

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**ASOCIACIÓN ENTRE EL GRADO DE ENDOMETRIOSIS Y PÓLIPOS  
ENDOMETRIALES EN PACIENTES INFÉRTILES, DE 25 A 40 AÑOS DE EDAD,  
SOMETIDAS A HISTEROSCOPIA Y LAPAROSCOPIA EN LA CLÍNICA INFES,  
PERÍODO ENERO 2018 A DICIEMBRE 2018**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA**

**AUTOR: HUGO ANDRÉS CAPELO RODRÍGUEZ**

**DIRECTOR ACADÉMICO:  
DR. JULIO GALARRAGA**

**DIRECTOR METODOLÓGICO:  
DR. ROMMEL ESPINOZA DE LOS MONTEROS**

**Quito, 2019**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

AUTORIA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN .....	VII
DEDICATORIA .....	VIII
AGRADECIMIENTO .....	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT .....	xi
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II.....	2
MARCO TEÓRICO .....	2
<b>2.1. Endometriosis .....</b>	<b>2</b>
2.1.1. Definición .....	2
2.1.2. Epidemiología.....	3
2.1.3. Causas y factores de riesgo .....	5
2.1.4. Diagnóstico .....	6
2.1.5. Clasificación y escala ASRM .....	8
<b>2.2. Pólipos Endometriales .....</b>	<b>10</b>
2.2.1. Definición .....	10
2.2.2. Diagnóstico .....	11
2.2.3. Características morfológicas.....	12
<b>2.3. Infertilidad .....</b>	<b>13</b>
2.3.1. Definición .....	13

2.3.2. Endometriosis y pacientes infértiles .....	13
2.3.3. Pólipos endometriales y pacientes infértiles .....	15
<b>2.6 Antecedentes .....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>17</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.4. OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
3.4.1. Objetivo general.....	19
3.4.2. Objetivos específicos .....	19
<b>Hipótesis.....</b>	<b>20</b>
<b>3.5. Metodología .....</b>	<b>20</b>
3.5.1. <i>Operacionalización de las variables del estudio</i> .....	20
<b>3.6. POBLACIÓN.....</b>	<b>21</b>
<b>3.7. MUESTRA.....</b>	<b>21</b>
<b>3.8. TIPO DE ESTUDIO .....</b>	<b>22</b>
<b>3.9. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....</b>	<b>22</b>
<b>3.10. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS .....</b>	<b>23</b>
3.10.1. <i>Análisis univariado</i> .....	23
3.10.2. <i>Análisis bivariado</i> .....	23
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>23</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>

<b>4.1. Resultados univariados .....</b>	<b>23</b>
<b>4.2. Resultados bivariados .....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>27</b>
<b>5. DISCUSIÓN.....</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>28</b>
<b>6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>28</b>
<b>6.1 CONCLUSIONES.....</b>	<b>28</b>
<b>6.2 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>31</b>
<b>FOTOGRAFIAS .....</b>	<b>36</b>
<b>UBICACIÓN CLÍNICA INFES. ISLA SAN CRISTÓBAL N-44-426 E ISLA SEYMOUR. 37</b>	
<b>QUITO-ECUADOR.....</b>	<b>37</b>
<b>HISTORIA CLÍNICA .....</b>	<b>38</b>
<b>ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS .....</b>	<b>38</b>
<b>ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS .....</b>	<b>39</b>
<b>HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>40</b>
<b>CAPTURA PARCIAL BASE DE DATOS .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>42</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra según grupo etario .....	24
Tabla 2. Distribución de la muestra según grado de endometriosis .....	24
Tabla 3. Distribución de la muestra según caracterización de los pólipos .....	24
Tabla 4. Resultados bivariados .....	26

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Características de los pólipos .....	25
Gráfico 2. Relación entre grado de endometriosis y características de los pólipos.....	27

## **AUTORIA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Yo, Hugo Andrés Capelo Rodríguez, con documento de identificación 1713347738, estudiante de posgrado en Ginecología y Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en relación con el Trabajo de titulación presentado para la obtención del título de especialista en Ginecología-Obstetricia, declaro que asumo la originalidad de dicho trabajo, entendida en el sentido de que no se ha utilizado fuentes sin citarlas debidamente.

Quito, 19 de Julio de 2019.

## **DEDICATORIA**

Para ti mujer luchadora, que antes de ser madre con el cuerpo, lo eres con el alma y el corazón.

## **AGRADECIMIENTO**

El resultado de este trabajo, está dedicado a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación.

A mi Director de Tesis, mi tutor metodológico, mi tercer lector, maestros a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia, enseñanza e inspiración.

## RESUMEN

Endometriosis es la presencia tejido endometrial fuera del útero. Los pólipos endometriales son protrusiones nodulares benignas desarrolladas en la superficie endometrial, clasificadas según morfología y localización. Es posible relacionar el grado de endometriosis con las características de los pólipos endometriales en pacientes infértiles. **Objetivo:** Establecer la asociación entre el grado de endometriosis y las características de pólipos endometriales en pacientes infértiles de 25 a 40 años sometidas a histeroscopia y laparoscopia. **Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo, con 60 pacientes infértiles entre 25-40 años, de la Clínica INFES, con diagnóstico de endometriosis y pólipos endometriales. Se realizó un análisis con SPSS V24, Chi cuadrado y RR para la asociación entre variables, con p menor 0,05 como estadísticamente significativo e IC de 95%. **Resultados:** El 30% de la endometriosis fue de grado mínimo, 16,7% de los pólipos se localizaron en la unión útero-tubárica, 30,7% eran sésiles, el 35% >2 cm. **Conclusiones:** se estableció una asociación estadísticamente significativa entre el grado de endometriosis y las características morfológicas y ubicación de los pólipos endometriales.

**Palabras claves:** endometriosis, escala ARM, infertilidad, pólipos endometriales

## ABSTRACT

Endometriosis is the presence of endometrial tissue outside the uterus. Endometrial polyps are benign nodular protrusions developed on the endometrial surface, classified according to morphology and location. It is possible to relate the degree of endometriosis with the characteristics of endometrial polyps in infertile patients. **Objective:** To establish the association between the degree of endometriosis and the characteristics of endometrial polyps in infertile patients aged 25 to 40 years undergoing hysteroscopy and laparoscopy. **Methodology:** Retrospective descriptive study, with 60 infertile patients between 25-40 years old, from the INFES Clinic, with diagnosis of endometriosis and endometrial polyps. An analysis was performed with SPSS V24, Chi square and RR for the association between variables, with p less 0.05 as statistically significant and 95% CI. **Results:** 30% of the endometriosis was of minimum degree, 16.7% of the polyps were located in the utero-tubal junction, and 30.7% were sessile, 35% > 2 cm. **Conclusions:** a statistically significant association was established between the degree of endometriosis and the morphological characteristics and location of the endometrial polyps.

**Key words:** endometriosis, ARM scale, infertility, endometrial polyps

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

La endometriosis se caracteriza por tejido endometrial ectópico, que puede causar dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico no cíclico, y subfertilidad. El diagnóstico se realiza por laparoscopia. La mayoría de los depósitos endometriales se encuentran en la pelvis, y son dependientes de los estrógenos para su crecimiento (Palma, 2013).

La endometriosis afecta a 6 a un 10% de mujeres en edad reproductiva, 50 a 60% de las mujeres y niñas adolescentes con dolor pélvico, y hasta un 50% de las mujeres con infertilidad. El tratamiento debe ser individualizado, incluyendo el impacto de la enfermedad y los efectos de su tratamiento en la calidad de vida. Los síntomas del dolor pueden persistir a pesar del tratamiento médico y o quirúrgico aparentemente adecuado de la enfermedad (Palma, 2013).

Los pólipos endometriales son neoformaciones uterinas constituidas por tejido endometrial, provistas de un tallo o pedículo más o menos largo que les dará la forma pediculada o sésil, únicos o múltiples y de un tamaño variable desde varios mm hasta varios centímetros llegando a traspasar el canal cervical y en ocasiones ser visibles en el introito. Pueden ser asintomáticos, o bien presentarse clínicamente por sangrado o leucorrea vaginal (Muñoz, 2017).

Generalmente el diagnóstico de sospecha se realiza en el curso de una exploración ecográfica y se confirman mediante sonohisterografía e histeroscopia diagnóstica, siendo éste el mejor método. Su potencial de malignización es bajo y cuando se decide su extirpación ésta se realiza mediante histeroscopia quirúrgica, dependiendo la técnica del tamaño del pólipo (Muñoz, 2017).

La importancia del presente trabajo radica en la verificación de la asociación entre estas dos patologías en las pacientes que acuden a la consulta de infertilidad, para mejorar el abordaje terapéutico.

El trabajo que se detalla a continuación consta de capítulo 1 en el cual se realiza un breve introducción del tema a tratar, luego el capítulo 2 que comprende el marco teórico, después capítulo 3 en el que se expone la metodología empleada para lograr los objetivos propuestos, luego en el capítulo 4 se exponen los resultados obtenidos, el capítulo 5 la discusión y en el capítulo 6 se describen las conclusiones y recomendaciones. Finalmente las referencias bibliográficas y el anexo.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ENDOMETRIOSIS**

##### *2.1.1. Definición*

Se trata de una enfermedad benigna, con un curso crónico que evoluciona progresivamente, su causa es aún desconocida y se caracteriza por la presencia, fuera de la cavidad uterina, de tejido originario del endometrio, incluyendo estroma y glándulas, el cual se mantiene funcionando, esto desarrolla una reacción inflamatoria que más tarde genera adherencias y procesos fibróticos. Este tejido ectópico preserva su capacidad de crecimiento, por lo que logra infiltrar y diseminarse de manera semejante a como lo hace el tejido tumoral, sin embargo, el riesgo de malignización es poco frecuente (Pérez & Sevilla, 2017).

La endometriosis es una patología estrógeno dependiente, por lo tanto, es más frecuente en mujeres que se encuentran en edad reproductiva, respecto su curso natural, entre el 24% al 64% tiende a la progresión, entre el 17% al 29% presentan resolución espontánea, mientras que un grupo importante manifiesta recidivas (Palma, 2013).

Se ha constituido como un problema de salud muy común, con características de gran importancia para las pacientes, en quienes el impacto se presenta en las esferas física,

emocional y social, con gran afectación en la calidad de vida, principalmente en lo que concierne a la clínica de dolor y las dificultades para la concepción (Shuang-zheng, Jin-hua, Jing-hua, Peng-ran, & Jing-he, 2012)

El tejido ectópico puede ser hallado en órganos pélvicos, entre estos, los ovarios, la unión recto vaginal y vejiga, de igual manera, es posible su localización hacia regiones fuera de la pelvis, siendo la pared abdominal una de las más frecuentes de este grupo, se ha evidenciado su extensión al cerebro, pulmones, riñones, uréteres o cerebro (Nnoaham, y otros, 2011).

El estroma endometriósico puede encontrarse igualmente en el tejido celular subcutáneo de cicatrices postquirúrgicas, en este sentido, es posible su hallazgo en procedimientos realizados durante la gestación, como por ejemplo, una amniocentesis diagnóstica y en otras cicatrices fuera del área ginecológica, como apendicetomías y hernioplastias en la zona umbilical (Muñoz, 2017).

### *2.1.2. Epidemiología*

A nivel mundial, la prevalencia general de la endometriosis oscila entre el 8% al 10% de las mujeres con edades comprendidas en la etapa reproductiva, otro grupo del 5% al 10% de las mujeres que presentan dolor pélvico crónico y la mayor prevalencia agrupa entre el 20% al 40% de las estériles, un problema para obtener datos más específicos lo representa el hecho de que se trata de una enfermedad crónica infradiagnosticada debido a la variabilidad de sus síntomas y las dificultades que se presentan para diagnosticar a través de imagenología, esto a su vez contribuye al retraso en el diagnóstico que ha alcanzado en muchos casos de 8 a 10 años desde el inicio de la clínica hasta la certeza del diagnóstico (Fernández, Ruiz, & Rodríguez, 2016).

La prevalencia de esta enfermedad presenta serias dificultades para proporcionar cifras exactas, principalmente por la diversidad de síntomas y el porcentaje de pacientes asintomáticas, las cuales pueden alcanzar cifras entre el 2% al 50% del total, factores que

influyen en que el diagnóstico se realice muchas veces alrededor de los 40 años (Durón & Bolaños, 2018).

En concordancia, por lo variado de su presentación y la posibilidad de solaparse los síntomas con otros trastornos, como la enfermedad inflamatoria pélvica y el síndrome de intestino irritable, es difícil establecer el diagnóstico de esta patología solo con base en la clínica, por lo tanto, se presenta con frecuencia un retraso de hasta doce meses desde el inicio de la clínica hasta que se logra un diagnóstico definitivo (Trovó de Marqui, 2012).

Con lo anterior se relaciona el hecho de que la edad promedio que presentan las mujeres al momento del diagnóstico de esta patología está estipulada entre los 25 a 35 años, y aun siendo poco frecuente en etapas previas a la menarquía, ha sido posible identificarla en gran cantidad de adolescentes que presentan dispareunia o dolor pélvico de tipo crónico (Fritz & Speroff, 2012).

Esta patología afecta alrededor del 6% al 10% de las mujeres, por lo general cuando se encuentran en edad reproductiva, provocando un espectro muy amplio de síntomas, principalmente dolor de diversa intensidad, desde leve hasta dismenorrea severa, provoca así también dispareunia, disquecia e infertilidad (Nnoaham, y otros, 2011).

En este sentido, hay estimaciones que señalan registros de endometriosis en edades máximas que oscilan entre los 30 a 45 años, con cifras que se encuentran entre el 7% al 10%, sin embargo, la prevalencia varía de acuerdo ciertos grupos como, por ejemplo, pacientes sometidas a laparoscopia con diagnóstico de dolor pélvico de tipo crónico en edad reproductiva, ascienden del 12% al 32%; laparoscopias para evaluación por infertilidad 9% al 50% y en adolescentes con dismenorrea sometidas a laparoscopia un 50% (Pérez & Sevilla, 2017).

En cuanto a cifras, se han estimado al menos unos 7 millones de mujeres con endometriosis en los Estados Unidos, país donde se ha convertido en una de las principales causas de hospitalización en los servicios de ginecología, al igual que en muchos de los países industrializados (Palma, 2013).

En Chile, el estudio realizado por Fuentes, Escalona, Céspedes, Espinoza y Johnson (2014) señala una prevalencia del 4,9% de la pacientes que acudieron para esterilización quirúrgica por laparoscopia, la localización más frecuente fue ovarios en el 43% de los casos, seguido de peritoneo y fondo de saco posterior con 21% cada uno y uterosacros en el 14%; aunque todas estaban asintomáticas, el 36% fue clasificado como severa; otras características importantes incluyen que las pacientes con endometriosis registraron edades mayores en comparación con las que no presentaban la enfermedad, la paridad y el IMC no fueron variables significativas.

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) (2014).se reportaron en el año 2014, al menos 626 casos de infertilidad femenina, la edad de mayor presentación fue en mayores de 35 años y registra una incidencia que aumenta progresivamente; por otra parte se reportan 613 pacientes con endometriosis y una edad de mayor frecuencia para esta patología entre 24 a 34 años (INEC, 2014).

### *2.1.3. Causas y factores de riesgo*

Se trata de una patología estrógeno dependiente, por lo tanto, los síntomas mejoran en algunas etapas, por ejemplo, en el embarazo y el periodo menopaúsico. Es más frecuente en mujeres con alteraciones inmunológicas, trastornos metabólicos como el hipotiroidismo, alergias, asma, la fatiga crónica y la fibromialgia. Por el contrario, actividades como la práctica de ejercicios en forma regular y la gestación, muy evidente en las multíparas, generan efectos protectores contra la enfermedad (Pérez & Sevilla, 2017).

Según Durón y Bolaños (2018), los factores de riesgo señalan, principalmente, aspectos como la obstrucción de la menstruación, por ejemplo, los trastornos mullerianos, exposición al dietilbestrol en etapa intrauterina, los ciclos menstruales cortos, la exposición prolongada a los estrógenos endógenos como la menopausia tardía, la obesidad y la menarquia temprana, otros factores involucran el consumo de carnes rojas y grasas *trans*; a su vez, la presencia de endometriosis se asocia a enfermedades autoinmunes y el cáncer.

En cuanto al origen histológico, no existe consenso al respecto, con hipótesis que incluyen el desplazamiento de fragmentos de endometrio menstrual hacia las trompas de Falopio para implantarse en las superficies peritoneales; otra plantea la posibilidad de un desarrollo a través de una metaplasia celómica, donde la diferenciación de células del mesotelio producen tejido similar al endometrial; una tercera propuesta señala la posibilidad de que el tejido del endometrio pueda viajar por vía venosa o linfática (Burney & Giudice, 2012).

En concordancia, se agregan otros factores de riesgo importantes que incluyen el consumo de alcohol en grandes cantidades, la menstruación con ciclos cortos y el inicio de la menarquia en forma temprana o prematura, así como, la proiomenorrea, hipermenorrea y la raza blanca, por otra parte, la carga genética contribuye proporcionando mayor susceptibilidad; otros elementos como fumar, el café y el peso no han demostrado gran influencia en el desarrollo de la endometriosis (Pérez & Sevilla, 2017).

#### *2.1.4. Diagnóstico*

Según Palma (2013) las manifestaciones clínicas suelen ser muy variadas, incluso durante la evolución de la enfermedad, siendo las más frecuentemente registradas: dismenorrea grave en el 79% de los casos, dispareunia profunda, dolor pélvico crónico 69%, este puede presentarse de forma intermitente a lo largo del periodo menstrual o en forma continua, ha sido descrito como sordo o palpitante y aumenta con la actividad física; dolor durante la ovulación en el lado correspondiente de la misma, síntomas que se presentan de manera cíclica o perimenstruales ubicadas en relación con el intestino o la vejiga, cansancio crónico, infertilidad y dolor durante la defecación o disquecia. Sin embargo, permanece incierto el posible valor predictivo de la clínica que presentan las pacientes, en virtud de que puede estar asociada a otras enfermedades.

La intensidad de los síntomas como dismenorrea, dolor pélvico, la dispareunia y la infertilidad, en muchas ocasiones, no guarda relación con la extensión anatómica de la patología. Otros síntomas no ginecológicos describen el dolor abdominal o en la región dorsal, disuria, hemorragias, incluyendo la hematuria, rectorragia y hemoptisis, entre otras.

En términos generales, la clínica es más intensa durante el periodo menstrual y mejora con la menopausia y el embarazo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

Siendo la clínica poco precisa para hacer el diagnóstico, el examen físico aporta un poco más de indicios, principalmente en lo que respecta al dolor localizado y la sensibilidad que presentan las pacientes en la zona pélvica al examinarlas, lo que se asocia con endometriosis en el 66% de los casos; adicionalmente, otros hallazgos sugestivos de esta enfermedad, incluyen masa pélvica, dificultad para la movilización de los órganos pélvicos y la presencia de nódulos recto-vaginales. Sin embargo, los nódulos son más precisos si se encuentran profundos e infiltrantes, localizados en los ligamentos útero sacros o en el fondo de saco de Douglas (Palma, 2013).

Para el diagnóstico de la endometriosis, el estudio más utilizado como primer paso, es el ultrasonido, sin embargo, no permite establecer la extensión del tejido ectópico de la endometriosis cuando se encuentra implantado en la zona peritoneal superficial, en los ovarios o en las adherencias (Bennett , Slywotzky, Cantera, & Hecht, 2010).

Pese a los inconvenientes antes mencionados, la ecografía puede ser muy útil para diagnosticar nódulos rectovaginales o vesicales y el endometrioma ovárico, cuyo aspecto característico por ultrasonido es una masa anexial (Hudelist, y otros, 2011).

La evaluación de la paciente con endometriosis se inicia con la sospecha de los datos referidos, hallazgos durante el examen físico que incluyen dolor en los ligamentos útero-sacros y en las fijaciones uterinas, el ultrasonido transvaginal o transrectal permite evidenciar algunas localizaciones rectovaginales difusas de la enfermedad y, al tener estas imágenes, se complementa el estudio con resonancia magnética. Para realizar el diagnóstico definitivo se requiere la visualización de las lesiones, bien sea con laparoscopia o laparotomía (Muñoz, 2017).

En concordancia con lo anterior, la ecografía transvaginal y la resonancia magnética (RM) pueden ser poco precisos para detectar endometriosis ubicadas en ovario, en las adherencias y las infiltraciones peritoneales. Sin embargo, son métodos con sensibilidad de hasta el 80% al 90% y una especificidad entre el 60% a 98% para detectar endometriomas

ováricos, siendo el ultrasonido más económico en comparación con la resonancia magnética, ha sido más utilizado en el diagnóstico de los endometriomas (Palma, 2013).

Los únicos métodos diagnósticos, que al utilizarlos sin ningún otro complemento, pueden presentar una muy alta validez en sus resultados diagnósticos para endometriosis, son invasivos, se trata de la laparoscopia y la laparotomía, las cuales permiten la visión directa de la lesión endometriósica con la posibilidad de agregar la confirmación anatomopatológica al realizar la biopsia de la lesión (Gonzalo, 2013).

Según Bazot, y otros (2017), la combinación de la laparoscopia con una verificación histológica al revisar muestras de glándulas y estroma endometrial, ha sido considerada como el estándar de oro para lograr un diagnóstico más preciso de la enfermedad. Al respecto, el diagnóstico histológico es directo y se realiza basado en la presencia de glándulas o de estroma endometrial en la muestra examinada.

#### *2.1.5. Clasificación y escala ASRM*

Las clasificaciones que se han establecido, permiten evaluar el tipo de tratamiento que más convenga a la paciente según el caso, así también, verificar remisiones o algún progreso de la patología, sin embargo, en muchos de los casos no se presenta una exacta correlación para predecir infertilidad (Pérez J. , 2015).

La clasificación más usada, es la de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), esta permite predecir la posibilidad de lograr un embarazo luego de aplicar el tratamiento para endometriosis, esta clasificación de la enfermedad establece estadios que van desde mínima, moderada hasta severa, asignan un puntaje según el tamaño, ubicación, la profundidad, así como las adherencias presentes, sin embargo, no se correlaciona con los síntomas de la paciente y, en los estados avanzados, tampoco lo hace con el pronóstico de la enfermedad (Muñoz, 2017).

En concordancia, este sistema de clasificación permite obtener un enfoque estándar para la presentación y explicar la presencia de fallas en la fertilidad, sin embargo, no presenta correlación bien definida con la clínica, especialmente en los estadios avanzados. La

elección de un tratamiento en específico depende de varios factores, entre estos, la edad de la paciente, severidad de la clínica que presente la misma, la extensión y localización de las lesiones, deseo de embarazo y efectos secundarios de los fármacos (Restrepo, 2010).

Según Pérez y Sevilla (2017), la clasificación de la *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM), revisada en 1997, ha sido cuestionada por no incluir la morfología ni la actividad biológica de los implantes, aspectos de gran relevancia para establecer el pronóstico y decidir el tratamiento, adicionalmente, es importante destacar que existen implantes de endometriosis con focos mínimos y aun así presentan gran actividad y repercusión clínica, mientras que otros clasificados con estadios más avanzados pueden ser silentes desde el punto de vista clínico. Se establecen 4 estadios:

- Estadio I (endometriosis mínima): se presentan implantes en forma aislada de tejido ectópico sin adherencias
- Estadio II (endometriosis leve): existen implantes superficiales con tamaño total menor a los 5 centímetros, distribuidos por el peritoneo y ovarios sin la presencia de adherencias
- Estadio III (endometriosis moderada): presentan múltiples implantes distribuidos de forma superficial y profunda, se presentan adherencias peritubáricas y periováricas
- Estadio IV (endometriosis grave o severa): se presentan igualmente múltiples implantes tanto superficiales como profundos, existe compromiso de los ovarios, se acompaña de adherencias densas muy firmes y se agregan los endometriomas.

La ASRM proporciona una serie de puntajes con base a la extensión de las lesiones, de esta manera es necesario visualizar la extensión de los implantes para otorgar el puntaje, en líneas generales la endometriosis cuando es clasificada como mínima recibe de 1 a 5 puntos, la leve 6 a 15, moderada 16 a 40 y severa más de 40 puntos (Pérez J. , 2015).

## **2.2. PÓLIPOS ENDOMETRIALES**

### *2.2.1. Definición*

El pólipo endometrial está definido como una protrusión nodular de tipo benigno que se desarrolla en la superficie del endometrio, está conformado por estroma, glándulas irregulares que presentan dilataciones quísticas en su interior y una serie de vasos sanguíneos que le son característicos, elementos que permiten realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías del tejido endometrial (Vigueras & Escalona, 2016).

La poliposis endometrial es un trastorno ginecológico frecuente, sin embargo es difícil determinar su incidencia, en virtud de que un grupo considerable de pacientes permanecen asintomáticas, en contraposición, los factores de riesgo para desarrollar esta patología se han evaluado e incluyen: la edad avanzada, HTA, obesidad y medicamentos como el tamoxifeno (AAGL, 2012).

Se trata de un crecimiento hiperplásico de tipo focal de las glándulas endometriales y del estroma, constituye una lesión benigna frecuente, siendo la presentación clínica más común una hemorragia uterina anormal, principalmente en la mujeres con edad reproductiva y las posmenopáusicas, se cataloga como una de las causas de infertilidad, mientras que otros pacientes son totalmente asintomáticos, el diagnóstico ha mejorado con el ultrasonido de alta resolución y la histeroscopia (Mangala, y otros, 2016).

Los pólipos endometriales, presentan una prevalencia fluctuante entre 7,8% a 34,9%, este intervalo tan amplio se debe a la variedad de métodos diagnósticos, diferencias en su definición y depende igualmente de la población evaluada, siendo más frecuente en la población entre 40 a 50 años, adicionalmente en la actualidad se evidencia un aumento de casos gracias al ultrasonido de mejor definición, la hidrosonografía y la histeroscopia, por ejemplo. La prevalencia en pacientes con sangrado uterino anormal puede alcanzar del 10% al 40%; respecto a la incidencia, se presentan mayores dificultades, un 30% pueden ser casos asintomáticos, otros estudios afirman que del 56 al 88% de los pólipos son sintomáticos (Vigueras & Escalona, 2016).

Otros cifras señalan una prevalencia de 20% en mujeres sintomáticas que se encuentran en etapa premenopáusica y 40% en postmenopáusicas, sin embargo, las están sujetas a modificación dependiendo de la técnica imagenológica utilizada y de la población evaluada, siendo el más alto índice de prevalencia reportado en pacientes con edades entre 40 a 50 años. La asociación con malignidad, en los casos de hiperplasia atípica se ha registrado entre el 0 al 12,9% de los casos, siendo el tamaño del pólipo un factor muy relacionado con la hiperplasia, principalmente cuando son mayores a 5 mm, la tasa de hiperplasia se ha reportado en el 14,8% de los casos, en contraposición al 7,7% cuando los pólipos son menores (Lasmar & Lasmar, 2013).

### 2.2.2. *Diagnóstico*

Para diagnosticar esta enfermedad uno de los métodos empleados es la ecografía transvaginal, a través del cual, es posible visualizar la lesión dentro de la luz uterina, descrita con contornos regulares, hiperecoica, con espacios quísticos en su interior. Estos hallazgos no son específicos, por lo que se recomienda realizarlo en la fase proliferativa del ciclo menstrual, la sensibilidad es del 19% al 96%, la especificidad oscila entre el 53% a 100% con un valor predictivo positivo de 75% al 100%; por otra parte, la biopsia guiada con histeroscopia ofrece mayor sensibilidad y especificidad (AAGL, 2012).

El sangrado genital representa el síntoma predominante en el 68% de los casos, esta hemorragia puede manifestarse como una metrorragia postmenopáusica, un sangrado intermenstrual o un sangrado post-coital, todo esto es debido a la congestión del estroma que genera un estasis venoso y la necrosis apical, es importante acotar que la clínica no guarda relación con el sitio de ubicación del pólipo, la cantidad de estos o su tamaño (Vigueras & Escalona, 2016).

Otros reportes indican la presencia de sangrado uterino anormal asociada a pólipos endometriales en el 25% de los casos, con valores que oscilan entre el 10 al 40%, el diagnóstico de las pacientes asintomáticas, ha sido un hallazgo entre el 1 al 12% durante una evaluación por ultrasonido transvaginal por control ginecológico rutinario de rutina. Los factores de riesgo mayormente repostados incluyen la edad, obesidad, la HTA y la

administración de tamoxifeno (De los Ríos, López, Cifuentes, Angulo, & Palacios-Barahona, 2015).

### 2.2.3. *Características morfológicas*

Es posible clasificar los pólipos endometriales según sus características morfológicas en: sésiles, los cuales tienen una implantación amplia sin tallo y pueden llegar a medir hasta 2 cm y los pediculados, que presentan un especie de tallo para su implantación el cual puede llegar a medir 1,5 cm; pueden ser únicos o múltiples, su tamaño oscila desde 0,5 a 3 cm de diámetro, su localización más frecuente es fúndico aunque se presentan en cualquier parte de la cavidad endometrial (Pereira, 2018).

Los pólipos endometriales se pueden subclasificar según sus características patológicas en pólipos hiperplásicos, son aquellos que tienen un aspecto similar a la hiperplasia difusa endometrial, en estos no hay evidencia alguna que los relacione con esta entidad; los pólipos atróficos presentan un alineamiento celular en forma de columnas o cubos bajos muy típicos de la postmenopausia y el pólipo funcional, poco frecuente y se observa una ciclicidad endometrial normal (Vivas & Romero, 2012).

Según Hamany, Eldar, Sela, Voss y Haimov-Kochman (2013), los pólipos de tamaño pequeño tienden a ser muy comunes en pacientes asintomáticas y existe la posibilidad de la remisión espontánea, sin embargo, en las pacientes con sintomatología de sangrado genital anormal, son frecuentes los pólipos pequeños de <1 cm de diámetro, elementos que plantean una discusión en cuanto a la relación entre la sintomatología y necesidad del tratamiento quirúrgico.

En su estudio, estos autores señalan que el 70% de las pacientes presentaron mejoría de la cantidad de sangrado, sin embargo, solo el 30% logró regularizar su sangrado menstrual, la escisión histeroscópica fue reportada como un procedimiento seguro y con satisfacción en la mayoría de las usuarias de mayor edad, mientras que en las jóvenes el patrón de la hemorragia fue menos favorable, por lo que se requiere muchas veces tratamiento adicional (Hamany, Eldar, Sela, Voss, & Haimov-Kochman, 2013).

## **2.3. INFERTILIDAD**

### *2.3.1. Definición*

Se trata de una enfermedad del sistema reproductivo que se define como una total incapacidad de tener un embarazo luego de 12 meses o más de mantener relaciones sexuales sin protección o anticoncepción, causando múltiples efectos en las personas y su núcleo familiar, incluyendo estrés y ansiedad, generando estigma, aislamiento y mucha desesperanza, provocando una importante fractura en las relaciones de pareja, por lo tanto se puede catalogar como un problema de salud importante, con una prevalencia en aumento progresivo (Ministerio de Salud Chile, 2015).

### *2.3.2. Endometriosis y pacientes infértiles*

La endometriosis se relaciona con esterilidad en la mujer, al menos en la cuarta parte de los casos, esto se produce por diversos mecanismos, desde la producción elevada de prostaglandina, metaloproteinasas y quimiocinas así como resistencia a la progesterona, aunado al proceso inflamatorio que provoca trastornos en las trompas, ovarios y la funcionalidad del endometrio y con ello la implantación defectuosa del ovulo fecundado; en los casos severos de endometriosis, se agregan las alteraciones anatómicas que imposibilitan la liberación del ovocito y su tránsito por las trompas (Pearce, y otros, 2012).

La endometriosis está relacionada, al menos en el 10 % de los casos, con pacientes infértiles, un 75% tiene como causa principal alteraciones en la ovulación junto con la obstrucción de las trompas y trastornos del semen, mientras que en el 15% restante se desconoce la causa, es importante resaltar que en los casos de endometriosis leve o moderada existe una subfertilidad y se pueden presentar embarazos con tasas de del 17,7%, mientras que la endometriosis en etapas III y IV es un factor de infertilidad, con apenas un 3% de posible embarazo según algunos estudios (Restrepo, 2010).

En concordancia, la asociación de la endometriosis con subfertilidad guarda relación entre la severidad de la enfermedad y el impacto de esta condición, entre otros factores, por

lesión de las trompas de Falopio, la presencia de endometriomas ováricos, la asociación con la inflamación pélvica, la posible reducción en cuanto a la calidad de los oocitos y finalmente las dificultades que presentan con la recepción del oocito en el endometrio, proceso que se disminuye en gran medida, adicionalmente, existe una estrecha relación entre endometriosis y el desarrollo de cáncer ovárico en el 5% a 10% de las pacientes con endometriomas ováricos (Leal, Alfaro, & Uribe, 2015).

Las mujeres con endometriosis presentan con frecuencia infertilidad, en estos casos el tratamiento tienen diversas alternativas, desde la supresión de la función ovárica a través de la administración de anticonceptivos hormonales, progestágenos, análogos de GnRH o danazol, no ha permitido mejorar la fertilidad en los casos de endometriosis mínima a leve, siendo la laparoscopia quirúrgica más efectiva incluso que la laparoscopia diagnóstica, muy evidente en mujeres infértiles con endometriosis en estadio I (Dunselman, y otros, 2014).

La vaporización con láser CO<sub>2</sub> ha sido más efectiva que la electrocoagulación monopolar; en los casos de endometriosis moderada, existen registros de embarazos en un 57% a 69% y en endometriosis grave el 52% a 68% posterior a cirugía laparoscópica. Otros tratamientos complementarios como terapia hormonal, suplementos nutricionales, tratamientos alternativos no han demostrado mejor eficacia en la tasa de embarazos (Dunselman, y otros, 2014).

La relación existente entre endometriosis y la infertilidad ha sido estudiada durante largo tiempo, siendo la tasa de fecundidad en estas pacientes de 0,02-0,1 por mes, entre los mecanismos se han descritos: los trastornos endocrinos y en la anatomía pélvica, así como ovulación, función peritoneal y componente hormonal alterados (Pina, Below, Abrão, & Agarwal, 2012).

Es importante tener presente las adherencias pélvicas y peritubáricas que pueden afectar la liberación de ovocitos y su captura, además de limitar el transporte. Se ha evidenciado aumento del volumen de fluido peritoneal con alto contenido de macrófagos activados, prostaglandinas, IL-1, TNF, y proteasas, elementos que interfieren la función de los

ovocitos, afectando además los espermatozoides, la trompa de Falopio y al propio embrión (Pina, Below, Abrão, & Agarwal, 2012).

La terapia para las mujeres con endometriosis difiere según la finalidad de la misma, siendo las más importantes la disminución del dolor y la infertilidad, en este sentido, el tratamiento para el dolor con base a terapia hormonal y cirugía radical interfieren en la fertilidad, por el contrario, en los casos de infertilidad el objetivo es la preservación de la función ovárica, lo que interfiere en el tratamiento del dolor (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

Se ha calculado que se requieren 7,7 laparoscopias con adhesiolisis/ablación para un tratamiento completo como terapia más eficaz en comparación con la laparoscopia diagnóstica, en pacientes con endometriosis III y IV se recomienda cirugía conservadora tanto por laparoscopia como por laparotomía (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

En este sentido, Grandi y otros (2015) afirman que posterior a una cirugía conservadora, es necesario la terapia continua con anticonceptivo hormonal, lo cual evita los flujos menstruales cíclicos, sirven para reducir la recurrencia del endometrioma, manejar el dolor y la infertilidad asociada.

Para Vercellini, Viganò, Somigliana y Fedele (2014) la terapia médica sirve solo para mejorar la sintomatología y no es citorreductora, mientras que la cirugía está más asociada con tasas de recurrencia, adicionalmente, la erradicación de la lesión se emplea para mejorar la fertilidad, su rendimiento es moderado, por lo que se han sumado tecnologías de reproducción asistida para proporcionar una terapia alternativa válida.

### *2.3.3. Pólipos endometriales y pacientes infértiles*

La asociación entre infertilidad y la presencia de pólipos endometriales, muestra una prevalencia que puede alcanzar el 32% de los casos diagnosticados por histeroscopia, previo a fertilización in vitro, al respecto, estos pólipos y su relación como causa de infertilidad no son frecuentes, es posible que se obedezca a tamaños mayores de dos

centímetros, los cuales provocan obstrucción mecánica en el ostium y pueden alterar la migración espermática, adicionalmente, pueden generar trastornos bioquímicos en la implantación y el desarrollo del embrión (Vigueras & Escalona, 2016).

Según De los Ríos, López, Cifuentes, Angulo y Palacios-Barahona (2015) no se ha logrado dilucidar, de forma completa, la evolución natural de los pólipos endometriales, se conoce en este sentido, de casos con remisión espontánea cuando son de tamaño pequeño, es decir menores de 1 centímetro. En los casos de tratamiento para mejorar la fertilidad de la paciente, se recomienda la resección histeroscópica, con lo cual se alivia también el dolor y el sangrado anormal, además permite descartar procesos malignos o atípicos.

## **2.6 ANTECEDENTES**

Un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, con el objetivo de determinar la prevalencia de los pólipos endometriales diagnosticados en esa institución, para lo cual se desarrolló una investigación descriptiva, retrospectiva, incluyendo la revisión de 162 estudios de histerosonografías registradas en las historias clínicas (Pereira, 2018).

Se obtuvo una prevalencia del 62,3%, el rango de edad más frecuente fue de 40 a 49 años agrupando al 47,5%, un mayor porcentaje de procedencia urbana con el 89,1%, el motivo predominante fue el sangrado transvaginal anormal en el 85,1% de los casos, el tamaño de pólipo más común fue 0,6 a 29 mm en el 89,1 % de los casos, menor de 5 mm el 7,9% y mayor a 30 mm el 3%; Respecto a su localización los posteriores se encontraron en el 61,4%, seguido de anterior 24,8% y fúndico el 10,9%, en cuanto a la morfología los sésiles en el 88,1% y pediculado 11,9% (Pereira, 2018)

Un trabajo de investigación fue realizado con el objetivo de determinar la prevalencia de endometriosis en pacientes infértiles, describir su estadiaje, relación clínica con el grado de severidad y la edad más frecuentemente que presentan estas pacientes. Para esto, estableció un estudio de prevalencia, correlacional, observacional y transversal a partir de la recopilación de datos de 190 historias clínicas de pacientes infértiles que fueron sometidas a

laparoscopia, reportan una prevalencia de 48% de endometriosis, la media de la edad fue de  $33.3 \pm 4$  años, el 51% presentaban infertilidad primaria, 49% infertilidad secundaria.

Respecto a la endometriosis, según la clasificación, se evidenció en el 31% como mínima, 25% en los casos leve, 28% moderada y 16% severa. La infertilidad que se evidenció en pacientes con endometriosis mínima conformó un grupo de 59% y presentaban infertilidad secundaria, las que presentaban endometriosis severa se evidenció un 67% de casos con infertilidad primaria (Campuzano & Bermeo, 2016).

En cuanto a la clínica, el dolor pélvico crónico, fue el síntoma predominante en el 31% de las pacientes, seguido de dismenorrea en el 25,8% y dispareunia en el 8% de los casos, de estos, la dismenorrea no presentó asociación significativa con el grado de severidad de la endometriosis, la clasificación de la endometriosis no se relacionó con la sintomatología (Campuzano & Bermeo, 2016)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. JUSTIFICACIÓN**

La endometriosis es una enfermedad que afecta entre el 8 al 10% de las mujeres en edad fértil, causa una variedad de síntomas, entre los que se cuentan el dolor pélvico, al presentar dificultad para su diagnóstico definitivo a través de estudios de imagen no invasivos, es posible que se retrase su tratamiento (Fernández, Ruiz, & Rodríguez, 2016).

Los pólipos endometriales presentan una gran dificultad para determinar su incidencia, dado por la gran variabilidad de síntomas y la alta frecuencia de pacientes asintomáticas, sin embargo se estima una prevalencia entre el 7,8 al 34,9% (Vigueras & Escalona, 2016).

Las investigaciones sobre endometriosis han sido muy vastas y continuas, existiendo un gran número de estudios con nuevos hallazgos, sin embargo, persisten aspectos que deben continuar investigándose por presentar controversias (Gonzalo, 2013).

Este trabajo de investigación se diseñó para establecer la relación existente entre el grado de endometriosis según escalas de la ASRM y características de los pólipos endometriales como ubicación, número, localización y morfología discriminada como sésil y pediculada en pacientes infértiles para mejorar la evaluación diagnóstica y proporcionar datos basados en evidencia científica que permitan dilucidar algunos vacíos y discrepancias en cuanto a la relación de ambas patologías, de esta manera brindar mejores opciones terapéuticas y elevar la calidad de vida de estas pacientes.

### **3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La infertilidad provoca daños graves en el estado emocional de la mujer, afectando su núcleo familiar e incluso su relación de pareja, es por esto que aumenta cada día el estudio sobre las causas de esta condición y se avanza en su diagnóstico y tratamiento, sin embargo existen algunos vacíos de información que han de dilucidarse con más estudios sobre el tema.

La endometriosis y los pólipos endometriales son causas importantes de infertilidad, presentándose ambas patologías en edad reproductiva, con variedad de clínica y una posible asociación en estas pacientes, por lo que es importante mejorar su manejo para disminuir la clínica incapacitante como dolor y sangrado genital y de ser posible lograr el embarazo.

La endometriosis se puede clasificar según grados, desde mínimo a severo utilizando para ello la escala de la ASRM, por su parte, los pólipos se han caracterizado según su morfología en sésiles y pediculados, adicionalmente es posible medirlos y ubicar su localización en el útero, no se ha dilucidado bien la posible relación existente entre los grados de endometriosis y las características de los pólipos endometriales, lo cual puede

mejorar en gran medida el conocimiento que se tiene sobre ambas patologías y su vinculación con la infertilidad femenina.

Los aportes logrados se enfocan en lograr un diagnóstico oportuno y la eficacia del tratamiento implementado, lo cual redundará en elevar la calidad de vida de estas pacientes e incluso la posibilidad de lograr embarazos.

### **3.3.PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existe asociación entre el grado de endometriosis según la escala ASRM y la presencia de pólipos endometriales en la cavidad uterina en pacientes infértiles de 25 a 40 años de edad, de la Clínica INFES, sometidas a histeroscopia y laparoscopia desde enero de 2018 hasta diciembre de 2018?

### **3.4.OBJETIVOS**

#### *3.4.1. Objetivo general*

Establecer la asociación existente entre grado de endometriosis y las características de los pólipos endometriales en pacientes infértiles de 25 a 40 años sometidas a histeroscopia y laparoscopia en la Clínica INFES durante el periodo enero 2018 a diciembre 2018.

#### *3.4.2. Objetivos específicos*

1. Determinar el estadiaje del grado de endometriosis según la escala validada del ASRM
2. Identificar la presencia y frecuencia de pólipos endometriales y sus características en la población de estudio
3. Asociar el grado de endometriosis con las variables ubicación y característica sésil/pediculado de pólipos endometriales

## HIPÓTESIS

La presencia de pólipos endometriales sésiles en la unión útero tubárica o contiguo a ella se relaciona con un mayor estadiaje de endometriosis.

### 3.5.METODOLOGÍA

#### 3.5.1. Operacionalización de las variables del estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL		ESCALA	INDICADOR
		Categoría Variable	Tipo		
<b>EDAD</b>	Años Cumplidos desde su nacimiento hasta el momento de la evaluación	Categoría		Grupo de 25 a 29 años Grupo de 30 a 34 años Grupo de 35 a 39 años	Frecuencia absoluta y relativa Porcentaje
<b>ESCALA ASRM</b>	Escala que mide el grado de endometriosis observada por laparoscopia	Cualitativa	Ordinal	Mínimo Leve Moderada Severa	Frecuencia absoluta y relativa Porcentaje
<b>LOCALIZACIÓN DEL PÓLIPO ENDOMETRIAL</b>	Lugar de ubicación del pólipo endometrial con respecto a la unión útero tubárica	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Unión útero-tubárica Otra localización	Frecuencia absoluta y relativa Porcentajes
<b>CARACTERÍSTICA MORFOLÓGICAS DEL PÓLIPO ENDOMETRIAL</b>	Forma del pólipo endometrial	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Sésil Pedículado	Frecuencia absoluta y relativa Porcentaje
<b>TAMAÑO DEL PÓLIPO ENDOMETRIAL</b>	Medida en centímetros del pólipo endometrial	Categoría		Hasta 2 cm o menos Mayor de 2 cm	Frecuencia absoluta y relativa Porcentaje

**Elaborado por:** Capelo, H (2019)

**Variable Dependiente:** características de los pólipos endometriales

**Variable Independiente:** grado de endometriosis

**Variables Interviniente:** Miomatosis uterina (Fue criterio de exclusión del estudio)

### **3.6. POBLACIÓN**

Durante el periodo de enero a diciembre del 2018, fueron atendidas en el servicio de Ginecología de la Clínica INFES por infertilidad 390 pacientes, de las cuales 135 presentaron diferentes grados de endometriosis. Según los datos de estadística, de este grupo anterior se seleccionaron 62 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión, a las que se les realizó laparoscopia e histeroscopia por estudio de infertilidad.

### **3.7. MUESTRA**

La muestra por lo tanto estuvo conformada por 62 pacientes que fueron sometidas a histeroscopia y laparoscopia a quienes se les diagnosticaron ambas enfermedades durante el año 2018 en el servicio de Ginecología de la Clínica INFES, para la selección de las mismas se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

#### **Criterios de inclusión**

1. Pacientes en que concurra el diagnóstico de endometriosis y pólipos endometriales
2. Pacientes con edades comprendidas entre 25 a 40 años
3. Pacientes con resultados de histeroscopia y laparoscopia
4. Pacientes cuyas historias clínicas tengan los datos completos y suficientes para la investigación.

#### **Criterios de exclusión**

1. Se excluyeron los pacientes con una sola de las patologías del estudio
2. Se excluyeron los pacientes con miomatosis uterina
3. Pacientes que se encontraban fuera del rango de edad establecido

4. Pacientes cuyas historias clínicas no presentaran los datos completos y suficientes para la investigación.

### **3.8.TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo.

### **3.9.PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Luego de haber sido aprobado el protocolo de investigación por el comité de bioética de la universidad, y con autorización de la directiva de la Clínica INFES, para la obtención de los datos, se procedió a recabar en la base de datos del historial médico, protocolos operatorios e historia clínica electrónica de Hospitalización y Consulta Externa de la clínica de casos diagnosticados con endometriosis y pólipos endometriales en el periodo comprendido entre enero 2018 a diciembre 2018, registrando los datos de las mismas en un instrumento elaborado para este fin y organizándolos para su posterior análisis

#### **Instrumentos para recolección de la Información**

El estudio se efectuó obteniendo los datos directamente de las historias clínicas, para lo cual se diseñó un instrumento que permitió recopilar la información que cumplía con los objetivos propuestos.

#### **Matriz de datos de la investigación**

Se trata de una matriz diseñada especialmente para esta investigación para la recolección de información acerca de los grados de endometriosis, ubicación y clasificación de los pólipos endometriales atendidos en esta clínica.

#### **Técnica de investigación:**

- Observación

#### **Fuente de los datos:**

- Historias clínicas de los pacientes

**Instrumento utilizado:**

- Matriz de datos (Anexo)

### **3.10. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

En primer lugar, los datos de la matriz se tabularon en una hoja electrónica de datos de Microsoft Excel, luego se organizaron con el programa estadístico SPSS versión 24, para la obtención del análisis descriptivo según los distintos factores considerados dentro de esta asociación.

#### *3.10.1. Análisis univariado*

Las variables cualitativas se analizaron con frecuencias relativas y absolutas, (%) y se utilizaron gráficos al diagrama de barras o diagramas de sectores.

#### *3.10.2. Análisis bivariado*

Para el análisis bivariado se utilizaron tablas de contingencia, donde se determinó la dependencia entre las variables mediante Chi cuadrado. El nivel de asociación entre las variables se midió mediante RR, se tomaron en cuenta los resultados del valor de p menor a 0,05 como estadísticamente significativo con un IC de 95%

## **CAPÍTULO IV**

### **4. RESULTADOS**

#### **4.1. RESULTADOS UNIVARIADOS**

El grupo etario predominante fueron las mujeres de 35 a 39 con 55% de los casos, seguido de las mujeres de 30 a 34 años quienes registraron el 33,3% y finalmente las de 25 a 29

años que alcanzaron cifras del 11,7%

**Tabla 1.** Distribución de la muestra según grupo etario

Grupo etario	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
25 a 29	7	11,7
30 a 34	20	33,3
35 a 39	33	55,0
Total	60	100,0

**Fuente:** Datos de la investigación 2019

**Elaborado por:** Capelo, H (2019)

Respecto al grado de endometriosis según la clasificación de la ASRM, se evidenció un mayor porcentaje de mujeres con endometriosis mínima con un 30% mientras que las restantes categoría presentaron cifras cercanas, siendo para leve el 25%, moderado 21,7% y severo 23,3%

**Tabla 2.** Distribución de la muestra según grado de endometriosis

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Mínimo	18	30,0
Leve	15	25,0
Moderado	13	21,7
Severo	14	23,3
Total	60	100,0

**Fuente:** Datos de la investigación 2019

**Elaborado por:** Capelo, H (2019)

La incidencia de pólipos se registró en el 100% de los casos. Los pólipos ubicados en la unión útero-tubárica alcanzaron la cifra de 16,7%, mientras que el 83,3% se encontraban en otra ubicación. Los pólipos sésiles alcanzaron agrupar al 31,7% de la muestra, mientras que el 68,3% restante no presentaron esta condición. Respecto al tamaño de los pólipos, los mayores de 2 centímetros se registraron con el 35%, mientras que el 65% eran menores a 2 centímetros. (Tabla 3, gráfico 1.)

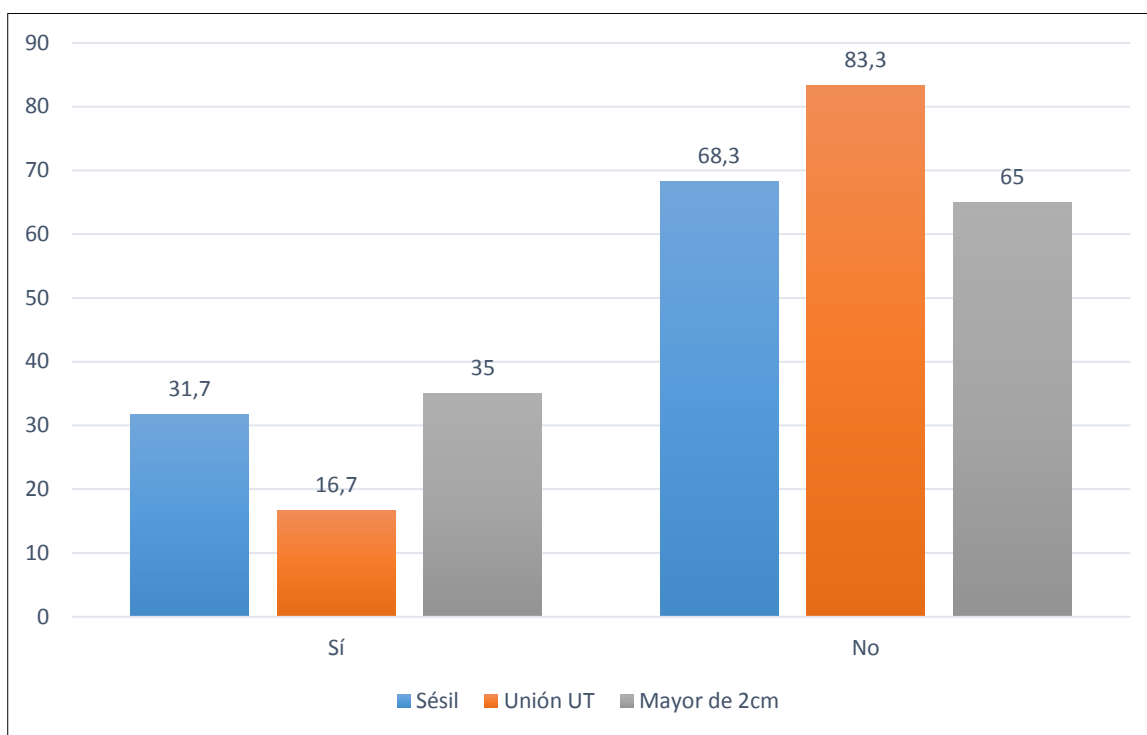
**Tabla 3.** Distribución de la muestra según caracterización de los pólipos

	Sí		No	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Localización en unión útero-tubárica	10	16,7	50	83,3
Sésiles	19	31,7	41	68,3
Mayores de 2 cm	21	35	39	65

**Fuente:** Datos de la investigación 2019

**Elaborado por:** Capelo, H (2019)

**Gráfico 1.** Características de los pólipos



**Fuente:** Datos de la investigación 2019

**Elaborado por:** Capelo, H (2019)

## 4.2. RESULTADOS BIVARIADOS

Los cálculos realizados para medir la asociación entre las variables, permitió establecer una diferencia estadísticamente significativa entre grado de endometriosis moderado y severo y tipo de pólipo sésil, con un p-valor < 0,05. Respecto al RR se obtuvo un valor de 64,0 veces más posibilidad que las pacientes con endometriosis moderada y severa presenten pólipos séviles.

Se evidenció una diferencia estadísticamente significativa entre grado de endometriosis moderado y severo y tipo de pólipo mayores de 2 centímetros, con un p-valor < 0,05. Respecto al OR se obtuvo un valor de 8,15 veces más posibilidad que las pacientes con endometriosis moderada y severa presenten pólipos mayores de 2 centímetros.

Se estableció una diferencia estadísticamente significativa entre grado de endometriosis moderado y severo y localización del pólipo en la unión útero-tubárica, con un p-valor < 0,05. Respecto al RR se obtuvo un valor de 2,94 veces más posibilidad que las pacientes con endometriosis moderada y severa presenten pólipos localizados en la unión útero-tubárica. (Tabla 4 y gráfico 2).

**Tabla 4.** Resultados bivariados

Variable	Grado de endometriosis		OR	IC 95%	p-valor*
<b>Pólipo sésil</b>	Moderado/severo	Mínimo/leve			
Sí	66,7%	3,0%	64,0	7,491-546,783	<b>0,000</b>
No	33,3%	97,0%			
<b>Pólipo mayor de 2 cm</b>					
Sí	59,3%	15,2%	8,15	2,398-27,663	<b>0,000</b>
No	40,7%	84,8%			
<b>Pólipos en unión U-T**</b>					
Sí	37%	0%	2,94	1,999-4,328	<b>0,000</b>
No	63%	100%			

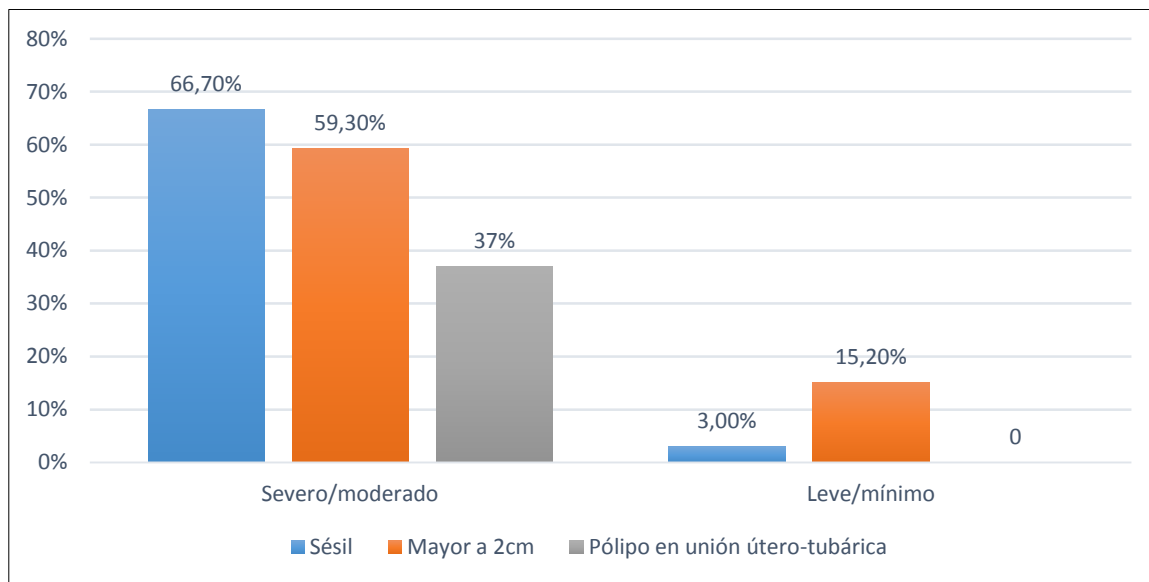
**Fuente:** Datos de la investigación 2019

**Elaborado por:** Capelo, H (2019)

\*p-valor: significativo si es menor a 0,05

\*\* U-T: unión útero-tubárica

**Gráfico 2.** Relación entre grado de endometriosis y características de los pólipos



**Fuente:** Datos de la investigación 2019

**Elaborado por:** Capelo, H (2019)

## CAPÍTULO V

### 5. DISCUSIÓN

La edad de las pacientes osciló entre los 25 y 39 años, con una media de 34,4, entre las cuales el grupo etario predominante fueron las mujeres entre 35 a 39 años, seguido de las mujeres de 30 a 34 años, acorde con la afirmación de Palma (2013), Fernández, Ruiz y Rodríguez (2016) y Fritz y Speroff (2012) al referirse que se trata de una patología frecuente en mujeres que se encuentran en edad reproductiva. Las cifras concuerdan con las manejadas por el INEC (2014), instituto que señala un registro con predominio de edades comprendidas entre los 24 a 34 años.

Respecto al grado de endometriosis, según la clasificación de la ASRM, se evidenció un mayor porcentaje de mujeres con endometriosis mínima que registraron un 30% mientras que las restantes categoría presentaron cifras cercanas, siendo para leve el 25%, moderado 21,7% y severo 23,3%. Datos similares a los obtenidos en el estudio de Campuzano y Bermeo (2016) quienes tuvieron hallazgos de 31% de endometriosis mínimo

Las pacientes presentaron pólipos en el 100% de los casos, cifras que exceden lo referido por Viguera y Escalona (2016) quien refiere una prevalencia que fluctúa entre 7,8 al 34,9%, y Lasmar y Lasmar (2013) quienes señalan la prevalencia en 20%, sin embargo recalcan que los registros dependen del método diagnóstico.

Los pólipos ubicados en la unión útero-tubárica alcanzaron la cifra de 16,7%, los pólipos sésiles alcanzaron agrupar al 31,7% de la muestra, por debajo de los hallazgos de Pereira (Pereira, 2018) quien registró un 88,1% de pólipos sésiles y la localización más frecuente fue la posterior en el 61,4%, seguido de anterior 24,8% y fúndico el 10,9%

Respecto al tamaño de los pólipos, los menores de 2 centímetros se registraron con el 65%, lo cual está en concordancia con lo señalado por Hamany, Eldar, Sela, Voss y Haimov-Kochman (2013), cuando afirma que los pólipos de pequeño tamaño suelen ser los más comunes. Las cifras encontradas en esta investigación se encuentran por debajo de los hallazgos de Pereira (Pereira, 2018) quien evidenció pólipos entre 0,6 a 29 mm en el 89,1% de sus casos.

## **CAPÍTULO VI**

### **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1 CONCLUSIONES**

- En esta investigación se logró determinar el estadiaje del grado de endometriosis según la escala validada del ASRM, siendo los hallazgos al respecto que fue más frecuente la endometriosis mínima, seguido en orden de frecuencia de endometriosis leve, moderada y con menor frecuencia la severa.
- En relación a los pólipos endometriales en la población participante en el estudio, el 16,7% se ubicaron en la unión útero-tubárica, 35% mayores a 2 cm., y el 31,7% eran sésiles.

- Se logró asociar el grado moderado a severo de endometriosis con los pólipos endometriales, en lo referente a las variables ubicación en la unión útero-tubárica, característica sésil y tamaño mayor a 2 cm., demostrando una diferencia estadísticamente significativa entre estas variables.
- Los resultados obtenidos forman la base fundamental de los objetivos propuestos, quedando demostrado, en estas pacientes, la fuerte asociación existente entre estas patologías, endometriosis y pólipos endometriales, elemento que complica las posibilidades de embarazo de las pacientes que presenten ambas enfermedades y que constituye un reto mayor para el especialista tratante al momento de decidir la terapia más adecuada.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

- Se recomienda la implementación de la escala ASRM para establecer el grado de endometriosis de las pacientes, lo que proporciona un mejor abordaje diagnóstico, ya que al estadiar la endometriosis según el grado, es posible mejorar la decisión del tratamiento más adecuado para la paciente, convirtiéndose en una herramienta muy útil para decidir el manejo de la patología y proporcionar un mejor conocimiento de la enfermedad respecto a su progresión con el tiempo.
- Respecto a la presencia y caracterización de los pólipos endometriales, en virtud de las altas cifras de pólipos endometriales y la frecuencia de asociación con la endometriosis en pacientes infértiles evidenciada en este estudio, permiten sugerir una mayor vigilancia de esta patología, indagarla en todos los casos de pacientes que, no sólo presenten clínica sugestiva, sino también, en las mujeres infértiles, de esta manera es posible mejorar su abordaje y proporcionarle el tratamiento más adecuado según el caso en particular.
- Cabe destacar que la endometriosis y los pólipos endometriales, cada una por separado, representan un obstáculo para la concepción, por lo que es fácil inferir que al estar ambas presentes en una paciente las posibilidades de infertilidad

aumentan. Por lo tanto, verificar la asociación de estas patologías permite mejorar las posibilidades de lograr el embarazo, aspecto fundamental en las mujeres que acuden a la clínica de fertilidad por constituir un elemento importante en su esfera psicoemocional y en su vida de relación de pareja

- Los estudios de esta naturaleza permiten obtener una mejor visión de los factores que se relacionan con la paciente infértil, los hallazgos evidenciados en esta investigación proporcionan elementos que permiten decidir su manejo definitivo, por lo tanto se recomienda tomar en cuenta estos datos para mejorar los tiempos de tratamiento y el abordaje de cada caso de manera individualizada
- Realizar estudios similares en mayor cantidad de pacientes y de tipo multicéntricos, para poder obtener datos generalizables a otras pacientes infértiles del país, dada la escasez de estudios que se dispone. Esto proporcionaría un gran avance en la caracterización de ambas patologías para mejorar la toma de decisiones respecto al tratamiento a implementar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAGL. (january-february de 2012). Practice Report: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Endometrial Polyps. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 19(1), 3-10. Obtenido de <https://www.aagl.org/wp-content/uploads/2013/03/aagl-Practice-Guidelines-for-the-Diagnosis-and-Management-of-Endometrial-Polyps.pdf>
- Bazot, M., Bharwani, N., Huchon, C., Kinkel, K., Cunha, T., Guerra, A., . . . Rockall, A. (jul de 2017). European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. *European Radiology*, 27(7), 2765-2775. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27921160>
- Bennett , G., Slywotzky, C., Cantera, M., & Hecht, E. (jun de 2010). Unusual manifestations and complications of endometriosis--spectrum of imaging findings: pictorial review. *AJR. American Journal of Roentgenology*, 194(6). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20489127>
- Burney, R., & Giudice, L. (sep de 2012). Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertility and sterility*, 98(1), 511-9.
- Campuzano, F., & Bermeo, C. (2016). *Prevalencia de la endometriosis en laparoscopías de pacientes infértiles en el hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor año 2013 – 2015 en la ciudad de Guayaquil*. Tesis, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5321/1/T-UCSG-PRE-MED-461.pdf>
- De los Ríos, J., López, C., Cifuentes, C., Angulo, M., & Palacios-Barahona, A. (julio de 2015). Polipectomía histeroscópica para el tratamiento del sangrado uterino anorma. *Revsita Ginecología y Obstetricia de México*, 83(7), 422-428. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom157f.pdf>
- Dunselman, G., Vermeulen, N., Becker, C., Calhaz-Jorge, C., D'Hooghe, T., De Bie, B., . . . Kiesel, L. (mar de 2014). ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Human Reproduction*, 29(3), 400-412. Obtenido de <https://academic.oup.com/humrep/article/29/3/400/707776>
- Durón, R., & Bolaños, P. (marzo de 2018). Endometriosis. *Medicina Legal de Costa. Edición Virtual*, 35(1). Obtenido de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-23.pdf>

- Fernández, J., Ruiz, M., & Rodríguez, A. (2016). *Diagnóstico y clasificación de la endometriosis*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/267196787\\_DIAGNOSTICO\\_Y\\_CLASIFICACION\\_DE\\_LA\\_ENDOMETRIOSIS](https://www.researchgate.net/publication/267196787_DIAGNOSTICO_Y_CLASIFICACION_DE_LA_ENDOMETRIOSIS)
- Fritz, M., & Speroff, L. (2012). *Endocrinología Ginecológica Clínica y Esterilidad* (8va ed.). (M. A. M.D., Ed.) Lippincott Williams & Wilkins. Obtenido de [https://www.academia.edu/38494619/Endocrinologia\\_Ginecologica\\_Clinica\\_y\\_Esterilidad\\_de\\_Speroff\\_8va\\_Edicion](https://www.academia.edu/38494619/Endocrinologia_Ginecologica_Clinica_y_Esterilidad_de_Speroff_8va_Edicion)
- Fuentes, A., Escalona, J., Céspedes, P., Espinoza, A., & Johnson, M. (Ene de 2014). Prevalencia de la endometriosis en mujeres sometidas a esterilización quirúrgica laparoscópica en un hospital de Santiago de Chile. *Revista médica de Chile*, 142(1). Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-9887201400010000](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887201400010000)
- Gonzalo, F. (2013). *Validez de los elementos diagnósticos en endometriosis*. Tesis Doctoral, Universidad de Alcalá, Facultad de Medicina, Alcalá de Henares. Obtenido de [https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/20362/TESIS\\_GONZALO\\_RUP%C3%89REZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/20362/TESIS_GONZALO_RUP%C3%89REZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 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*, 1-10. Obtenido de <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/751571/>
- Hamany, Y., Eldar, I., Sela, H., Voss, E., & Haimov-Kochman, R. (oct de 2013). The clinical significance of small endometrial polyps. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 170(2), 497-500. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23910695>
- Hudelist, G., English, J., Thomas, A., Tinelli, A., Singer, C., & Keckstein, J. (mar de 2011). Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound for non-invasive diagnosis of bowel endometriosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 37(3), 257-263. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20954166>
- INEC. (2014). *Anuario de estadísticas hospitalarias*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud/>

- Lasmar, B., & Lasmar, R. (sep de 2013). Endometrial polyp size and polyp hyperplasia. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The official Organ of Int Fed Gynaecol and Obstet*, 123(3), 236-9. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24050479>
- Leal, A., Alfaro, F., & Uribe, J. (enero-junio de 2015). Epigenética de la endometriosis y su perspectiva terapéutica en el marco de un sistema integral de atención de la infertilidad: revisión y propuesta de investigación. *Medicina U.P.B*, 34(1), 61-69. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1590/159046025008.pdf>
- Mangala, J., Remadevi, C., Sumathy, S., Sharma, D., Sreedhar, S., & Amrutha, J. (junio de 2016). Estudio clínico del pólipo endometrial y el papel de la histeroscopia diagnóstica y la avulsión ciega del pólipo. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 10(6). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4963717/>
- Ministerio de Salud Chile. (2015). *Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad Programa Nacional Salud de la Mujer - 2015*. Obtenido de [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PARA%20EL%20ESTUDIO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20LA%20INFERTILIDAD\\_2015%20FF\(1\).pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PARA%20EL%20ESTUDIO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20LA%20INFERTILIDAD_2015%20FF(1).pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el SNS*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad. Obtenido de <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf>
- Muñoz, J. (2017). *La endometriosis: formas de presentación y manejo. Todo un mundo de posibilidades*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Madrid. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/44985/1/T39333.pdf>
- Nnoaham, K., Hummelshoj, L., Webster, P., D'Hooghe, T., Fe Cicco, F., De Cicco, C., . . . Zondervan, K. (aug de 2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility*, 96(2), 366-373. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21718982>
- Palma, S. (2013). Endometriosis. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(606), 281-288. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132o.pdf>
- Pearce, C., Templeman, C., Rossing, M., Lee, A., Near, M., Webb, P., & Nagle, C. (apr de 2012). Association between endometriosis and risk of histological subtypes of

ovarian cancer: a pooled analysis of case-control studies. *The Lancet Oncology*, 13(4), 385-94. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22361336>

Pereira, D. (2018). *Prevalencia de pólipos endometriales diagnosticados mediante histerosonografía en pacientes del hospital José Carrasco Arteaga Cuenca, enero - diciembre 2016*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29367/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Pérez, E., & Sevilla, A. (01 de 27 de 2017). *Endometriosis*. Obtenido de Fistera: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/endometriosis/?avisologin=%3Cstrong%3ESu+suscripci%26oacute%3Bn+a+fistera+ha+expirado+el+23%2F12%2F2018%3C%2Fstrong%3E%2E+%3Ca+href%3D%22https%3A%2F%2Fwww%2Efistera%2Ecom%2Ftienda-fistera%2Fproductos%2Fproducto%2>

Pérez, J. (2015). *Manejo farmacológico y quirúrgico de la endometriosis*. Tesis, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Facultad de Medicina Humana, Bogotá DC. Obtenido de <http://repository.udca.edu.co:8080/bitstream/11158/446/1/MANEJO%20FARMACOL%20C3%93GICO%20Y%20QUIR%20C3%9ARGICO%20DE%20LA%20ENDOMETRIOSIS.pdf>

Pina, L., Below, A., Abrão, M., & Agarwal, A. (2012). Minimal and mild endometriosis negatively impact on pregnancy outcome. *Rev Assoc Med Bras*, 58(5), 607-614. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n5/v58n5a20.pdf>

Restrepo, G. (jul/dic de 2010). Endometriosis, endometrioma e infertilidad. *Revista Médica*, 18(2). Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-52562010000200006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562010000200006)

Shuang-zheng, J., Jin-hua, L., Jing-hua, S., Peng-ran, S., & Jing-he, L. (oct de 2012). Health-related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. *Journal of Ovarian Research*, 5(29). Obtenido de <https://ovarianresearch.biomedcentral.com/articles/10.1186/1757-2215-5-29>

Trovó de Marqui, A. (sep-oct de 2012). Genetic polymorphisms and endometriosis: contribution of genes that regulate vascular function and tissue remodeling. *Revista de Associação Médica Brasileira*, 58(5), 620-32. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23090236>

- Vercellini, P., Viganò, P., Somigliana, E., & Fedele, L. (mayo de 2014). Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nature reviews. Endocrinology*, 10(5), 261-75. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24366116>
- Vigueras, A., & Escalona, J. (abr de 2016). Pólipos endometriales: Actualización en diagnóstico y tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(2). Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000200012](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000200012)
- Vivas, C., & Romero, H. (julio-diciembre de 2012). Pólipos endometriales, fisiopatología. *Revista CES MEDICINA*, 26(2), 175-184. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v26n2/v26n2a04.pdf>

## FOTOGRAFIAS



**Ubicación Clínica INFES. Isla San Cristóbal N-44-426 e Isla Seymour.  
Quito-Ecuador**

CLINICA INFES. CONTROL MANEJO HISTORIA CLÍNICA

**PARTE A**  
RESPONSABLES MÉDICOS RESIDENTES

Médico Residente que realiza ingreso:	SI	NO	Paciente:
<i>Dr. Quetzil Horta</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FIRMAS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HORA INGRESO:
MSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HORA EGRESO:
ANESTESIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES: <i>17 JUL 2019</i>
PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO LIGADURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FIRMAS Y SELLOS HOJAS EVOLUCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FIRMA ANESTESIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROTOCOLO OPERATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PAUSA QUIRÚRGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FORMULARIO DE RECUPERACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ANAMNESIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EPICRISIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Médico residente que realiza egreso:

**PARTE B**  
RESPONSABLES PERSONAL ENFERMERIA

Personas que realiza ingreso:	SI	NO	Paciente:
<i>Señorita Villan / V.B.</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Señorita Ana Olayo</i>
FORMULARIOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HORA INGRESO: <i>09:30</i>
SIGNOS VITALES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HORA EGRESO: <i>9h</i>
NOTAS DE ENFERMERIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES:
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PREQUIRÚRGICO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
INDICADORES QUÍMICOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RECUESTO MATERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EXTRAS ENFERMERIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LABORATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MÁS LO SEÑALADO EN PARTE A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Personas que realiza egreso: *Doña María Teresa Horta*

RESPONSABLE: *Coordinadora y personal de archivo*

ASCE GUANO NORMA PATRICIA  
I.C. 31848  
DR. PABLO VALENCIA  
*HAB 10*

CONTROL  
FECHA CONTROL:  
FECHA ARCHIVO:

**Procedimiento:**

- Los médicos residentes son responsables del primer FILTRO para que la historia clínica se encuentre llena en forma correcta.
- El personal de enfermería constituye el 2do FILTRO: revisión y cumplimiento partes A y B.
- Coordinación de estadística realiza verificación de formularios que deben constar en la historia clínica, caso contrario procede:
  - Solicitar cumplimiento a los responsables.
  - Revisar cualquier faltante.
- Casos de historias clínicas para seguro médico privado se procede:
  - La coordinadora de estadística deberá entregar la historia clínica en tres días hábiles al Área de facturación.
  - En casos de inconvenientes gestionará conjuntamente con Dirección Médica para pronta solución.

CONTROL MANEJO HISTORIA CLÍNICA

BALANCES

FECHA	19h	20h	07h	TOTAL 24h
...	...	...	...	...

## Historia clínica



**Archivo de historias clínicas**



**Archivo de historias clínicas**

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de Historia 16117 Edad: 38

Escala ASRM:		Puntaje
Mínimo	<input type="radio"/>	___
Leve	<input type="radio"/>	___
Moderado	<input type="radio"/>	___
Severo	<input checked="" type="radio"/>	<u>75</u>

Localización del pólipo endometrial:

Unión útero-tubárica   
Otra localización

Características morfológicas del pólipo endometrial:

Sésil   
Pediculado

Tamaño del pólipo endometrial:

Hasta 2 cm.   
Mayor de 2 cm.

**Hoja de recolección de datos**

				16/71		Pólipos			
						(contigüidad a UUT:)	(Sésil o NO SESIL)	mayor de 2 cm	Grado de endometriosis (ASRM)
	HCL	Edad	Grado de endometrios	Puntaje exacto	Presencia	Localizacion EN UT	Caracteristica	Tamaño	Mínimo (hasta 5)
1	16117	38	SEVERO	75	SI	SI	SI	si	Leve ( hasta 15)
2	12336	39	SEVERO	80	SI	NO	SI	SI	Moderado (16 hasta 40)
3	17869	33	MODERADO	38	SI	NO	SI	SI	Severo (Mayor a 40)
4	21129	37	MINIMO	4	SI	NO	NO	NO	
5	26846	39	LEVE	14	SI	NO	NO	SI	
6	26821	29	MODERADO	35	SI	NO	NO	SI	
7	26770	33	SEVERO	82	SI	NO	NO	SI	
8	27297	33	MINIMO	4	SI	NO	NO	NO	
9	27235	38	MINIMO	4	SI	NO	NO	NO	
10	27162	29	SEVERO	75	SI	SI	SI	si	
11	27134	36	SEVERO	75	SI	NO	SI	SI	
12	11746	36	MINIMO	4	SI	NO	NO	NO	
13	30391	36	MODERADO	38	SI	NO	NO	NO	
14	30932	39	MODERADO	35	SI	NO	SI	NO	
15	30922	26	MODERADO	39	SI	NO	SI	NO	
16	30123	34	MODERADO	38	SI	NO	SI	NO	
17	30336	39	MINIMO	4	SI	NO	NO	NO	
18	30298	37	MINIMO	4	SI	NO	NO	NO	
19	30102	31	SEVERO	75	SI	NO	NO	NO	
20	30090	37	MINIMO	4	SI	NO	NO	NO	
21	30062	38	MODERADO	38	SI	NO	NO	NO	
22	29910	30	MINIMO	4	si	NO	SI	NO	
23	30576	37	MINIMO	4	SI	NO	NO	NO	
24	30639	36	MODERADO	38	SI	NO	NO	NO	
25	30651	32	LEVE	14	SI	NO	NO	NO	
26	27119	30	MINIMO	4	si	NO	NO	NO	

**Captura parcial base de datos**

## ANEXO 1

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de Historia \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Escala ASRM:**                      **Puntaje**

Mínimo                      ( )                      \_\_\_\_\_

Leve                              ( )                      \_\_\_\_\_

Moderado                      ( )                      \_\_\_\_\_

Severo                              ( )                      \_\_\_\_\_

**Localización del pólipo endometrial:**

Unión útero-tubárica                      ( )

Otra localización                      ( )

**Características morfológicas del pólipo endometrial:**

Sésil                              ( )

Pediculado                      ( )

**Tamaño del pólipo endometrial:**

Hasta 2 cm.                      ( )

Mayor de 2 cm.                      ( )