriosis. Cabe destacar, en nuestro estudio, la proporción de pacientes que refieren haber sufrido algún tipo de abuso, llegando al 28,4%, este hallazgo es concluyente con la literatura publicada que relaciona el estrés sufrido durante etapas tempranas o de desarrollo con la aparición de síndromes cuyo principal síntoma es el dolor como la fibromialgia, el DPC o la vulvodinia (Harris, 2018). Así, Harris et al. (2018) publicaron una cohorte prospectiva de 3394 pacientes con diagnóstico quirúrgico de endometriosis con un seguimiento de 24 años. Llegaron a establecer un riesgo relativo de endometriosis (RR) de 1,20 (IC 90%=1,06-1,37) para aquellas mujeres que habían sufrido abuso físico severo y un RR de 1,49 (IC 95% =1,24-1,79) para el abuso sexual. Como hemos ido desarrollando, todos los hallazgos encontrados refuerzan la hipótesis de que las experiencias traumáticas a edades tempranas o en el desarrollo pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad. En este

sentido, la literatura actual relaciona los abusos físicos y sexuales con alteraciones neuroendocrinas, incluyendo la disfunción del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal y niveles elevados de cortisol (Teicher, 2003).

En conjunto, los resultados obtenidos nos han permitido describir con detalle las características de la muestra analizada, evidenciando una complejidad clínica y psicosocial de las pacientes con endometriosis. La elevada frecuencia de sintomatología provocada por esta enfermedad, las comorbilidades asociadas, la importancia de acontecimientos vitales adversos refuerzan la necesidad de abordar la endometriosis desde una perspectiva multidimensional.

a) Calidad de vida. SF-12

La **calidad de vida** fue evaluada mediante el cuestionario **SF-12**, una herramienta validada para su empleo en nuestro entorno y utilizada previamente en poblaciones españolas (Adoamnei, 2021). La elección de la escala SF-12 en nuestro estudio se justifica por ser un instrumento validado en nuestro idioma, abreviado (12 ítems), sensible y ampliamente utilizado para el estudio de calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas. En la práctica clínica la evaluación rutinaria de la calidad de vida de las pacientes con endometriosis debería ser esencial ya que aportaría información importante tanto para la paciente como para los profesionales sanitarios (Bourdel, 2019). Se ha demostrado que la calidad de vida en las pacientes con esta enfermedad es más baja que la de la población general (Adoamnei, 2021).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran consonancia con lo publicado en la literatura científica. Diversos estudios que utilizaron el mismo instrumento (SF-12) encontraron que las mujeres con endometriosis tenían puntuaciones más bajas que la población general, como los publicados por Fourquet et al. (2011) (PCS 38,4 y MCS 39,5), Facchin et al. (2015) (PCS 48,7 y MCS 43,8) y Álvarez Salvago et al. (2020) (PCS 38 y MCS 46,4). De manera similar, nuestras pacientes mostraron un deterioro significativo en la calidad de vida, con un **Componente físico global (PCS)**

de 46,6 ($\pm 11,4$) y un **Componente mental global (MCS)** de 42,0 ($\pm 11,1$). En nuestros datos se observó que los dominios más afectados fueron la percepción de la salud mental, salud general y el componente mental global.

Nuestros hallazgos son consistentes con lo descrito en la literatura española. En el estudio de Adoamnei et al. (2021) realizado en una cohorte de 256 pacientes a nivel nacional, analizaron el impacto de la DIE ($n=99$) en la calidad de vida con respecto al grupo control ($n=157$) mediante la escala SF-12. Las mujeres con endometriomas o DIE presentaron una PCS significativamente peor $47,4 \pm 9,7$ frente a $56,1 \pm 5,9$ respectivamente ($p < 0,001$). No encontraron diferencias estadísticamente significativas. El componente físico resume las dimensiones relacionadas con la salud física y el funcionamiento corporal. Los datos obtenidos también evidencian las limitaciones funcionales derivadas de la sintomatología que presentan las pacientes. Estas alteraciones coinciden con lo descrito por De Graaf et al. (2013) y Gao et al. (2020) quienes también observaron resultados reducidos en mujeres con endometriosis. Estas limitaciones funcionales pueden afectar tanto a la vida cotidiana de las pacientes como a su esfera laboral, así Gao et al. (2020) realiza una revisión sistemática sobre el impacto económico que puede tener esta limitación a costes directos e indirectos provocados por la endometriosis y aunque los datos económicos son limitados sí que sugieren que puede haber un aumento de la carga económica tanto para las pacientes como para la sociedad.

El componente mental abarca las dimensiones relacionadas con el bienestar psicológicos, emocional y social, en nuestra cohorte, los datos sugieren un impacto emocional importante en las pacientes. Trabajos previos ya señalaban la carga de los síntomas como factores que predisponen al desarrollo de ansiedad, depresión o alteraciones del sueño (Facchin, 2015). Queda por determinar si estos trastornos son consecuencia de la endometriosis, el dolor o la inflamación asociada; por ello, es importante que las mujeres con esta enfermedad recibieran también apoyo

psicológico para minimizar o controlar la posible sintomatología asociada (Pope, 2015).

Aunque la mayoría de los estudios se han centrado en población adulta, cada vez existen mayor evidencia de que la endometriosis puede afectar desde etapas tempranas del desarrollo de la mujer. Sin embargo, la mayoría de estudios no incluye este grupo de edad (Shah, 2011). Evaluar el impacto de los síntomas en la adolescencia nos permitiría diseñar estrategias de manejo posteriores. En este sentido, Gallagher et al. compararon un grupo de pacientes menores de 20 años con endometriosis (n=360) con otro grupo sin enfermedad (n=207) observando un deterioro significativo en la calidad de vida. Por lo tanto, la afectación de la calidad de vida no solo limita a la población adulta sino que también la observamos en pacientes jóvenes y es ahí donde se deben iniciar campañas cuyo objetivo sea la detección precoz de la enfermedad.

Autor/Año	País	Muestra	Instrumento	PCS	MCS	Hallazgo
Gao et al. 2006	EEUU	-	SF-12, SF-36	No reportado	No reportado	SF-12 instrumento genérico en endometriosis
Fourquet et al. 2011	Puerto Rico	193	SF-12, EHP-5, MPAU	40±9,6	38,2±11,2	Impacto negativo
De Graaf et al 2016	Países Bajos	223	SF-12, FSFI, PCS, HADS, IIEF			Impacto Negativo
Álvarez-Salvago et al. 2020	España	25	SF-12, ERF, IFIS, PSQI	55,09±5,04	49,56±10,54	Mejor PCS respecto a controles

Soliman et al. 2020	Canadá	2004 endometriosis vs 26528 control	SF-12, EHP-30	47,3 vs 52,1	38,7 vs 41,2	Endometriosis peor QoL, DPC mayor impacto
Adoamnei et al. 2021	España	256	SF-12	47.7 ± 9.7	56.1 ± 5.9	PCS más afectado que MCS
He et al. 2022	China	139	SF-12, HAMA, SDS	43,1±7,9	41,5±8,2	PCS y MCS más altos correlacionan con menos ansiedad y depresión
Hernández et al. 2022	España	112	SF-12	46,6±11,4	42,0±11,1	PCS reducido con respecto a población general. Mejoría salud mental tras cirugía

Tabla 18. Investigaciones con la escala SF-12

a) Factores relacionados

En la literatura publicada encontramos que las pacientes con sintomatología importante por la endometriosis presentaban afectación en su calidad de vida junto con sensación de baja energía, estado de ánimo deprimido y dificultades para sociabilizar (Lövkist, 2016). Nnoaham et al. evidenciaron que el impacto de la endometriosis sobre la calidad de vida física era comparable al observado en pacientes oncológicas, especialmente en aquellas que presentaban dolor pélvico severo y estadios avanzados de la enfermedad. Así, en nuestros resultados pudimos observar como las pacientes que referían un dolor con una intensidad moderada presentaban descensos significativos en todos los dominios de la escala SF-12 con especial impacto en el componente físico. La evidencia muestra el impacto del dolor crónico en la calidad de vida de las pacientes, según lo publicado por Gao et al. (2025), esta situación lleva a interferir en sus actividades diarias y repercutir en la productividad laboral con el gasto económico que

supone. Según Melis et al. la reducción del dolor es el paso más importante ya que es el factor más significativo que afecta a los parámetros de calidad de vida. Diferentes estudios evidencian que una mayor intensidad del dolor percibida por la paciente conlleva peores puntuaciones en los dominios de la calidad de vida (Bieñ, 2020). La dismenorrea percibida en nuestra muestra afectaba a todos los dominios evaluados en la escala SF-12 ($p < 0,001$). La presencia de disquecia y de DPC se aumentan el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor (Adoamnei, 2021), observándose una correlación entre la intensidad del dolor con la prevalencia de depresión. El DPC fue el síntoma con mayor impacto negativo global que encontramos en las pacientes, el grado de intensidad referido mostraba diferencias así tanto el PCS como el MCS descendía claramente en aquellas que tenían una intensidad moderada a alta del dolor. Nuestros resultados coinciden con lo publicado ya que en nuestra cohorte encontramos un descenso significativo de todos los dominios ($p < 0,001$) afectando a la funcionalidad física y social, lo que conlleva una peor salud mental por la repercusión psicológica de dolor crónico al defecar. Una revisión sistemática realizada por Della Corte et al. (2020) que identificó 108 artículos pero finalmente incluyó 31 trabajos relevantes, analizó la repercusión de la endometriosis sobre la calidad de vida, entre los síntomas analizados destacaba la dispareunia encontrado que no solo afectaba a la esfera física sino que presentaba importantes repercusiones a nivel social, emocional y a nivel de relaciones de pareja. En nuestros resultados observamos como obtuvieron los peores resultados en todos los dominios ($p < 0,001$) y como en hasta un 56,8% de las pacientes referían debido al dolor una disminución de sus relaciones sexuales. En los últimos años se ha percibido un cambio en la literatura científica, centrándose progresivamente en la importancia de evaluar la calidad de vida de las pacientes con endometriosis (La Rosa, 2020). La presencia de enfermedades asociadas también constituía un impacto negativo en la calidad de vida como pudimos observar en los resultados. Este hallazgo ya fue señalado en la literatura

donde la coexistencia de otras patologías junto con la intensidad del dolor predecían una peor calidad de vida de las pacientes (Nnoaham, 2011). Un estudio observacional trasversal sobre 371 mujeres con endometriosis y comorbilidades asociadas comparaba la calidad de vida mediante la SF-12 entre dos poblaciones, una China ($n=175$) y otra italiana ($n=196$). El grupo europeo presentó peores puntuaciones en la escala SF-12 ya que era el grupo que asociaba mayor cantidad de comorbilidades (Chen, 2021). Las pacientes que habían experimentado acontecimientos vitales adversos (abuso, maltrato, fracaso escolar, etc.) presentaron puntuaciones significativamente más bajas prácticamente en todos dominios de la escala SF-12. Facchin et al. (2015) encontraron como los antecedentes de situaciones traumáticas y un posterior afrontamiento ineficaz asociaban peores resultados en la calidad de vida medidos mediante la SF-12 y SF-36.

b) Factores psicosociales y funcionales

Para evaluar, con mayor detenimiento, el impacto de la **ansiedad** y la **depresión** en nuestras pacientes se utilizaron las escalas validadas de **BECK** y de **STAI**. La literatura publicada describe una elevada prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en las pacientes con endometriosis. Así, De Graaf et al. (2016) encontró síntomas ansiosos en el 45% de las pacientes, mientras que síntomas depresivos se describieron en el 18% de las mujeres. Los resultados que obtuvimos, en cambio, en la escala de Beck nos muestran tasas elevadas de depresión mayor (28%) y sobretudo una elevada proporción de pacientes con depresión leve (71%) lo que nos indica que prácticamente la totalidad de las participantes sufrían algún grado de disfunción emocional. Al correlacionar los resultados de la escala Beck junto con la escala SF-12 observamos una clara asociación entre la sintomatología depresiva y un peor estado de salud percibido en los dominios de la calidad de vida. Estos hallazgos muestran coincidencia con lo ya publicado por Sepulcri et al. (2009) donde el 86% de las pacientes que

evaluaron presentaban síntomas depresivos y el 87% síntomas ansiosos que relacionaban con una calidad de vida deficiente.

En la escala STAI los resultados que obtuvimos mostraron puntuaciones elevadas lo que indican que las pacientes presentaban tanto una situación basal ansiosa como una predisposición mantenida en el tiempo. Este hallazgo es coherente con las publicaciones encontradas que afirman que las pacientes con endometriosis presentan una elevada prevalencia de síntomas ansiosos con una afectación de hasta el 50% en algunas series (Kupec, 2024). Correlacionando los hallazgos de esta escala con el análisis de la calidad de vida encontramos, en este caso, una escasa relación salvo una ligera relación significativa con el dolor corporal. En la literatura encontramos una correlación entre la intensidad del dolor y los síntomas de la ansiedad, también evaluado con la escala STAI (Sepulcri, 2009)

Además del deterioro en la calidad de vida (SF-12), la elevada prevalencia de ansiedad o depresión en nuestras pacientes, analizamos como la endometriosis podía llegar a afectar a la **calidad del sueño**. El insomnio y una mala calidad del sueño constituyen un factor importante que puede agravar cualquier sintomatología y afectar a trastornos emocionales o psicológicos. Esta inquietud se sustenta en múltiples estudios que reportan una elevada prevalencia de trastornos del sueño asociado a endometriosis, por ejemplo, en un meta-análisis que incluyó más de 2500 pacientes observó que el 70% llegaba a experimentar alteraciones del sueño como insomnio o somnolencia diurna (Zhang, 2024) también concluye que estas pacientes tienen mayor riesgo de sufrir trastornos del sueño en comparación con mujeres sin enfermedad. Aunque nuestros datos obtenidos no alcanzan tal proporción, sí vimos que el 57,6% referían algún grado de alteración del sueño (insomnio subclínico, moderado o severo). En el estudio de la calidad del sueño encontramos una correlación negativa con la escala SF-12, a mayor puntuación de la escala insomnio peores resultados en calidad de vida. Estos resultados son concordantes con la literatura publicada que relaciona

la peor calidad del sueño con un deterioro de la calidad de vida de las pacientes con endometriosis (Youseflu, 2020).

En este estudio analizamos no solo el impacto físico, emocional o social de la endometriosis, analizamos como esta enfermedad puede repercutir de forma considerable en la esfera laboral y en la capacidad funcional diaria de la paciente. Según la literatura consultada, las tasas de pérdida de productividad laboral y tasas de ausentismo son significativamente superiores a las de la población general (Soliman, 2021). Analizados nuestros resultados, obtenidos mediante la escala **WPAI**, mostraban concordancia con los datos publicados en diferentes series, nuestras pacientes presentaban un elevado grado de presentismo, de pérdida de productividad y deterioro de las actividades diarias provocados por el impacto global de la endometriosis en la vida activa de las mujeres. El dolor pélvico crónico puede contribuir una menor productividad por parte de las trabajadoras, así, Fourquet et al. publicó un estudio donde señalaban que algunas de las participantes habían que reducir sus horas de trabajo o incluso cambiar del mismo como resultado de la sintomatología que padecían. Cabe destacar uno de los mayores estudios multicéntricos publicados hasta la fecha, que incluyó 1418 pacientes, cuyos hallazgos refuerzan la consistencia de nuestros resultados ya que muestra como los niveles de presentismo, ausentismo y pérdida de productividad fueron mayores en pacientes con endometriosis y mayor gravedad de los síntomas asociados (Nnoaham, 2011). Así, este mismo estudio concluye que deberían promoverse políticas de concienciación para la población y profesionales que faciliten un diagnóstico precoz y diseñar estrategias enfocadas en el control de síntomas mejorando el pronóstico de las pacientes. En nuestra cohorte encontramos una correlación negativa entre los resultados de la escala WPAI y los dominios de la SF-12. Nuestros hallazgos coinciden con la evidencia internacional que demuestra el impacto de la enfermedad en el desempeño laboral y actividades diarias y por lo

tanto, en la calidad de vida percibida por las pacientes (Nnoaham, 2011) (Fourquet, 2011).

Los hallazgos obtenidos con las escalas Beck, STAI, evaluación del insomnio y WPAI ponen de manifiesto el impacto multidimensional de la endometriosis en las pacientes.

2. Pacientes quirúrgicas

A parte del estudio de la muestra global realizamos el análisis del grupo específico de pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por su enfermedad.

En el momento basal, este subgrupo de pacientes presentaba mayor intensidad de síntomas dolorosos (dismenorrea, dispareunia, disquecia, dolor a la micción y sensación de distensión abdominal) así como un incremento importante del DPC con respecto a las pacientes de la muestra global. Observamos, en el momento basal una sintomatología intensa y multifocal. Los resultados de la escala subjetiva del dolor (EVA) reportan una puntuación media de 8, catalogando la percepción del dolor como moderado/intenso. Estos hallazgos apoyaban que se trataba de un perfil de pacientes con una clínica severa, la dismenorrea la encontramos en un 88,2%, dispareunia en un 57,1%, disquecia en el 57,6% (aumentando durante la regla al 67,9%), dolor a la micción en el 26,5% (aumentando durante la menstruación al 60%), dolor pélvico crónico en el 80% y distensión abdominal en el 87%. Se compararon los resultados con la muestra global de pacientes observamos una sintomatología más acusada en este subgrupo, reseñando la importante proporción que refiere dismenorrea, DPC y el aumento de disquecia que la presentaba un 13% más de pacientes. La severidad de la disquecia se correlaciona con la presencia e intensidad de la enfermedad, de esta manera estudios publicados confirman que la DIE con afectación intestinal se asocia con síntomas intensos de dolor a la defecación, distensión abdominal, estreñimiento, etc. (Donnez et al. 2021). Estos datos apoyan la hipótesis de la elevada proporción de pacientes que presentan disquecia

en nuestra muestra podría estar relacionado con lesiones de endometriosis más severas que precisaron, finalmente, intervención quirúrgica. Diversos estudios han señalado que los síntomas más intensos pueden contribuir a la indicación de tratamiento quirúrgico (Donnez, 2004). Una de las causas más descritas en la literatura para indicar intervención quirúrgica en mujeres con endometriosis es el impacto funcional que tiene la enfermedad en su vida diaria (Vercellini, 2009). Así, en este subgrupo encontramos un alto porcentaje de pacientes que el dolor les impide llevar una “vida normal” llegando al 69% de ellas, lo que se traduce en un deterioro importante de su calidad de vida. Se identificaron comorbilidades asociadas, remarcando principalmente la elevada proporción de pacientes con depresión o ansiedad que se elevaba al 77%, así mismo, la proporción de pacientes con asma era superior a la muestra general de pacientes y se elevaba al 9%. Estos hallazgos concuerdan con lo descrito en la literatura donde se observa una mayor prevalencia de enfermedades asociadas en pacientes con endometriosis severa en la que algunas de ellas precisan cirugía (Sinaii, 2002). En este subgrupo, estudiamos la presencia de acontecimientos vitales adversos sufridos a lo largo de su vida, cabe resaltar que el 37,5% refería haber sufrido algún tipo de abuso físico, maltrato o violencia intrafamiliar, una proporción bastante elevada si comparamos con los resultados de la muestra general de pacientes, donde esta proporción se presenta en el 28,4%. Como se ha comentado anteriormente, la literatura ha mostrado que la exposición a eventos vitales estresantes se asocia a un mayor riesgo de dolor crónico y peor evolución clínica (Rostvall, 2025). En cuanto al tratamiento médico, la evidencia actual respalda su uso tanto como primera línea como tras la cirugía, con el objetivo de controlar los síntomas, reducir el proceso inflamatorio y en el caso de pautarlo tras la cirugía prevenir recidivas futuras (Endometriosis Initiative Group, 2014). La población estudiada en este trabajo mostró que más de la mitad recibían tratamiento médico antes de la cirugía, los fármacos utilizados eran anticonceptivos hormonales (en sus diferentes presentaciones), DIU hormonal o análogos de la GnRH. Pero, pesar de este tratamiento el 36% no conseguían un control adecuado de los síntomas, y finalizaban en tratamiento quirúrgico. Estos resultados ponían en relieve, que en una

proporción elevada de pacientes, la indicación quirúrgica llega tras la escasa eficacia del tratamiento médico en el control de los síntomas; este hallazgo concuerda con lo descrito por Vercellini et al. (2013) quienes destacan que el tratamiento médico no siempre ofrece resultados duraderos o completos en todas las pacientes, especialmente en aquellas que presentan afectación profunda (DIE). Así mismo, la literatura señala que la principal causa de intervención quirúrgica es el dolor persistente, en nuestra muestra esta indicación se produjo en el 58% de las pacientes (Vercellini, 2014). En nuestra muestra, previamente a la cirugía se planificó un abordaje quirúrgico integral y personalizado para cada paciente conforme a las recomendaciones de las guías internacionales (Dunselman, 2014). El abordaje fue mayoritariamente laparoscópico, lo que se correspondía con la recomendación de utilizar técnicas mínimamente invasivas para la endometriosis (Zondervan, 2018). El 69,4% de los hallazgos encontrados fueron clasificados como estadio IV (grave) según la ASRM lo que refleja una afectación anatómica severa. Esta proporción concuerda con lo publicado por Vercellini et al. (2007) donde observaron que la mayoría de las pacientes que requieren cirugía presentan afectación importante que se relaciona con estadios III y IV de la ASRM. En el seguimiento a los seis meses tras la cirugía encontramos resultados clínicos favorables, el 88% de las pacientes no presentaban sintomatología y el 94% no mostró signos de recidiva ecográfica de la enfermedad a los seis meses. Nuestros hallazgos coinciden con la literatura publicada, Wenzl et al. (2024) observaron mejoras significativas en los dominios del EHP-30 tras la cirugía siendo la tasa de reintervención del 8%. Una revisión sistemática publicada que contenía 23 estudios con 1.847 pacientes concluyó con alto porcentaje de alivio de síntomas en torno al 93% y una tasa de recurrencia del 21% (Schippert, 2020).

Numerosos estudios han aportado el impacto positivo de la cirugía sobre la **calidad de vida** de las pacientes con endometriosis. Los resultados obtenidos evidencian una mejoría significativa en el componente físico global (basal de 38,65 y a los seis meses de 44,11) mientras que el componente mental mostró cambios mínimos (de 41,11 basal a

41,92 tras seis meses postquirúrgico). Un estudio nacional publicado en 2022 con 99 pacientes intervenidas de endometriosis profunda encontraron mejorías significativas en los dominios de dolor, vitalidad, rol emocional y salud mental evaluada con la escala SF-12 (Hernández, 2022). Estos datos sugieren que la cirugía tiene un impacto positivo en la percepción de la salud física, por otro lado, la percepción del bienestar emocional era más discreta debido a que la modificación de factores psicológicos no dependen solo del procedimiento quirúrgico. Encontramos coherencia en estos resultados si nos basamos en la literatura publicada de diferentes estudios, donde aportan una mejoría en la puntuación física frente al componente mental (Keukens, 2024). Arcoverde et al. realizaron una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 28 estudios objetivando una mejoría significativa en la calidad de vida, más marcada en el PCS que en MCS, aunque observaron mejoría en el dolor, vitalidad y rol social. Así mismo, los diferentes estudios consultados han observado que para lograr mejoría en el componente mental de las pacientes con endometriosis se requiere un abordaje completo que incluya apoyo psicológico (Thiel, 2024).

Esta realidad en el componente mental de las pacientes con endometriosis la observamos con los resultados obtenidos en la escala Beck y en el inventario STAI que miden los niveles de depresión y ansiedad respectivamente. Los resultados que obtuvimos en nuestra muestra aportan una mejoría de la puntuación en los síntomas de depresión (basal 17,28 a postquirúrgica 11,57), datos que coinciden con lo publicado por Nogueira et al. (2024) donde evaluaron mediante la **escala de Beck** la evolución de los síntomas depresivos tras la cirugía encontrando una mejora significativa ($p < 0,001$) en el postoperatorio de las pacientes. Por el contrario, en la puntuación obtenida en los niveles de ansiedad prácticamente no encontramos cambios relevantes, lo que está acorde con los estudios publicados que sugieren que el componente emocional está más relacionado con factores crónicos (enfermedad de larga evolución) o factores personales que tendrían que ser modificados mediante apoyo psicológico especializado (Facchin, 2015). En esta línea encontramos los resultados de Kupec et al. 2024 que objetivan

mejoría en cuanto a la ansiedad cuando se realizan panificaciones terapéuticas multimodales pasando de $48 \pm 11,56$ a $45,6 \pm 11,27$ en la **escala STAI**. La literatura actual aporta pocos resultados que midan el impacto del tratamiento quirúrgico en los niveles de ansiedad, ya que los principales estudios evalúan los cambios producidos por el abordaje terapéutico en consulta.

Por otro lado, la **calidad del sueño** es peor en la población femenina debido trastornos del estado del ánimo, alteraciones hormonales o presencia de sintomatología ginecológica como dismenorrea o el síndrome premenstrual (Mauri, 1988). En la población estudiada evaluamos los niveles de la calidad del sueño previo y post intervención quirúrgica, los resultados obtenidos aportan una mejoría clara disminuyendo la puntuación de 23,09 a 11,82 a los seis meses de la cirugía. La presencia de dolor empeora la calidad del sueño, provocando alteraciones del descanso y reduciendo la duración del mismo (Zhang, 2024). Por ello, podemos encontrar relación en la mejoría de la calidad del sueño en nuestras pacientes ya que como hemos observado anteriormente el 88,9% de las mismas referían no haber vuelto a presentar sintomatología de la enfermedad. Goksu et al. (2021) encontraron una mejoría significativa en la puntuación del PSQI y una disminución de los síntomas depresivos en mujeres con endometriosis avanzada.

La cirugía también mostraba un impacto favorable en el ámbito laboral de las pacientes, para recoger estos datos utilizamos la **escala WPAI** observamos una mejoría en todos los dominios tras la cirugía. El ausentismo disminuyó de un 28,7% a un llamativo 3,9%, lo que nos indicaba una reducción importante de las faltas laborables a causa de la enfermedad. El presentismo pasó del 23,1% al 12,9%, la pérdida global de productividad pasó de un 45,1% a un 22,9% y la interferencia de la enfermedad en las actividades diarias disminuyó de un 44,86% a un 21,71%. Estos datos nos muestran como la cirugía no tiene efecto solo a nivel clínico sino como repercute de una manera importante en la esfera funcional de las pacientes. Nuestros datos coinciden con los

hallazgos encontrados en la literatura, así Solliman et al. (2020) observaron una pérdida de productividad laboral cercana al 50% con niveles elevados de ausentismo y presentismo en pacientes con endometriosis. Un estudio prospectivo, multicéntrico (N=909) estudió los costes por pérdida de productividad que ascendían al doble de los derivados por los costes sanitarios directos (Simoens et al. 2012), por lo que el impacto económico más relevante radica en la disminución del funcionamiento laboral. Nuestros resultados obtenidos reportan una mejoría clara tras la intervención quirúrgica reduciendo la tasa de ausentismo laboral, de pérdida de productividad y una mejoría sustancial en la realización de las actividades cotidianas. En cambio, los datos de presentismo se mantuvieron estables lo que indicaría una posible persistencia de sintomatología leve. A pesar de los datos de afectación de la productividad laboral a causa de la enfermedad y las repercusiones económicas que conllevan, actualmente son pocos los estudios que evalúen los cambios que se producirían tras la cirugía en estas pacientes.

CONCLUSIONES

Los resultados que obtuvimos nos aportaron las siguientes conclusiones:

- Las mujeres con endometriosis presentan un calidad de vida disminuida, con mayor impacto en el componente mental.
- El tratamiento quirúrgico en pacientes con endometriosis con lleva un incremento clínicamente relevante en el componente físico de la calidad de vida, se asocia a una disminución de la sintomatología depresiva, del sueño y a un aumento de la productividad laboral.
- La presencia e intensidad de los síntomas asociados a la endometriosis (dismenorrea, DPC, dispareunia, etc.) se asocian a mayor deterioro a nivel físico y mental en la calidad de vida de las pacientes.
- La depresión es frecuente en mujeres con endometriosis, en ocasiones alcanzando una intensidad moderada-severa y se asocia con una peor calidad de vida, presentando mayor impacto en el componente mental con repercusión también en los dominios físicos.
- La presencia de insomnio es altamente prevalente en la endometriosis. A mayor severidad del mismo, mayor afectación de todos los dominios deteriorando tanto el componente físico como el mental.
- La presencia de acontecimientos vitales adversos (abuso, maltrato, violencia, etc.) son frecuentes en mujeres con endometriosis y se asocian a peor calidad de vida. Este grupo de pacientes muestran peores resultados en la mayoría de los dominios, destacando que el consumo de drogas presenta un deterioro más acusado del PCS y el fracaso escolar mayor afectación de la esfera social en estas mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

Abou-Setta, A. M., Houston, B., Al-Inany, H.G., Farquar, C. (2013). Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1 CD005072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005072.pub3>

Abrao, M. S., Andres, M.P., Miller, C.E., Gingold, J.A., Rius, M., Neto, J.S. & Carmona, F. (2021). AAGL 2021 Endometriosis Classification: An Anatomy-based Surgical Complexity Score. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 28(11), 1941-1950.el. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2021.09.709>

Adoamnei, E., Morán-Sánchez, I., Sánchez-Ferrer, M. L., Mendiola, J., Prieto-Sánchez, M. T., Moñino-García, M., Palomar-Rodríguez, J. A., & Torres-Cantero, A. M. (2021). Health-Related Quality of Life in Adult Spanish Women with Endometriomas or Deep Infiltrating Endometriosis: A Case-Control Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5586. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115586>

Ahn, S.H., Monsanto, S.P., Miller, C., Singh, S.S., Thomas, R. & Tayade, C. (2015). Pathophysiology and Immune Dysfunction in Endometriosis. *BioMed Research International* 2015, 795976. <https://doi.org/10.1155/2015/795976>

Al Hussaini, H. A. D., Alatawi, E. S. E., Shabani, J. A. J., Edhrabooh, M. I. H., Alhawaj, S. A. A., Almahfoodh, M. S., Alsamiri, H. Y., AlMaatoug, A. R., Hayderali, M. I. M., & Almousa, M. R. (2024). Management of Endometriosis-Related Pain: Comparing the Effectiveness of Hormonal Therapy, Surgical Interventions, and Complementary Therapies. *Cureus*, 16(12), e75590. <https://doi.org/10.7759/cureus.75590>

Allaire, C., Bedaiwy, M. A., & Yong, P. J. (2023). Diagnosis and management of endometriosis. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 195(10), E363–E371. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220637>

Álvarez-Salvago, F., Lara-Ramos, A., Cantarero-Villanueva, I., Mazheika, M., Mundo-López, A., Galiano-Castillo, N., Fernández-Lao, C., Arroyo-Morales, M., Ocón-Hernández, O., & Artacho-Cordón, F. (2020). Chronic Fatigue, Physical Impairments and Quality of Life in Women with Endometriosis: A Case-Control Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3610. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103610>

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>

Andres, M. P., Borrelli, G. M., & Abrão, M. S.(2018). Endometriosis classification according to pain symptoms: can the ASRM classification be improved? *Best Practice & Research Clinical. Obstetrics & Gynaecology* , 51, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.06.003>

Arcoverde, F. V. L., Andres, M. P., Borrelli, G. M., Barbosa, P. A., Abrão, M. S., & Kho, R. M. (2019). Surgery for Endometriosis Improves Major Domains of Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of minimally invasive gynecology*, 26(2), 266–278. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2018.09.774>

Aredo, J. V., Heyrana, K. J., Karp, B. I., Shah, J. P., & Stratton, P. (2017). Relating Chronic Pelvic Pain and Endometriosis to Signs of Sensitization and Myofascial Pain and Dysfunction. *Seminars in reproductive medicine*, 35(1), 88–97. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1597123>

Armour, M., Ciccia, D., Yazdani, A., Rombauts, L., Niekerk, L. V., Schubert, R., & Abbott, J. (2023). Endometriosis research priorities in Australia. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 63(4), 594–598. <https://doi.org/10.1111/ajo.13699>

Arruda, M. S., Petta, C. A., Abrão, M. S., & Benetti-Pinto, C. L. (2003). Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Human reproduction (Oxford, England)*, 18(4), 756–759. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg136>

As-Sanie, S., Mackenzie, S. C., Morrison, L., Schrepf, A., Zondervan, K. T., Horne, A. W., & Missmer, S. A. (2025). Endometriosis: A Review. *JAMA*, 334(1), 64–78. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.2975>

Asante, A., & Taylor, R. N. (2011). Endometriosis: the role of neuroangiogenesis. *Annual review of physiology*, 73, 163–182. <https://doi.org/10.1146/annurev-physiol-012110-142158>

Attar, E., & Bulun, S. E. (2006). Aromatase and other steroidogenic genes in endometriosis: translational aspects. *Human reproduction update*, 12(1), 49–56. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmi034>

Bair, M. J., & Krebs, E. E. (2020). Fibromyalgia. *Annals of internal medicine*, 172(5), ITC33–ITC48. <https://doi.org/10.7326/AITC202003030>

Ballard, K., Lowton, K., & Wright, J. (2006). What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertility and sterility*, 86(5), 1296–1301. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.04.054>

Barbara, G., Buggio, L., Facchin, F., & Vercellini, P. (2021). Medical Treatment for Endometriosis: Tolerability, Quality of Life and Adherence. *Frontiers in global women's health*, 2, 729601. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.729601>

Baron, J. A., La Vecchia, C., & Levi, F. (1990). The antiestrogenic effect of cigarette smoking in women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 162(2), 502–514. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(90\)90420-c](https://doi.org/10.1016/0002-9378(90)90420-c)

Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*, 2(4), 297–307. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(00)00065-4)

Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

Becker, C. M., Bokor, A., Heikinheimo, O., Horne, A., Jansen, F., Kiesel, L., King, K., Kvaskoff, M., Nap, A., Petersen, K., Saridogan, E., Tomassetti, C., van Hanegem, N., Vulliamoz, N., Vermeulen, N., & ESHRE Endometriosis Guideline Group (2022). ESHRE guideline: endometriosis. *Human reproduction open*, 2022(2), hoac009. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009>

Beddows, I., Fan, H., Heinze, K., Johnson, B. K., Leonova, A., Senz, J., Djirackor, S., Cho, K. R., Pearce, C. L., Huntsman, D. G., Anglesio, M. S., & Shen, H. (2024). Cell State of Origin Impacts Development of Distinct Endometriosis-Related Ovarian Carcinoma

Histotypes. *Cancer research*, 84(1), 26–38. <https://doi.org/10.1158/0008-5472.CAN-23-1362>

Bernuit, D., Ebert, T. Halis, G., Strothmann, A., Gerlinger, C., Geppert, K. & A.D., Faustmann (2011). Female perspectives on endometriosis: Findings from the uterine bleeding and pain women's research study. *Journal of endometriosis and pelvic pain disorders* 3(2), 73-85. <https://doi.org/10.5301/JE.2011.8525>

Bianconi, L., Hummelshoj, L., Coccia, M. E., Vigano, P., Vittori, G., Veit, J., Music, R., Tomassini, A., & D'Hooghe, T. (2007). Recognizing endometriosis as a social disease: the European Union-encouraged Italian Senate approach. *Fertility and sterility*, 88(5), 1285–1287. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.07.1324>

Bień, A., Rzońca, E., Zarajczyk, M., Wilkosz, K., Wdowiak, A., & Iwanowicz-Palus, G. (2020). Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 29(10), 2669–2677. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02515-4>

Blair H. A. (2024). Relugolix/Estradiol/Norethisterone Acetate: A Review in Endometriosis-Associated Pain. *Drugs*, 84(4), 449–457. <https://doi.org/10.1007/s40265-024-02018-3>

Blum, S., Fasching, P. A., Hildebrandt, T., Lermann, J., Heindl, F., Born, T., Lubrich, H., Antoniadis, S., Becker, K., Fahlbusch, C., Heusinger, K., Burghaus, S., Beckmann, M. W., & Hein, A. (2022). Comprehensive characterization of endometriosis patients and disease patterns in a large clinical cohort. *Archives of gynecology and obstetrics*, 305(4), 977–984. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06200-w>

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469–2475. <https://doi.org/10.1001/jama.288.19.2469>

Bogani, G., Chiappa, V., Raspagliesi, F., & Corso, G. (2025). Endometriosis and cancer risk. *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, 34(3), 276–278. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000965>

Bonavina, G., & Taylor, H. S. (2022). Endometriosis-associated infertility: From pathophysiology to tailored treatment. *Frontiers in endocrinology*, 13, 1020827. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.1020827>

Bougie, O., Yap, M. I., Sikora, L., Flaxman, T., & Singh, S. (2019). Influence of race/ethnicity on prevalence and presentation of endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 126(9), 1104–1115. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15692>

Bourdel, N., Chauvet, P., Billone, V., Douridas, G., Fauconnier, A., Gerbaud, L., & Canis, M. (2019). Systematic review of quality of life measures in patients with endometriosis. *PloS one*, 14(1), e0208464. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208464>

Bourdon, M., Antoine, V., Combes, U., Maitrot-Mantelet, L., Marcellin, L., Maignien, C., Chapron, C., & Santulli, P. (2023). Severe pelvic pain is associated with sexual abuse experienced during childhood and/or adolescence irrespective of the presence of endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)*, 38(8), 1499–1508. <https://doi.org/10.1093/humrep/dead119>

Bravi, F., Parazzini, F., Cipriani, S., Chiaffarino, F., Ricci, E., Chiantera, V., Viganò, P., & La Vecchia, C. (2014). Tobacco smoking and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 4(12), e006325. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006325>

Brouns, F., Van Haaps, A., Keszthelyi, D., Venema, K., Bongers, M., Maas, J., & Mijatovic, V. (2023). Diet associations in endometriosis: a critical narrative assessment with special reference to gluten. *Frontiers in nutrition*, 10, 1166929. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1166929>

Brown, J., Pan, A., & Hart, R. J. (2010). Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2010(12), CD008475. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008475.pub2>

Bulletti, C., Coccia, M. E., Battistoni, S., & Borini, A. (2010). Endometriosis and infertility. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 27(8), 441–447. <https://doi.org/10.1007/s10815-010-9436-1>

Bulun, S. E., Yilmaz, B. D., Sison, C., Miyazaki, K., Bernardi, L., Liu, S., Kohlmeier, A., Yin, P., Milad, M., & Wei, J. (2019). Endometriosis. *Endocrine reviews*, 40(4), 1048–1079. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00242>

Bulun, S. E., Yildiz, S., Adli, M., & Wei, J. J. (2021). Adenomyosis pathogenesis: insights from next-generation sequencing. *Human reproduction update*, 27(6), 1086–1097. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmab017>

Bulun, S. E., Yildiz, S., Adli, M., Chakravarti, D., Parker, J. B., Milad, M., Yang, L., Chaudhari, A., Tsai, S., Wei, J. J., & Yin, P. (2023). Endometriosis and adenomyosis:

shared pathophysiology. *Fertility and sterility*, 119(5), 746–750.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.03.006>

Bungum, H. F., Vestergaard, C., & Knudsen, U. B. (2014). Endometriosis and type 1 allergies/immediate type hypersensitivity: a systematic review. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 179, 209–215.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.04.025>

Burney, R. O. & Giudice, L. C. (2012). Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertility and sterility*, 98(3), 511–519.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.06.029>

Butrick C. W. (2007). Patients with chronic pelvic pain: endometriosis or interstitial cystitis/painful bladder syndrome?. *JSLs : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 11(2), 182–189.

Carrera, R. (2017). Cuestionario Internacional de actividad física (IPAQ). *Revista de Enfermería del Trabajo*, 7(2), 49-54.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5920688>

Chapron, C., Santulli, P., de Ziegler, D., Noel, J. C., Anaf, V., Streuli, I., Foulot, H., Souza, C., & Borghese, B. (2012). Ovarian endometrioma: severe pelvic pain is associated with deeply infiltrating endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)*, 27(3), 702–711. <https://doi.org/10.1093/humrep/der462>

Chapron, C., Marcellin, L., Borghese, B., & Santulli, P. (2019). Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nature reviews. Endocrinology*, 15(11), 666–682. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0245-z>

Chen, H., Vannuccini, S., Capezzuoli, T., Ceccaroni, M., Mubiao, L., Shuting, H., Wu, Y., Huang, H., & Petraglia, F. (2021). Comorbidities and Quality of Life in Women Undergoing First Surgery for Endometriosis: Differences Between Chinese and Italian Population. *Reproductive sciences (Thousand Oaks, Calif.)*, 28(8), 2359–2366. <https://doi.org/10.1007/s43032-021-00487-5>

Chen, I., Veth, V. B., Choudhry, A. J., Murji, A., Zakhari, A., Black, A. Y., Agarpao, C., & Maas, J. W. (2020). Pre- and postsurgical medical therapy for endometriosis surgery. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD003678. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003678.pub3>

Chiaffarino, F., Cipriani, S., Ricci, E., Roncella, E., Mauri, P. A., Parazzini, F., & Vercellini, P. (2020). Endometriosis and inflammatory bowel disease: A systematic review of the literature. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 252, 246–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.06.051>

Chiaffarino, F., Cipriani, S., Ricci, E., Mauri, P. A., Esposito, G., Barretta, M., Vercellini, P., & Parazzini, F. (2021). Endometriosis and irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Archives of gynecology and obstetrics*, 303(1), 17–25. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05797-8>

Chung, M. K., Chung, R. P., & Gordon, D. (2005). Interstitial cystitis and endometriosis in patients with chronic pelvic pain: The "Evil Twins" syndrome. *JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 9(1), 25–29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15791965/>

Coccia, M. E., Nardone, L., & Rizzello, F. (2022). Endometriosis and Infertility: A Long-Life Approach to Preserve Reproductive Integrity. *International journal of environmental research and public health*, 19(10), 6162. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106162>

Collinet, P., Leguevaque, P., Neme, R. M., Cela, V., Barton-Smith, P., Hébert, T., Hanssens, S., Nishi, H., & Nisolle, M. (2014). Robot-assisted laparoscopy for deep infiltrating endometriosis: international multicentric retrospective study. *Surgical endoscopy*, 28(8), 2474–2479. <https://doi.org/10.1007/s00464-014-3480-3>

Comptour, A., Figuier, C., Pereira, B., Chauvet, P., Bourdel, N., & Canis, M. (2024). Endometriosis: Age at diagnosis and the severity of the disease. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*, 53(5), 102759. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2024.102759>

Cramer, D. W., & Missmer, S. A. (2002). The epidemiology of endometriosis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 955, 11–406. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2002.tb02761.x>

Dantkale, K. S., & Agrawal, M. (2024). A Comprehensive Review of the Diagnostic Landscape of Endometriosis: Assessing Tools, Uncovering Strengths, and Acknowledging Limitations. *Cureus*, 16(3), e56978. <https://doi.org/10.7759/cureus.56978>

De Graaff, A. A., Dirksen, C. D., Simoons, S., De Bie, B., Hummelshoj, L., D'Hooghe, T. M., & Dunselman, G. A. (2015). Quality of life outcomes in women with endometriosis are highly influenced by recruitment strategies. *Human reproduction (Oxford, England)*, 30(6), 1331–1341. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev084>

De Ziegler, D., Borghese, B., & Chapron, C. (2010). Endometriosis and infertility: pathophysiology and management. *Lancet (London, England)*, 376(9742), 730–738. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60490-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60490-4)

Del Forno, S., Raspollini, A., Doglioli, M., Andreotti, A., Spagnolo, E., Lenzi, J., Borghese, G., Raimondo, D., Arena, A., Rodriguez, E., Hernandez, A., Govoni, F., & Seracchioli, R.

(2024). Painful sexual intercourse, quality of life and sexual function in patients with endometriosis: not just deep dyspareunia. *Archives of gynecology and obstetrics*, 310(4), 2091–2100. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07643-7>

Della Corte, L., Di Filippo, C., Gabrielli, O., Reppuccia, S., La Rosa, V. L., Ragusa, R., Fichera, M., Commodari, E., Bifulco, G., & Giampaolino, P. (2020). The Burden of Endometriosis on Women's Lifespan: A Narrative Overview on Quality of Life and Psychosocial Wellbeing. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4683. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134683>

Donnez, J., Pirard, C., Smets, M., Jadoul, P., & Squifflet, J. (2004). Surgical management of endometriosis. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 18(2), 329–348. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2004.03.004>

Donnez, J., & Dolmans, M. M. (2021). Endometriosis and Medical Therapy: From Progestogens to Progesterone Resistance to GnRH Antagonists: A Review. *Journal of clinical medicine*, 10(5), 1085. <https://doi.org/10.3390/jcm10051085>

Donnez O. (2021). Conservative Management of Rectovaginal Deep Endometriosis: Shaving Should Be Considered as the Primary Surgical Approach in a High Majority of Cases. *Journal of clinical medicine*, 10(21), 5183. <https://doi.org/10.3390/jcm10215183>

Dunselman, G. A., Vermeulen, N., Becker, C., Calhaz-Jorge, C., D'Hooghe, T., De Bie, B., Heikinheimo, O., Horne, A. W., Kiesel, L., Nap, A., Prentice, A., Saridogan, E., Soriano, D., Nelen, W., & European Society of Human Reproduction and Embryology (2014). ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)*, 29(3), 400–412. <https://doi.org/10.1093/humrep/det457>

Dutta, S., Banu, S. K., & Arosh, J. A. (2023). Endocrine disruptors and endometriosis. *Reproductive toxicology (Elmsford, N.Y.)*, 115, 56–73. <https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2022.11.007>

Edi, R., & Cheng, T. (2022). Endometriosis: Evaluation and Treatment. *American family physician*, 106(4), 397–404.

Eisenberg, V. H., Zolti, M., & Soriano, D. (2012). Is there an association between autoimmunity and endometriosis?. *Autoimmunity reviews*, 11(11), 806–814. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2012.01.005>

Endometriosis Initiative Group (2024). A Call for New Theories on the Pathogenesis and Pathophysiology of Endometriosis. *Journal of minimally invasive gynecology*, 31(5), 371–377. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2024.02.004>

Eskenazi, B., & Warner, M. L. (1997). Epidemiology of endometriosis. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 24(2), 235–258. [https://doi.org/10.1016/s0889-8545\(05\)70302-8](https://doi.org/10.1016/s0889-8545(05)70302-8)

Eskenazi, B., Warner, M., Bonsignore, L., Olive, D., Samuels, S., & Vercellini, P. (2001). Validation study of nonsurgical diagnosis of endometriosis. *Fertility and sterility*, 76(5), 929–935. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(01\)02736-4](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(01)02736-4)

Facchin, F., Barbara, G., Saita, E., Mosconi, P., Roberto, A., Fedele, L., & Vercellini, P. (2015). Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 36(4), 135–141. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2015.1074173>

Falcone, T., & Flyckt, R. (2018). Clinical Management of Endometriosis. *Obstetrics and gynecology*, 131(3), 557–571. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002469>

Farland, L. V., Eliassen, A. H., Tamimi, R. M., Spiegelman, D., Michels, K. B., & Missmer, S. A. (2017). History of breast feeding and risk of incident endometriosis: prospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 358, j3778. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3778>

Farshi, N., Hasanpour, S., Mirghafourvand, M., & Esmaeilpour, K. (2020). Effect of self-care counselling on depression and anxiety in women with endometriosis: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 20(1), 391. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02795-7>

Fauconnier, A., & Chapron, C. (2005). Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Human reproduction update*, 11(6), 595–606. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmi029>

Fayers, P.M., & Machin, D. (2013). Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes (2nd ed.). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118702990>

Ferenczy A. (1998). Pathophysiology of adenomyosis. *Human reproduction update*, 4(4), 312–322. <https://doi.org/10.1093/humupd/4.4.312>

Fernández-Martínez, E., Onieva-Zafra, M. D., & Parra-Fernández, M. L. (2018). Lifestyle and prevalence of dysmenorrhea among Spanish female university students. *PloS one*, 13(8), e0201894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201894>

Ferrero, S., Camerini, G., Leone Roberti Maggiore, U., Venturini, P. L., Biscaldi, E., & Remorgida, V. (2011). Bowel endometriosis: Recent insights and unsolved problems. *World journal of gastrointestinal surgery*, 3(3), 31–38. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v3.i3.31>

Fleischer, K., Bachi, A., Kam, J., Narayanan, P., Nair, R., & Khazali, S. (2024). Bladder Endometriosis: What do we know and what is left to find out? A narrative review. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 96, 102536. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2024.102536>

Fourquet, J., Báez, L., Figueroa, M., Iriarte, R. I., & Flores, I. (2011). Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertility and sterility*, 96(1), 107–112. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.04.095>

França, P. R. C., Lontra, A. C. P., & Fernandes, P. D. (2022). Endometriosis: A Disease with Few Direct Treatment Options. *Molecules (Basel, Switzerland)*, 27(13), 4034. <https://doi.org/10.3390/molecules27134034>

Gaia-Oltean, A. I., Braicu, C., Gulei, D., Ciortea, R., Miha, D., Roman, H., Irimie, A., & Berindan-Neagoe, I. (2021). Ovarian endometriosis, a precursor of ovarian cancer: Histological aspects, gene expression and microRNA alterations (Review). *Experimental and therapeutic medicine*, 21(3), 243. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9674>

Gao, X., Outley, J., Botteman, M., Spalding, J., Simon, J. A., & Pashos, C. L. (2006). Economic burden of endometriosis. *Fertility and sterility*, 86(6), 1561–1572. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.06.015>

Goksu, M., Kadirogullari, P., & Seckin, K. D. (2021). Evaluation of depression and sleep disorders in the preoperative and postoperative period in stage 4 endometriosis patients. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 264, 254–258. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.07.037>

Gharaei, H., & Gholampoor, N. (2023). The Role of Interventional Pain Management Strategies for Neuropathic Pelvic Pain in Endometriosis. *Pain physician*, 26(5), E487–E495.

Grandi, G., Toss, A., Cortesi, L., Botticelli, L., Volpe, A., & Cagnacci, A. (2015). The Association between Endometriomas and Ovarian Cancer: Preventive Effect of Inhibiting Ovulation and Menstruation during Reproductive Life. *BioMed research international*, 2015, 751571. <https://doi.org/10.1155/2015/751571>

Grodstein, F., Goldman, M. B., & Cramer, D. W. (1994). Infertility in women and moderate alcohol use. *American journal of public health*, 84(9), 1429–1432. <https://doi.org/10.2105/ajph.84.9.1429>

Gruber, T. M., & Mechsner, S. (2021). Pathogenesis of Endometriosis: The Origin of Pain and Subfertility. *Cells*, 10(6), 1381. <https://doi.org/10.3390/cells10061381>

Guan, Q., Velho, R. V., Sehouli, J., & Mechsner, S. (2023). Endometriosis and Opioid Receptors: Are Opioids a Possible/Promising Treatment for Endometriosis?. *International journal of molecular sciences*, 24(2), 1633. <https://doi.org/10.3390/ijms24021633>

Guerriero, S., Condous, G., van den Bosch, T., Valentin, L., Leone, F. P., Van Schoubroeck, D., Exacoustos, C., Installé, A. J., Martins, W. P., Abrao, M. S., Hudelist, G., Bazot, M., Alcazar, J. L., Gonçalves, M. O., Pascual, M. A., Ajossa, S., Savelli, L., Dunham, R., Reid, S., Menakaya, U., ... Timmerman, D. (2016). Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 48(3), 318–332. <https://doi.org/10.1002/uog.15955>

Gutke, A., Sundfeldt, K., & De Baets, L. (2021). Lifestyle and Chronic Pain in the Pelvis: State of the Art and Future Directions. *Journal of clinical medicine*, 10(22), 5397. <https://doi.org/10.3390/jcm10225397>

Habib, N., Buzzaccarini, G., Centini, G., Moawad, G. N., Ceccaldi, P. F., Gitas, G., Alkatout, I., Gullo, G., Terzic, S., & Sleiman, Z. (2022). Impact of lifestyle and diet on endometriosis: a fresh look to a busy corner. *Przegląd menopauzalny = Menopause review*, 21(2), 124–132. <https://doi.org/10.5114/pm.2022.116437>

Halme, J., Hammond, M. G., Hulka, J. F., Raj, S. G., & Talbert, L. M. (1984). Retrograde menstruation in healthy women and in patients with endometriosis. *Obstetrics and gynecology*, 64(2), 151–154.

Hamouda, R. K., Arzoun, H., Sahib, I., Escudero Mendez, L., Srinivasan, M., Shoukrie, S. I., Dhanoa, R. K., Selvaraj, R., Malla, J., Selvamani, T. Y., Zahra, A., Venugopal, S., & Mohammed, L. (2023). The Comorbidity of Endometriosis and Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review. *Cureus*, 15(7), e42362. <https://doi.org/10.7759/cureus.42362>

Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., Norekvål, T. M., ... LIVSFORSK network (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 28(10), 2641–2650. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>

Harris, H. R., Eke, A. C., Chavarro, J. E., & Missmer, S. A. (2018b). Fruit and vegetable consumption and risk of endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)*, 33(4), 715–727. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey014>

Harris, H. R., Wieser, F., Vitonis, A. F., Rich-Edwards, J., Boynton-Jarrett, R., Bertone-Johnson, E. R., & Missmer, S. A. (2018a). Early life abuse and risk of endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)*, 33(9), 1657–1668. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey248>

Hart, R. J., Hickey, M., Maouris, P., & Buckett, W. (2008). Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD004992. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004992.pub3>

He, G., Chen, J., Peng, Z., Feng, K., Luo, C., & Zeng, X. (2022). A Study on the Correlation Between Quality of Life and Unhealthy Emotion Among Patients With Endometriosis. *Frontiers in psychology*, 13, 830698. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.830698>

Hernández, A., Muñoz, E., Ramiro-Cortijo, D., Spagnolo, E., Lopez, A., Sanz, A., Redondo, C., Salas, P., & Cristobal, I. (2022). Quality of Life in Women after Deep Endometriosis Surgery: Comparison with Spanish Standardized Values. *Journal of clinical medicine*, 11(20), 6192. <https://doi.org/10.3390/jcm11206192>

Hill, D. A., & Taylor, C. A. (2021). Dyspareunia in Women. *American family physician*, 103(10), 597–604.

Hirsch, M., Duffy, J., Davis, C. J., Nieves Plana, M., Khan, K. S., & International Collaboration to Harmonise Outcomes and Measures for Endometriosis (2016). Diagnostic accuracy of cancer antigen 125 for endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 123(11), 1761–1768. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14055>

Holdsworth-Carson, S. J., Ng, C. H. M., & Dior, U. P. (2022). Editorial: Comorbidities in Women With Endometriosis: Risks and Implications. *Frontiers in reproductive health*, 4, 875277. <https://doi.org/10.3389/frph.2022.875277>

Horne, A. W., & Missmer, S. A. (2022). Pathophysiology, diagnosis, and management of endometriosis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 379, e070750. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070750>

Howard F. M. (1993). The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstetrical & gynecological survey*, 48(6), 357–387. <https://doi.org/10.1097/00006254-199306000-00001>

Huntington, A. & Gilmour, J.A. (2005). A life shaped by pain: women and endometriosis. *Journal Clinical Nursing*, 14(9), 1124-1132. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01231>

Hurd W. W. (1998). Criteria that indicate endometriosis is the cause of chronic pelvic pain. *Obstetrics and gynecology*, 92(6), 1029–1032. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(98\)00283-x](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(98)00283-x)

Husby, G. K., Haugen, R. S., & Moen, M. H. (2003). Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 82(7), 649–653. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00168.x>

Iannuzzo, F., Garzon, S., Lazzari, C., Porcari, I., Bosco, M., Etrusco, A., Laganà, A. S., Uccella, S., Chiantera, V., Celebre, L., Mento, C., Muscatello, M. R. A., & Bruno, A. (2024). Sleep disorders and hyperarousal among patients with endometriosis: A case-control survey study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 300, 287–295. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.07.031>

Johnson, N. P., Hummelshoj, L., & World Endometriosis Society Montpellier Consortium (2013). Consensus on current management of endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)*, 28(6), 1552–1568. <https://doi.org/10.1093/humrep/det050>

Junta de Andalucía, Dirección General de Asistencia Sanitaria. (2017). Guía de atención a mujeres con endometriosis en el Sistema Sanitario Publico de Andalucía. Junta de Andalucía. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/guia_endometriosis.pdf

Kalaitzopoulos, D. R., Samartzis, N., Kolovos, G. N., Mareti, E., Samartzis, E. P., Eberhard, M., Dinas, K., & Daniilidis, A. (2021). Treatment of endometriosis: a review with comparison of 8 guidelines. *BMC women's health*, 21(1), 397. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01545-5>

Kanthimathinathan, V., Elakkary, E., Bleibel, W., Kuwajerwala, N., Conjeevaram, S., & Tootla, F. (2007). Endometrioma of the large bowel. *Digestive diseases and sciences*, 52(3), 767–769. <https://doi.org/10.1007/s10620-006-9623-1>

Keckstein, J., Saridogan, E., Ulrich, U. A., Sillem, M., Oppelt, P., Schweppe, K. W., Krentel, H., Janschek, E., Exacoustos, C., Malzoni, M., Mueller, M., Roman, H., Condous, G., Forman, A., Jansen, F. W., Bokor, A., Simedrea, V., & Hudelist, G. (2021). The #Enzian classification: A comprehensive non-invasive and surgical description system for endometriosis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 100(7), 1165–1175. <https://doi.org/10.1111/aogs.14099>

Keukens, A., Veth, V. B., Regis, M., Mijatovic, V., Bongers, M. Y., Coppus, S. F. P. J., & Maas, J. W. M. (2024). The effect of surgery or medication on pain and quality of life in women with endometrioma. A systematic review and meta-analysis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 293, 95–105. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.12.012>

Khashchenko, E. P., Uvarova, E. V., Chuprynin, V. D., Pustynnikova, M. Y., Fatkhudinov, T. K., Elchaninov, A. V., Gardanova, Z. R., Ivanets, T. Y., Vysokikh, M. Y., & Sukhikh, G. T. (2023). Pelvic Pain, Mental Health and Quality of Life in Adolescents with Endometriosis after Surgery and Dienogest Treatment. *Journal of clinical medicine*, 12(6), 2400. <https://doi.org/10.3390/jcm1206240>

Kido, A., Himoto, Y., Moribata, Y., Kurata, Y., & Nakamoto, Y. (2022). MRI in the Diagnosis of Endometriosis and Related Diseases. *Korean journal of radiology*, 23(4), 426–445. <https://doi.org/10.3348/kjr.2021.0405>

Kitawaki, J., Kado, N., Ishihara, H., Koshiba, H., Kitaoka, Y., & Honjo, H. (2002). Endometriosis: the pathophysiology as an estrogen-dependent disease. *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology*, 83(1-5), 149–155. [https://doi.org/10.1016/s0960-0760\(02\)00260-1](https://doi.org/10.1016/s0960-0760(02)00260-1)

Koninckx, P. R., Ussia, A., Adamyan, L., Wattiez, A., & Donnez, J. (2012). Deep endometriosis: definition, diagnosis, and treatment. *Fertility and sterility*, 98(3), 564–571. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.07.1061>

Koninckx, P. R., Ussia, A., Adamyan, L., Wattiez, A., Gomel, V., & Martin, D. C. (2019). Pathogenesis of endometriosis: the genetic/epigenetic theory. *Fertility and sterility*, 111(2), 327–340. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.10.013>

Kupec, T., Caspers, R., Meyer-Wilmes, P., Najjari, L., Stickeler, E., & Wittenborn, J. (2024). Anxiety in Endometriosis Patients: Implications for Clinical Practice. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 84(12), 1150–1156. <https://doi.org/10.1055/a-2360-4604>

Kvaskoff, M., Mu, F., Terry, K. L., Harris, H. R., Poole, E. M., Farland, L., & Missmer, S. A. (2015). Endometriosis: a high-risk population for major chronic diseases?. *Human reproduction update*, 21(4), 500–516. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv013>

La Rosa, V. L., De Franciscis, P., Barra, F., Schiattarella, A., Török, P., Shah, M., Karaman, E., Marques Cerentini, T., Di Guardo, F., Gullo, G., Ponta, M., & Ferrero, S. (2020). Quality of life in women with endometriosis: a narrative overview. *Minerva medica*, 111(1), 68–78. <https://doi.org/10.23736/S0026-4806.19.06298-0>

Laas, E., Zacharopoulou, C., Montanari, G., Seracchioli, R., Abrão, M. S., Bassi, M. A., Ballester, M., & Daraï, E. (2015). External validation of the SF-36 quality-of-life questionnaire in Italian and Brazilian populations to select patients with colorectal endometriosis for surgery. *Journal of minimally invasive gynecology*, 22(3), 378–383. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2014.06.005>

Lamceva, J., Uljanovs, R., & Strumfa, I. (2023). The Main Theories on the Pathogenesis of Endometriosis. *International journal of molecular sciences*, 24(5), 4254. <https://doi.org/10.3390/ijms24054254>

Lee, P. H., Macfarlane, D. J., Lam, T. H., & Stewart, S. M. (2011). Validity of the International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF): a systematic review. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 8, 115. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-115>

Leone Roberti Maggiore, U., Chiappa, V., Ceccaroni, M., Roviglione, G., Savelli, L., Ferrero, S., Raspagliesi, F., & Spanò Bascio, L. (2024). Epidemiology of infertility in women with endometriosis. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 92, 102454. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2023.102454>

Liebermann, C., Kohl Schwartz, A. S., Charpidou, T., Geraedts, K., Rauchfuss, M., Wölfler, M., von Orelli, S., Häberlin, F., Eberhard, M., Imesch, P., Imthurn, B., & Leeners, B. (2018). Maltreatment during childhood: a risk factor for the development of endometriosis?. *Human reproduction (Oxford, England)*, 33(8), 1449–1458. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey111>

Liu, Y., Gong, H., Gou, J., Liu, X., & Li, Z. (2021). Dienogest as a Maintenance Treatment for Endometriosis Following Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in medicine*, 8, 652505. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.652505>

Lövkvist, L., Boström, P., Edlund, M., & Olovsson, M. (2016). Age-Related Differences in Quality of Life in Swedish Women with Endometriosis. *Journal of women's health (2002)*, 25(6), 646–653. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5403>

Luisi, S., Pizzo, A., Pinzauti, S., Zupi, E., Centini, G., Lazzeri, L., Di Carlo, C., & Petraglia, F. (2015). Neuroendocrine and stress-related aspects of endometriosis. *Neuroendocrinology letters*, 36(1), 15–23.

Marín Sánchez, M. de P., Martínez-Esparza, M., García-Peñarrubia, P., Arense-Gonzalo, A.J. & Ruiz-Alcaraz, J.J. (2025). Impact of Deep endometriosis with and without ovarian involvement on quality of life compared to exclusive ovarian endometriosis. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 52(3), 101053. <http://doi.org/10.1016/j.gine.2025.101053>

Marinho, M. C. P., Magalhaes, T. F., Fernandes, L. F. C., Augusto, K. L., Brilhante, A. V. M., & Bezerra, L. R. P. S. (2018). Quality of Life in Women with Endometriosis: An Integrative Review. *Journal of women's health (2002)*, 27(3), 399–408. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6397>

Maroun, P., Cooper, M. J., Reid, G. D., & Keirse, M. J. (2009). Relevance of gastrointestinal symptoms in endometriosis. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 49(4), 411–414. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2009.01030.x>

Marteau, T. M., & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *The British journal of clinical psychology*, 31(3), 301–306. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1992.tb00997.x>

Maruyama T. (2022). A Revised Stem Cell Theory for the Pathogenesis of Endometriosis. *Journal of personalized medicine*, 12(2), 216. <https://doi.org/10.3390/jpm12020216>

Matalliotakis, I. M., Cakmak, H., Fragouli, Y. G., Goumenou, A. G., Mahutte, N. G., & Arici, A. (2008). Epidemiological characteristics in women with and without endometriosis in the Yale series. *Archives of gynecology and obstetrics*, 277(5), 389–393. <https://doi.org/10.1007/s00404-007-0479-1>

Maulenkul, T., Kuandyk, A., Makhadiyeva, D., Dautova, A., Terzic, M., Oshibayeva, A., Moldaliyev, I., Ayazbekov, A., Maimakov, T., Saruarov, Y., Foster, F., & Sarria-Santamera, A. (2024). Understanding the impact of endometriosis on women's life: an integrative review of systematic reviews. *BMC women's health*, 24(1), 524. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03369-5>

Mauri, M., Reid, R. L., & MacLean, A. W. (1988). Sleep in the premenstrual phase: a self-report study of PMS patients and normal controls. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 78(1), 82–86. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1988.tb06304.x>

Mayo, N.E. (Ed.).(2015) *ISOQOL dictionary of quality of life and health outcomes measurement*. International Society for Quality o Life Research (ISOQOL).

Mehedintu, C., Plotogea, M. N., Ionescu, S., & Antonovici, M. (2014). Endometriosis still a challenge. *Journal of medicine and life*, 7(3), 349–357.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25408753/>

Menakaya, U., Infante, F., & Condous, G. (2013). Consensus on current management of endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)*, 28(11), 3162–3163.
<https://doi.org/10.1093/humrep/det346>

Mick, I., Freger, S. M., van Keizerswaard, J., Gholiof, M., & Leonardi, M. (2024). Comprehensive endometriosis care: a modern multimodal approach for the treatment of pelvic pain and endometriosis. *Therapeutic advances in reproductive health*, 18, 26334941241277759. <https://doi.org/10.1177/26334941241277759>

Micu, R., Gaia-Oltean, A. M. I., Budişan, L., Braicu, C., Irimie, A., & Berindan-Neagoe, I. (2023). The added value of CA125, HE4, and CA72-4 as markers for ovarian endometriosis diagnosis. *Romanian journal of morphology and embryology = Revue roumaine de morphologie et embryologie*, 64(2), 159–164.
<https://doi.org/10.47162/RJME.64.2.05>

Midilli, T. S., Yasar, E., & Baysal, E. (2015). Dysmenorrhea Characteristics of Female Students of Health School and Affecting Factors and Their Knowledge and Use of Complementary and Alternative Medicine Methods. *Holistic nursing practice*, 29(4), 194–204. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000091>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDO_fin_al.pdf

Missmer, S. A., Chavarro, J. E., Malspeis, S., Bertone-Johnson, E. R., Hornstein, M. D., Spiegelman, D., Barbieri, R. L., Willett, W. C., & Hankinson, S. E. (2010). A prospective study of dietary fat consumption and endometriosis risk. *Human reproduction (Oxford, England)*, 25(6), 1528–1535. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq044>

Moeller, T. P., Bachmann, G. A., & Moeller, J. R. (1993). The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: long-term health consequences for women. *Child abuse & neglect*, 17(5), 623–640. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(93\)90084-i](https://doi.org/10.1016/0145-2134(93)90084-i)

Morán-Sánchez, I., Adoamnei, E., Sánchez-Ferrer, M. L., Prieto-Sánchez, M. T., Arense-Gonzalo, J. J., Casanova-Mompeán, V., Carmona-Barnosi, A., Mendiola, J., & Torres-Cantero, A. M. (2021). Is dispositional optimism associated with endometriomas and deep infiltrating endometriosis?. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 42(1), 50–56. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1729732>

Mori, L. P., Zaia, V., Montagna, E., Vilarino, F. L., & Barbosa, C. P. (2024). Endometriosis in infertile women: an observational and comparative study of quality of life, anxiety, and depression. *BMC women's health*, 24(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03080-5>

Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601–608. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>

Mundo López, A. (2019). *Impacto psicosocial y calidad de vida en mujeres con endometriosis: Situación actual en España*. (Tesis doctoral, Universidad de Granada). Universidad de Granada. <http://hdl.handle.net/10481/68024>

Nezhat, C., Li, A., Falik, R., Copeland, D., Razavi, G., Shakib, A., Mihailide, C., Bamford, H., DiFrancesco, L., Tazuke, S., Ghanouni, P., Rivas, H., Nezhat, A., Nezhat, C., & Nezhat, F.

(2018). Bowel endometriosis: diagnosis and management. *American journal of obstetrics and gynecology*, 218(6), 549–562. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.09.023>

Nezhat, C., Vang, N., Tanaka, P. P., & Nezhat, C. (2019). Optimal Management of Endometriosis and Pain. *Obstetrics and gynecology*, 134(4), 834–839. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003461>

Nnoaham, K. E., Hummelshoj, L., Webster, P., d'Hooghe, T., de Cicco Nardone, F., de Cicco Nardone, C., Jenkinson, C., Kennedy, S. H., Zondervan, K. T., & World Endometriosis Research Foundation Global Study of Women's Health consortium (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and sterility*, 96(2), 366–373.e8. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.05.090>

Nogueira Neto, J., Melo, V. G., Lima, L. C. S., Mendes, A. B. C., Barreto, F. N., Gomes, L. M. R. S., & Leal, P. D. C. (2024). The impact of videolaparoscopic surgery in the treatment of endometriosis on depression levels. *Revista da Associacao Medica Brasileira* (1992), 70(7), e20231651. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20231651>

Nyholt, D. R., Low, S. K., Anderson, C. A., Painter, J. N., Uno, S., Morris, A. P., MacGregor, S., Gordon, S. D., Henders, A. K., Martin, N. G., Attia, J., Holliday, E. G., McEvoy, M., Scott, R. J., Kennedy, S. H., Treloar, S. A., Missmer, S. A., Adachi, S., Tanaka, K., Nakamura, Y., ... Montgomery, G. W. (2012). Genome-wide association meta-analysis identifies new endometriosis risk loci. *Nature genetics*, 44(12), 1355–1359. <https://doi.org/10.1038/ng.2445>

Ortiz M. I. (2010). Primary dysmenorrhea among Mexican university students: prevalence, impact and treatment. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 152(1), 73–77. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.04.015>

Osuga, Y., Seki, Y., Tanimoto, M., Kusumoto, T., Kudou, K., & Terakawa, N. (2021). Relugolix, an oral gonadotropin-releasing hormone receptor antagonist, reduces endometriosis-associated pain in a dose-response manner: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Fertility and sterility*, 115(2), 397–405. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.07.055>

Patel, B. G., Lenk, E. E., Lebovic, D. I., Shu, Y., Yu, J., & Taylor, R. N. (2018). Pathogenesis of endometriosis: Interaction between Endocrine and inflammatory pathways. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 50, 50–60. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.006>

Pino, I., Belloni, G. M., Barbera, V., Solima, E., Radice, D., Angioni, S., Arena, S., Bergamini, V., Candiani, M., Maiorana, A., Mattei, A., Muzii, L., Pagliardini, L., Porpora, M. G., Remorgida, V., Seracchioli, R., Vercellini, P., Zullo, F., Zupi, E., Vignali, M., ... "Endometriosis Treatment Italian Club" (ETIC) (2023). "Better late than never but never late is better", especially in young women. A multicenter Italian study on diagnostic delay for symptomatic endometriosis. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*, 28(1), 10–16. <https://doi.org/10.1080/13625187.2022.2128644>

Piriyev, E., Schiermeier, S., & Römer, T. (2025a). Bladder Endometriosis: Diagnostic, Therapy, and Outcome of a Single-Center Experience. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 15(4), 466. <https://doi.org/10.3390/diagnostics15040466>

Piriyev, E., Schiermeier, S., & Römer, T. (2025b). Hormonal Treatment of Endometriosis: A Narrative Review. *Pharmaceuticals (Basel, Switzerland)*, 18(4), 588. <https://doi.org/10.3390/ph18040588>

Pope, C. J., Sharma, V., Sharma, S., & Mazmanian, D. (2015). A Systematic Review of the Association Between Psychiatric Disturbances and Endometriosis. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 37(11), 1006–1015. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)30050-0](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30050-0)

Pugsley, Z. & Ballard, K. (2007). Management of endometriosis in general practice: the pathway to diagnosis. *British Journal of General Practice*, 57(539), 470-476. <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17550672/>

Rafique, S., & Decherney, A. H. (2017). Medical Management of Endometriosis. *Clinical obstetrics and gynecology*, 60(3), 485–496. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000292>

Rahmioglu, N., Mortlock, S., Ghiasi, M., Møller, P. L., Stefansdottir, L., Galarneau, G., Turman, C., Danning, R., Law, M. H., Sapkota, Y., Christofidou, P., Skarp, S., Giri, A., Banasik, K., Krassowski, M., Lepamets, M., Marciniak, B., Nõukas, M., Perro, D., Sliz, E., ... Zondervan, K. T. (2023). The genetic basis of endometriosis and comorbidity with other pain and inflammatory conditions. *Nature genetics*, 55(3), 423–436. <https://doi.org/10.1038/s41588-023-01323-z>

Ramin-Wright, A., Schwartz, A. S. K., Geraedts, K., Rauchfuss, M., Wölfler, M. M., Haeberlin, F., von Orelli, S., Eberhard, M., Imthurn, B., Imesch, P., Fink, D., & Leeners, B. (2018). Fatigue - a symptom in endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)*, 33(8), 1459–1465. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey115>

Reilly, M. C., Zbrozek, A. S., & Dukes, E. M. (1993). The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics*, 4(5), 353–365. <https://doi.org/10.2165/00019053-199304050-00006>

Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. (1997). *Fertility and sterility*, 67(5), 817–821. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)81391-x](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(97)81391-x)

Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*, 31(3), 160–168. <https://doi.org/10.1159/000066239>

Rokhgireh, S., Mehdizadeh Kashi, A., Chaichian, S., Delbandi, A. A., Allahqoli, L., Ahmadi-Pishkuhi, M., Khodaverdi, S., & Alkatout, I. (2020). The Diagnostic Accuracy of Combined Enolase/Cr, CA125, and CA19-9 in the Detection of Endometriosis. *BioMed research international*, 2020, 5208279. <https://doi.org/10.1155/2020/5208279>

Rolla E. (2019). Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-529. <https://doi.org/10.12688/f1000research.14817.1>

Rostvall, M., Magnusson, C., Gemzell-Danielsson, K., Kosidou, K., & Sieurin, J. (2025). Adverse childhood experiences and the risk of endometriosis-a nationwide cohort study. *Human reproduction (Oxford, England)*, deaf101. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaf10>

Rousset, P., Florin, M., Bharwani, N., Touboul, C., Monroc, M., Golfier, F., Nougaret, S., Thomassin-Naggara, I., & ENDOVALIRM Group (2023). Deep pelvic infiltrating endometriosis: MRI consensus lexicon and compartment-based approach from the ENDOVALIRM group. *Diagnostic and interventional imaging*, 104(3), 95–112. <https://doi.org/10.1016/j.diii.2022.09.004>

Sachedina, A., & Todd, N. (2020). Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents. *Journal of clinical research in pediatric endocrinology*, 12(Suppl 1), 7–17. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0217>

Saha, R., Pettersson, H. J., Svedberg, P., Olovsson, M., Bergqvist, A., Marions, L., Tornvall, P., & Kuja-Halkola, R. (2015). Heritability of endometriosis. *Fertility and sterility*, 104(4), 947–952. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.06.035>

Sampson J. A. (1927). Metastatic or Embolic Endometriosis, due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Venous Circulation. *The American journal of pathology*, 3(2), 93–110.43.

Sampson J. A. (1927). Metastatic or Embolic Endometriosis, due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Venous Circulation. *The American journal of pathology*, 3(2), 93–110.43.

Sarria-Santamera, A., Orazumbekova, B., Terzic, M., Issanov, A., Chaowen, C., & Asúnsolo-Del-Barco, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of Incidence and Prevalence of Endometriosis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(1), 29. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010029>

Saunders, P. T. K., & Horne, A. W. (2021). Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell*, 184(11), 2807–2824. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.04.041>

Schliep, K. C., Mumford, S. L., Johnstone, E. B., Peterson, C. M., Sharp, H. T., Stanford, J. B., Chen, Z., Backonja, U., Wallace, M. E., & Buck Louis, G. M. (2016). Sexual and physical abuse and gynecologic disorders. *Human reproduction (Oxford, England)*, 31(8), 1904–1912. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew153>

Schliep, K. C., Mumford, S. L., Peterson, C. M., Chen, Z., Johnstone, E. B., Sharp, H. T., Stanford, J. B., Hammoud, A. O., Sun, L., & Buck Louis, G. M. (2015). Pain typology and incident endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)*, 30(10), 2427–2438. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev147>

Schippert, C., Witte, Y., Bartels, J., Garcia-Rocha, G. J., Jentschke, M., Hillemanns, P., & Kundu, S. (2020). Reproductive capacity and recurrence of disease after surgery for moderate and severe endometriosis - a retrospective single center analysis. *BMC women's health*, 20(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01016-3>

Scutiero, G., Iannone, P., Bernardi, G., Bonaccorsi, G., Spadaro, S., Volta, C. A., Greco, P., & Nappi, L. (2017). Oxidative Stress and Endometriosis: A Systematic Review of the Literature. *Oxidative medicine and cellular longevity*, 2017, 7265238. <https://doi.org/10.1155/2017/7265238>

Sepulcri, R.deP., & do Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 142(1), 53–56. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2008.09.003>

Shafrir, A. L., Farland, L. V., Shah, D. K., Harris, H. R., Kvaskoff, M., Zondervan, K., & Missmer, S. A. (2018). Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 51, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.06.001>

Shah, D. K., & Missmer, S. A. (2011). Scientific investigation of endometriosis among adolescents. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 24(5 Suppl), S18–S19. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2011.07.008>

Shakiba, K., Bena, J. F., McGill, K. M., Minger, J., & Falcone, T. (2008). Surgical treatment of endometriosis: a 7-year follow-up on the requirement for further surgery. *Obstetrics and gynecology*, *111*(6), 1285–1292. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181758ec6>

Shen, H. H., Zhang, T., Yang, H. L., Lai, Z. Z., Zhou, W. J., Mei, J., Shi, J. W., Zhu, R., Xu, F. Y., Li, D. J., Ye, J. F., & Li, M. Q. (2021). Ovarian hormones-autophagy-immunity axis in menstruation and endometriosis. *Theranostics*, *11*(7), 3512–3526. <https://doi.org/10.7150/thno.55241>

Shiges, N., Kvaskoff, M., Kirtley, S., Feng, Q., Fang, H., Knight, J. C., Missmer, S. A., Rahmioglu, N., Zondervan, K. T., & Becker, C. M. (2019). The association between endometriosis and autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction update*, *25*(4), 486–503. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz014>

Sima, R. M., Pleș, L., Socea, B., Sklavounos, P., Nego, I., Stănescu, A. D., Iordache, I. I., Hamoud, B. H., Radosa, M. P., Juhasz-Boess, I., Solomayer, E. F., Dimitriu, M. C. T., Cîrstoveanu, C., Șerban, D., & Radosa, J. C. (2021). Evaluation of the SF-36 questionnaire for assessment of the quality of life of endometriosis patients undergoing treatment: A systematic review and meta-analysis. *Experimental and therapeutic medicine*, *22*(5), 1283. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.10718>

Simoens, S., Dunselman, G., Dirksen, C., Hummelshoj, L., Bokor, A., Brandes, I., Brodsky, V., Canis, M., Colombo, G. L., DeLeire, T., Falcone, T., Graham, B., Halis, G., Horne, A., Kanj, O., Kjer, J. J., Kristensen, J., Lebovic, D., Mueller, M., Vigano, P., D'Hooghe, T. (2012). The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Human reproduction (Oxford, England)*, *27*(5), 1292–1299. <https://doi.org/10.1093/humrep/des073>

Simoens, S., Hummelshoj, L., & D'Hooghe, T. (2007). Endometriosis: cost estimates and methodological perspective. *Human reproduction update*, 13(4), 395–404. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmm010>

Simoens, S., Hummelshoj, L., Dunselman, G., Brandes, I., Dirksen, C., D'Hooghe, T., & EndoCost Consortium (2011). Endometriosis cost assessment (the EndoCost study): a cost-of-illness study protocol. *Gynecologic and obstetric investigation*, 71(3), 170–176. <https://doi.org/10.1159/000316055>

Sinaii, N., Cleary, S. D., Ballweg, M. L., Nieman, L. K., & Stratton, P. (2002). High rates of autoimmune and endocrine disorders, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and atopic diseases among women with endometriosis: a survey analysis. *Human reproduction (Oxford, England)*, 17(10), 2715–2724. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.10.2715>

Smarr, M. M., Kannan, K., & Buck Louis, G. M. (2016). Endocrine disrupting chemicals and endometriosis. *Fertility and sterility*, 106(4), 959–966. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.06.034>

Smolarz, B., Szytło, K., & Romanowicz, H. (2021). Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature). *International journal of molecular sciences*, 22(19), 10554. <https://doi.org/10.3390/ijms221910554>

Soliman, A. M., Fuldeore, M., & Snabes, M. C. (2017). Factors Associated with Time to Endometriosis Diagnosis in the United States. *Journal of women's health (2002)*, 26(7), 788–797. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6003>

Soliman, A. M., Rahal, Y., Robert, C., Defoy, I., Nisbet, P., Leyland, N., & Singh, S. (2021). Impact of Endometriosis on Fatigue and Productivity Impairment in a Cross-Sectional Survey of Canadian Women. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC =*

Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC, 43(1), 10–18.
<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.06.022>

Soliman, A. M., Yang, H., Du, E. X., Kelley, C., & Winkel, C. (2016). The direct and indirect costs associated with endometriosis: a systematic literature review. *Human reproduction* (Oxford, England), 31(4), 712–722.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dev335>

Soliman, A.M., Coyne, K.C., Gries, K.S., Castelli-Haley, J., Snabes, M.C. & Surrey, E.S. (2017). The Effect of Endometriosis Symptoms on Absenteeism and Presenteeism in the Workplace and at Home. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 23(7), 745-745. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2017.23.7.745>

Somigliana, E., Busnelli, A., Benaglia, L., Viganò, P., Leonardi, M., Paffoni, A., & Vercellini, P. (2017). Postoperative hormonal therapy after surgical excision of deep endometriosis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 209, 77–80. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.03.030>

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press

Staquet, M., Berzon, R., Osoba, D., & Machin, D. (1996). Guidelines for reporting results of quality of life assessments in clinical trials. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 5(5), 496–502.
<https://doi.org/10.1007/BF00540022>

Subbaraj, L., Bowman, C. J., & Singh, A. (2021). A Masked Diagnosis: Sigmoid Endometriosis. *ACG case reports journal*, 8(6), e00557.
<https://doi.org/10.14309/crj.0000000000000557>

Taylor, H. S., Giudice, L. C., Lessey, B. A., Abrao, M. S., Kotarski, J., Archer, D. F., Diamond, M. P., Surrey, E., Johnson, N. P., Watts, N. B., Gallagher, J. C., Simon, J. A., Carr, B. R., Dmowski, W. P., Leyland, N., Rowan, J. P., Duan, W. R., Ng, J., Schwefel, B., Thomas, J. W., ... Chwalisz, K. (2017). Treatment of Endometriosis-Associated Pain with Elagolix, an Oral GnRH Antagonist. *The New England journal of medicine*, 377(1), 28–40. <https://doi.org/10.1056/NEJMoA1700089>

Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 27(1-2), 33–44. [https://doi.org/10.1016/s0149-7634\(03\)00007-1](https://doi.org/10.1016/s0149-7634(03)00007-1)

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Social science & medicine* (1982), 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)

Thiel, P. S., Bougie, O., Pudwell, J., Shellenberger, J., Velez, M. P., & Murji, A. (2024). Endometriosis and mental health: a population-based cohort study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(6), 649.e1–649.e19. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.01.023>

Tiringer, D., Pedrini, A. S., Gstoettner, M., Husslein, H., Kuessel, L., Perricos, A., & Wenzl, R. (2022). Evaluation of quality of life in endometriosis patients before and after surgical treatment using the EHP30 questionnaire. *BMC women's health*, 22(1), 538. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02111-3>

Tworoger, S. S., Missmer, S. A., Eliassen, A. H., Barbieri, R. L., Dowsett, M., & Hankinson, S. E. (2007). Physical activity and inactivity in relation to sex hormone, prolactin, and

insulin-like growth factor concentrations in premenopausal women - exercise and premenopausal hormones. *Cancer causes & control : CCC*, 18(7), 743–752. <https://doi.org/10.1007/s10552-007-9017-5>

Urzúa, A. & Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Van Barneveld, E., Manders, J., Van Osch, F. H. M., Van Poll, M., Visser, L., Van Hanegem, N., Lim, A. C., Bongers, M. Y., & Leue, C. (2022). Depression, Anxiety, and Correlating Factors in Endometriosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of women's health (2002)*, 31(2), 219–230. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0021>

Van Poll, M., Van Barneveld, E., Aerts, L., Maas, J. W. M., Lim, A. C., de Greef, B. T. A., Bongers, M. Y., & Van Hanegem, N. (2020). Endometriosis and Sexual Quality of Life. *Sexual medicine*, 8(3), 532–544. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.06.004>

Vannuccini, S., Clemenza, S., Rossi, M., & Petraglia, F. (2022). Hormonal treatments for endometriosis: The endocrine background. *Reviews in endocrine & metabolic disorders*, 23(3), 333–355. <https://doi.org/10.1007/s11154-021-09666-w>

Velho, R. V., Werner, F., & Mechsner, S. (2023). Endo Belly: What Is It and Why Does It Happen?-A Narrative Review. *Journal of clinical medicine*, 12(22), 7176. <https://doi.org/10.3390/jcm12227176>

Vercellini, P., Crosignani, P. G., Abbiati, A., Somigliana, E., Viganò, P., & Fedele, L. (2009). The effect of surgery for symptomatic endometriosis: the other side of the story. *Human reproduction update*, 15(2), 177–188. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmn062>

Vercellini, P., Crosignani, P., Somigliana, E., Viganò, P., Frattaruolo, M. P., & Fedele, L. (2011). 'Waiting for Godot': a commonsense approach to the medical treatment of endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)*, 26(1), 3–13. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq302>

Vercellini, P., Viganò, P., Somigliana, E., & Fedele, L. (2014). Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nature reviews. Endocrinology*, 10(5), 261–275. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2013.255>

Vercellini, P., Buggio, L., & Somigliana, E. (2017). Role of medical therapy in the management of deep rectovaginal endometriosis. *Fertility and sterility*, 108(6), 913–930. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.038>

Vercellini, P., Buggio, L., Frattaruolo, M. P., Borghi, A., Dridi, D., & Somigliana, E. (2018). Medical treatment of endometriosis-related pain. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 51, 68–91. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.015>

Vercellini, P., Viganò, P., Bandini, V., Buggio, L., Berlanda, N., & Somigliana, E. (2023). Association of endometriosis and adenomyosis with pregnancy and infertility. *Fertility and sterility*, 119(5), 727–740. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.03.01>

Viganò, P., Parazzini, F., Somigliana, E., & Vercellini, P. (2004). Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 18(2), 177–200. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2004.01.007>

Vitonis, A.F., Hankinson, S.E., Hornstein, M.D. & Missmer, S.A.(2010). Adult physical activity and endometriosis risk. *Epidemiology*, 21(1) 16-23. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181c15d40>

Wang, M., Liu, W., Zheng, L., Ma, S., Jin, L., Zhao, D., & Li, D. (2025). Broadening horizons: microbiota as a novel biomarker and potential treatment for endometriosis. *Frontiers in microbiology*, 16, 1521216. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2025.1521216>

Ware, J., Jr, Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 34(3), 220–233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>

Wenzl, A., Wenzl, R., Gstoettner, M., Kuessel, L., Husslein, H., Heine, J., Sandrieser, L., Bekos, C., & Perricos-Hess, A. (2024). Long-Term Follow-Up of the Quality of Life of Endometriosis Patients after Surgery: A Comparative Study. *Journal of clinical medicine*, 13(18), 5641. <https://doi.org/10.3390/jcm13185641>

Wei, Y., Liang, Y., Lin, H., Dai, Y., & Yao, S. (2020). Autonomic nervous system and inflammation interaction in endometriosis-associated pain. *Journal of neuroinflammation*, 17(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12974-020-01752-1>

Xu, T., Zhang, L., Jiang, Y., Wan, Y., Zhou, S., Sun, G., Cheng, W., & Yuan, L. (2023). Clinical characteristics and serum CA19-9 combined with HE4 are valuable in diagnosing endometriosis-associated ovarian cancer. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 162(2), 472–478. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14695>

Younis, J. S., Shapso, N., Ben-Sira, Y., Nelson, S. M., & Izhaki, I. (2022). Endometrioma surgery-a systematic review and meta-analysis of the effect on antral follicle count and anti-Müllerian hormone. *American journal of obstetrics and gynecology*, 226(1), 33–51.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.06.102>

Youseflu, S., Jahanian Sadatmahalleh, S., Roshanzadeh, G., Mottaghi, A., Kazemnejad, A., & Moini, A. (2020). Effects of endometriosis on sleep quality of women: does life style

factor make a difference?. *BMC women's health*, 20(1), 168.
<https://doi.org/10.1186/s12905-020-01036-z>

Zakhari, A., Delpero, E., McKeown, S., Tomlinson, G., Bougie, O., & Murji, A. (2021). Endometriosis recurrence following post-operative hormonal suppression: a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction update*, 27(1), 96–107.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmaa033>

Zelovich, T., Erenberg, M., Klaitman-Mayer, V. *et al.* (2025). Unveiling endometriosis hidden comorbidities using a data-driven approach: A retrospective matched cohort study. *npj Womens Health* 3(30). <https://doi.org/10.1038/s44294-025-00073-z>

Zhang, Y., Liu, H., Feng, C., Yang, Y., & Cui, L. (2024). Prevalence of sleep disturbances in endometriosis patients: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1405320. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1405320>

Zondervan, K. T., Becker, C. M., Koga, K., Missmer, S. A., Taylor, R. N., & Viganò, P. (2018). Endometriosis. *Nature reviews. Disease primers*, 4(1), 9.
<https://doi.org/10.1038/s41572-018-0008-5>

CALIDAD DE VIDA Y ENDOMETRIOSIS PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Encuesta Calidad de Vida y Endometriosis

Desde el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca estamos realizando esta encuesta para determinar cómo afecta la endometriosis en la calidad de vida de nuestras pacientes

Es por ello, que le pedimos su **Colaboración:**

- Lea las preguntas con mucha atención
- Le rogamos que conteste a todas las cuestiones

¡Muchas gracias por su tiempo y colaboración!

Estado Civil

Soltera
En pareja/Casada
Viuda
Divorciada/Separada

Nivel de Estudios

No estudios
Primaria
Secundaria o FP
Universitarios

¿Cuáles su situación laboral en este momento?

Tareas domésticas
En paro
Funcionaria
Empresaria
Autónoma
De baja laboral

¿Fuma en la actualidad?

No
5-10 cig/día
10-20 cig/día
>20 cig/día

¿Bebe alcohol habitualmente?

No
Ocasionalmente
Diariamente
Sólo los fines de semana

¿Haces deporte regularmente?

No
1 o 2 veces a la semana
2 o 3 veces a la semana
3 o 4 veces a la semana
Todos los días

¿Has estado embarazada alguna vez?

Sí
No

Si has contestado que sí, ¿cuántos embarazos has tenido?

¿Qué tipo de embarazos y cuántos?

Aborto	Número
Embarazo ectópico	Número
Parto vaginal	Número
Cesárea	Número

Si no tienes niños, ¿has buscado embarazo?

Sí
No

Si estás buscando embarazo, ¿cuántos años llevas buscando?**Si tienes niños, ¿ha sido después de un tratamiento de reproducción asistida?**

Sí
No
He realizado tratamientos, pero sin éxito
Número de fallos de FIV (escríbelos a continuación, si los has tenido)

¿Sabes qué es la endometriosis?

Sí
No

¿Sabrías decirnos a qué edad empezaron los síntomas de la endometriosis? (aproximadamente)**¿Sabrías decirnos a qué edad acudiste al médico por primera vez por esta causa?**

AÑOS

¿A qué edad te diagnosticaron la endometriosis?

AÑOS

¿Has tenido que acudir a diferentes especialistas antes de que te diagnosticaran endometriosis?

Sí
No

Si tu respuesta es afirmativa, ¿puedes decirnos a cuántos?

¿Tienes madre o hermanas diagnosticadas de endometriosis?

Si
No

Si tu respuesta es afirmativa, ¿podrías decirnos quien de ellas?

¿Sabrías decirnos si tienes algún familiar que recuerdes con endometriosis (tías, primas...)

Si
No

Si tu respuesta es afirmativa, ¿podrías decirnos cuáles de ellas?

¿A qué edad tuviste la primera regla?

¿Cuántos días te dura la regla?

¿Tienes reglas abundantes?

Si
No

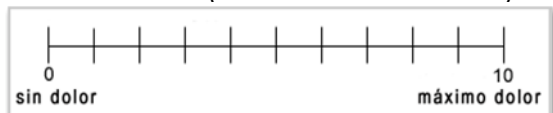
¿Sangras entre reglas?

Si
No

¿Te duele la regla?

Si
No

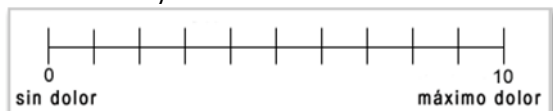
Si te duele, ¿podrías decirnos cuánto te duele? (señala con una cruz)



Fuera de la regla, ¿te duele el abdomen?

Si
No

¿Cuanto dolor sientes? (señala con una cruz)



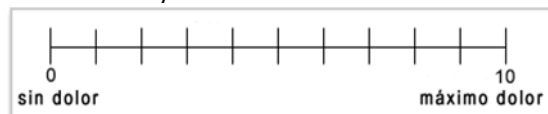
¿Tienes sensación de hinchazón abdominal?

Si
No

¿Son dolorosas las relaciones sexuales con penetración?

Si
No
No he tenido relaciones
No tengo actualmente

¿Cuánto dolor sientes? (señala con una cruz)



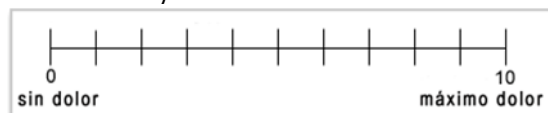
¿El dolor hace que sean menos frecuentes las relaciones?

Si
No

¿Tienes dolor al defecar o hacer de vientre?

Si
No

¿Cuánto dolor sientes? (señala con una cruz)



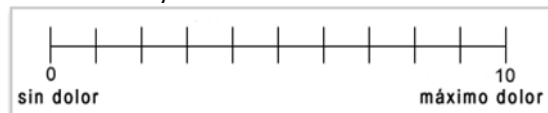
¿El dolor es más acentuado cuando tienes la regla?

Si
No

Cuándo orinas, ¿te duele el abdomen?

Si
No

¿Cuanto dolor sientes? (señala con una cruz)



¿El dolor es más acentuado cuando tienes la regla?

Si
No

¿El dolor te incapacita para llevar una vida normal?

Si
No

Si trabajas, ¿has estado de baja laboral a consecuencia del dolor relacionado con la endometriosis alguna vez?

Si
No

¿Cuántas veces has faltado a trabajar a consecuencia del dolor relacionado con la endometriosis?

1 vez
2-5 veces
5-10 veces
Más de 10 veces

Si estudias, ¿has faltado a clase a consecuencia del dolor asociado a la endometriosis alguna vez?

Si
No

¿Cuántas veces has faltado a clase a consecuencia del dolor relacionado con la endometriosis?

1 vez
2-5 veces
5-10 veces
Más de 10 veces

¿Has tenido que ir a urgencias porque el dolor era muy fuerte y no cesaba?

Si
No

¿Tomas o has tomado algún tratamiento para la endometriosis?

Si
No

Si has respondido afirmativamente, ¿podrías decirnos el nombre del tratamiento?

Pasado:

Actualmente:

¿Te ha mejorado o te mejoró el dolor con el tratamiento?

Si
No

¿Has tenido o tuviste que ir a urgencias porque el dolor no casaba a pesar del tratamiento?

Si
No

¿Has tenido que estar ingresada en el hospital a causa de la endometriosis?

Si
No

¿Te han operado alguna vez de endometriosis?

No
Si, 1 vez
Si, 2 veces
Si, 3 veces
Si, más de 3 veces

Señala si ha tenido o tiene alguna/s de las siguientes enfermedades:

- ☐ Depresión y/o Ansiedad
- ☐ Asma bronquial
- ☐ Fibromialgia
- ☐ Artritis reumatoide
- ☐ Cistitis intersticial
- ☐ Vulvodinia crónica
- ☐ Colitis ulcerosa/Enfermedad de Crohn
- ☐ Colon irritable
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Atopia
- ☐ Celiaquía
- ☐ Otras:

Señala si has padecido o padeces alguno de los siguientes acontecimientos vitales:

- ☐ Maltrato físico y/o psicológico
- ☐ Violencia dentro de su familia
- ☐ Abuso sexual
- ☐ Fracaso escolar/fracas laboral
- ☐ Pérdida inesperada de algún ser querido (padres, hermanos, hijos, pareja)
- ☐ Abuso de drogas/alcohol
- ☐ Algún tipo de discapacidad física o psíquica

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
▼	▼	▼

- a. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- b. Subir varios pisos por la escalera ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

3. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de su salud física?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼

- a. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- b. ¿Estuvo limitado en el tipo de trabajo u otras actividades? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼

- a. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- b. ¿Hizo su trabajo u otras actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Muchísimo
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a se sintió calmada y tranquila?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b tuvo mucha energía?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c se sintió desanimada y deprimida?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
Estoy tan sano como cualquiera					
Creo que mi salud va a empeorar					
Mi salud es excelente					

¿Como diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo en las últimas 4 semanas?

No, ninguno

Sí, muy poco

Sí, un poco

Sí, moderado

Sí, mucho

Sí muchísimo

Este inventario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.**

Tristeza

- No me siento triste
- Me siento triste gran parte del tiempo
- Me siento triste todo el tiempo
- Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

Pesimismo

- No estoy desalentado respecto del mi futuro
- Me siento más desalentado
- No espero que las cosas funcionen para mi
- Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar

Fracaso

- No me siento como un fracasado
- He fracasado más de lo que hubiera debido
- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- Siento que como persona soy un fracaso total

Pérdida de Placer

- Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
- Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
- No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

Sentimientos de Culpa

- No me siento particularmente culpable
- Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- Me siento culpable todo el tiempo

Sentimiento de castigo

- No me siento que este siendo castigado
- Siento que tal vez pueda ser castigado
- Espero ser castigado
- Siento que estoy siendo castigado

Disconformidad con uno mismo

- Siento acerca de mí lo mismo que siempre
- He perdido la confianza en mí mismo
- Estoy decepcionado conmigo mismo
- No me gusta a mí mismo

Autocrítica

- No me critico ni me culpo más de lo habitual
- Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- Me critico a mí mismo por todos mis errores
- Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

Pensamientos o Deseos Suicidas

- No tengo ningún pensamiento de matarme
- He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- Querría matarme
- Me mataría si tuviera oportunidad de hacerlo

Llanto

- No lloro más de lo que solía hacerlo
- Lloro más de lo que solía hacerlo
- Lloro por cualquier pequeñez
- Siento ganas de llorar pero no puedo

Agitación

- No estoy más inquieto o tenso de lo habitual
- Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

Pérdida de interés

- No he perdido interés en otras actividades o personas
- Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
- He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
- Me es difícil interesarme por algo

Indecisión

- Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
- Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- Encuentro mucha más dificultad que antes en tomar decisiones
- Tengo problemas para tomar cualquier decisión

Desvalorización

- No siento que yo sea valioso
- No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
- Siento que no valgo nada

Pérdida de energía

- Tengo tanta energía como siempre
- Tengo menos energía que la que solía tener
- No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- No tengo energía suficiente para hacer nada

Cambios en los hábitos de sueño

- No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
- Duermo un poco más que lo habitual
- Duermo un poco menos que lo habitual
- Duermo mucho más que lo habitual
- Duermo mucho menos que lo habitual
- Duermo la mayor parte del día
- Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

Irritabilidad

- No estoy tan irritable que lo habitual
- Estoy más irritable que lo habitual
- Estoy mucho más irritable que lo habitual
- Estoy irritable todo el tiempo

Cambios en el apetito

- No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- Mi apetito es un poco menor que lo habitual
- Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
- Mi apetito es mucho menor que antes
- Mi apetito es mucho mayor que antes
- No tengo apetito en absoluto
- Quiero comer todo el día

Dificultad de concentración

- Puedo concentrarme tan bien como siempre
- No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
- Encuentro que no puedo concentrarme en nada

Cansancio o fatiga

- No estoy más cansado o fatigado que lo habitual
- Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

Perdida de interés en el Sexo

- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo
- Estoy mucho menos interesado en el sexo
- He perdido completamente el interés en el sexo

A continuación, encontrará frases que se utilizan para describirse a uno mismo. Puntúe de 0 a 3 cada frase, para ello marque con una cruz el cuadro correspondiente

	0: Nada	1: Algo	2: Bastante	3: Mucho
Me siento calmada				
Me siento segura				
Estoy tensa				
Estoy contrariada				
Me siento cómoda (estoy a gusto)				
Me siento alterada				
Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras				
Me siento descansada				
Me siento angustiada				
Me siento confortable				
Tengo confianza en mí misma				
Me siento nerviosa				
Estoy desodegada				
Me siento muy "atada" (como oprimida)				
Estoy relajada				
Me siento satisfecha				
Estoy preocupada				
Me siento aturdida y sobreexcitada				
Me siento alegre				
En este momento me siento bien				
Me siento bien				
Me canso rápidamente				

	0: Nada	1: Algo	2: Bastante	3: Mucho
Siento ganas de llorar				
Me gustaría ser feliz como otros				
Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
Me siento descansada				
Soy una persona serena, tranquila y sosegada				
Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
Soy feliz				
Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
Me falta confianza en mi misma				
Me siento segura				
No suelo afrontar crisis y dificultades				
Me siento triste (melancólica)				
Estoy satisfecha				
Me rondan y me molestan pensamientos sin importancia				
Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
Soy una persona estable				
Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tensa y agitada				

CON RESPECTO A SU CAPACIDAD PARA DORMIR.

	<i>Nada</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Grave</i>	<i>Muy grave</i>
Dificultad para quedarse dormida					
Dificultad para permanecer dormida					
Despertarse muy temprano					

¿Cómo estás de satisfecha en la actualidad con tu sueño?

<i>Muy satisfecho</i>		<i>Moderadamente satisfecho</i>		<i>Muy insatisfecho</i>
0	1	2	3	4

¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej: fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo.)?

<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Algo</i>	<i>Mucho</i>	<i>Muchísimo</i>
0	1	2	3	4

¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?

<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Algo</i>	<i>Mucho</i>	<i>Muchísimo</i>
0	1	2	3	4

¿Cómo estás de preocupada por tu actual problema de sueño?

<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Algo</i>	<i>Mucho</i>	<i>Muchísimo</i>
0	1	2	3	4

Vamos a hacerle unas preguntas sobre el efecto que el dolor tiene sobre su capacidad para realizar tanto su trabajo como otras actividades cotidianas. Complete los espacios en blanco o enciérrelos en un círculo

¿Está actualmente empleada o trabaja a sueldo?

- ☐ Si
☐ No

Las siguientes preguntas se refieren a los últimos 7 días, sin incluir el día de hoy

- Durante los últimos días laborables, ¿cuántas **horas de trabajo perdió** debido a problemas relacionados con el **dolor**? Incluya las horas que perdió por días de enfermedad, las veces que llegó tarde o se fue temprano, por causa del dolor.

HORAS

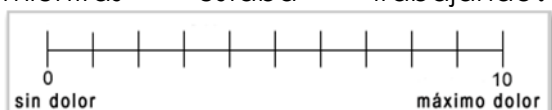
- Durante los últimos 7 días, ¿cuántas horas de trabajo perdió debido a cualquier otra causa, tal como vacaciones, un día de fiesta o tiempo que se tomó para participar en este estudio?

HORAS

- Durante los últimos 7 días, ¿cuántas **HORAS** realmente **trabajó**?

HORAS

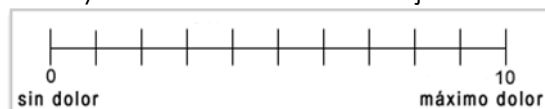
- Durante los últimos 7 días, ¿cuánto afectó el dolor a su **productividad** mientras estaba **trabajando**?



El dolor no afectó a mi trabajo

El dolor me impidió completamente trabajar

Durante los últimos 7 días, ¿cuánto afectó el **dolor** a su capacidad para realizar las **actividades diarias habituales**, excluyendo las de su trabajo a sueldo?



El dolor no afectó a mi trabajo

El dolor me impidió completamente trabajar

Muchas gracias por su colaboración