



# clínica e investigación en ginecología y obstetricia

[www.elsevier.es/gine](http://www.elsevier.es/gine)



## ORIGINAL

# Endometriosis: «Nivel de conocimiento y expectativas de formación específica entre profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria y matronas en atención primaria en la isla de Gran Canaria»



V. Sánchez Sánchez<sup>a,\*</sup>, J.L. Alonso Bilbao<sup>b</sup>, A. Santana Suárez<sup>a</sup>, A. de Arriba Fernández<sup>c</sup>, L. Ocón Padrón<sup>a</sup>, A.B. Alvarez Medina<sup>b</sup> y A. Martín Martínez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Endometriosis, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, Servicio Canario de Salud, Las Palmas de Gran Canaria, España

<sup>b</sup> Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, Servicio Canario de Salud, Las Palmas de Gran Canaria, España

<sup>c</sup> Servicio de Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, Servicio Canario de Salud, Las Palmas de Gran Canaria, España

Recibido el 12 de febrero de 2023; aceptado el 8 de junio de 2023

Disponible en Internet el 11 de julio de 2023

## PALABRAS CLAVE

Endometriosis;  
Demora diagnóstica;  
Atención primaria;  
Matronas;  
Profesionales  
especialistas en  
medicina de familia y  
comunitaria;  
Formación

## Resumen

**Objetivo:** Analizar el nivel de conocimiento entre profesionales sanitarios de atención primaria sobre endometriosis e identificar sus necesidades formativas en esta materia.

**Diseño:** Estudio descriptivo realizado en atención primaria del Área de Salud de Gran Canaria, mediante cuestionario online anónimo.

**Resultados:** Ciento diecinueve especialistas en medicina de familia y comunitaria y 37 matronas respondieron el cuestionario. El 54,6% de profesionales médicos y el 67,6% de matronas consideran escaso su conocimiento sobre endometriosis. Menos del 50% de profesionales conoce la guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud. Los síntomas más frecuentes relacionados con endometriosis son: dismenorrea moderada/severa, dolor pélvico crónico, esterilidad. Los menos relacionados son los digestivos y las alteraciones urinarias catameniales. Un 80% de profesionales médicos señalan como menor de 10 el número anual de pacientes en las que piensan que puedan tener endometriosis y menos de 20 para el 75% de matronas. El 40% de profesionales médicos trataría a una paciente con solo dismenorrea y sin planes de gestación con anticonceptivos orales; el 8% considera que el dolor con la menstruación es algo común. El 25% de profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria señalan la terapia de larga duración con antiinflamatorios no esteroideos como tratamiento de primera línea. Menos del 25% de ellos derivarían al especialista en Ginecología con solo sospechar endometriosis. Mayoritariamente los profesionales manifiestan interés en mejorar su formación en endometriosis. El 94,6% de las matronas consideran que tienen un papel estratégico en el manejo de pacientes con endometriosis.

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [masansanj@gobiernodecanarias.org](mailto:masansanj@gobiernodecanarias.org) (V. Sánchez Sánchez).

<https://doi.org/10.1016/j.gine.2023.100901>

0210-573X/© 2023 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Conclusión:** La demora en el diagnóstico de la endometriosis se debe en parte al desconocimiento de la enfermedad. Los profesionales de atención primaria constituyen la primera línea de atención sanitaria. Es fundamental el desarrollo de estrategias formativas específicas que serían bien acogidas por estos profesionales.

© 2023 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Endometriosis;  
Delay in diagnosis;  
Primary care;  
Midwives;  
Family primary care  
doctors;  
Training

## Endometriosis: "Level of knowledge and expectations of specific training among primary care doctors and midwives on the island of Gran Canaria, Spain"

### Abstract

**Objective:** To analyze the level of knowledge of endometriosis in primary care doctors and midwives and to identify their training needs in this area.

**Design:** Descriptive study conducted in the primary care services of the Health Area of Gran Canaria, through an anonymous online questionnaire.

**Results:** One hundred and nineteen doctors and 37 midwives completed the questionnaire; 54.6% of doctors and 67.6% of midwives considered that their knowledge about endometriosis was poor. Less than 50% of healthcare professionals knew the National System of Health's guidelines for the management of women with endometriosis. Symptoms most frequently associated to endometriosis included: moderate/severe dysmenorrhea, chronic pelvic pain and sterility. Less frequently related ones included: digestive symptoms and catamenial urinary disorders; 80% of doctors suspected endometriosis in <10 women per year; 75% of midwives suspected this condition in <20 women per year; 40% of doctors would prescribe oral contraceptives to patients with dysmenorrhea who were not planning pregnancy; 8% of doctors considered that menstruation-associated pain was common. Medical therapy was the most frequently chosen first-line treatment; 25% of doctors would choose long-term NSAIDs therapy as a first-line treatment; less than 25% of them would refer a patient to the Gynecology service only for suspected endometriosis. Most health professionals expressed their interest in improving their knowledge about endometriosis; 94.6% of midwives considered that they played a strategic role in the identification and management of patients with endometriosis.

**Conclusion:** Delays in the diagnosis of endometriosis are partially due to ignorance of the disease. Primary care professionals constitute the first line of health care. In this context, it is essential to develop specific training strategies, which would be welcome by health professionals.

© 2023 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Lo conocido sobre el tema

- La endometriosis es una enfermedad benigna, prevalente, que afecta a mujeres jóvenes con un potencial impacto funcional y psicológico en su calidad de vida.
- Uno de los principales problemas en su atención es la demora en el diagnóstico que ha sido establecida en un promedio de 8 años.
- Estudios cualitativos publicados ponen de manifiesto la opinión de pacientes con endometriosis que manifiestan haberse sentido incomprendidas en algún momento de su trayectoria asistencial por los profesionales sanitarios que las atendieron, sobre todo en el ámbito de atención primaria.

- Profesionales médicos y matronas de atención primaria constituyen la primera línea de atención sanitaria y se encuentran en una posición única para la identificación y manejo precoz de esta patología.

## Qué aporta este estudio

- Primer estudio colaborativo en esta materia que se desarrolla en nuestro ámbito.
- Da a conocer cuál es el nivel de conocimiento sobre endometriosis entre los profesionales de atención primaria de nuestro entorno.

- Contribuye a la comprensión de las causas de la demora diagnóstica conocida para esta patología.
- Pone de relieve el interés de los profesionales sanitarios en adquirir formación en esta materia.
- Sus resultados justifican el emprendimiento de estrategias formativas para el conocimiento de la endometriosis, tanto en el ámbito de la atención primaria como entre la población de mujeres jóvenes y adolescentes.

## Introducción

La endometriosis es una enfermedad que se define por la presencia de tejido endometrial funcionante fuera del útero, que induce cambios inflamatorios crónicos<sup>1</sup>. Afecta a mujeres en sus años de vida reproductiva; la prevalencia estimada es aproximadamente del 10%<sup>2</sup>.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son variadas: dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia, esterilidad, alteraciones digestivas y urinarias catameniales<sup>3</sup> y tienen un impacto funcional y psicológico en la calidad de vida de las pacientes<sup>4</sup>. Se han publicado estimaciones de gasto en diferentes países europeos provocados por el impacto en salud y atención a esta enfermedad de entre 0,8 y 12,5 billones de euros anuales<sup>5,6</sup>.

El retraso en el diagnóstico es uno de los principales problemas en su manejo, varía de 8 a 12 años (dependiendo del estudio y país)<sup>7-9</sup>, debido en parte al bajo nivel de conocimiento sobre esta enfermedad entre los profesionales sanitarios, sobre todo entre los médicos de familia<sup>10</sup>. No es infrecuente que las mujeres con endometriosis se quejen de no ser comprendidas en su sintomatología por los profesionales sanitarios con los que consultan, más frecuentemente en el ámbito de la atención primaria (AP)<sup>11,12</sup>. La relevancia de estos datos se ve ponderada por el hecho de que los profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria y matronas de AP son la primera línea de atención a estas pacientes.

En este contexto, el objetivo principal del presente estudio es analizar el nivel de conocimiento entre los profesionales médicos y matrona de AP en la isla de Gran Canaria sobre el diagnóstico y manejo de la endometriosis.

El objetivo secundario es identificar las necesidades y preferencias formativas sobre endometriosis entre estos profesionales.

## Material y método

Se ha realizado un estudio transversal descriptivo en el ámbito de AP del área de salud de Gran Canaria, que abarca la asistencia sanitaria de 811.958 personas, y que cuenta con 637 plazas de medicina de familia y 59 de matronas.

Los datos del estudio han sido recopilados mediante cuestionario anónimo disponible en plataforma Google Form entre el 12/04/2022 y el 10/05/2022. A través de la intranet y de los grupos de difusión de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, se promovió la participación de profesionales especialistas en medicina de familia y

comunitaria y matronas en el estudio. El cuestionario, diseñado por un equipo multidisciplinar de especialistas en Ginecología del ámbito de atención especializada y especialistas en medicina de familia del ámbito de AP, se enfoca en la investigación de conocimientos entre los profesionales de AP sobre diagnóstico y manejo de la endometriosis, así como sobre sus necesidades y preferencias formativas en esta materia (Suplementos 1 y 2). Está distribuido en varios bloques: características sociodemográficas de los profesionales; conocimientos generales en endometriosis; signos y síntomas de la enfermedad; un bloque sobre aspectos generales de tratamiento y manejo de la enfermedad dirigido exclusivamente a profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria y un último bloque enfocado en preferencias y expectativas de formación en endometriosis entre los profesionales, así como en la identificación de las principales dificultades para el acceso a esta formación.

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados utilizando medidas de frecuencia y porcentajes para las variables categóricas; en cada pregunta se expresa el número absoluto de respuestas y el porcentaje representativo sobre el total de respuestas. Para las variables continuas se calculó la media y la desviación estándar. Se utilizó la aplicación estadística SPSS versión 15.0 para Windows.

El proyecto cuenta con la aprobación del comité de ética de la investigación de la provincia de Las Palmas, Código CEIm de Las Palmas: 2022-134-1

## Resultados

En conjunto 156 profesionales de AP respondieron el cuestionario. De los 637 profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria con potencial acceso al cuestionario, respondieron 119, lo que representa una tasa de respuesta del 18,7%. Treinta y siete matronas respondieron el cuestionario, constituyendo una tasa de respuesta del 62,7%.

## Características de la población de estudio

La mayoría de profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria y matronas que completaron el cuestionario son mujeres, 73,9 y 97,3% respectivamente. La mediana de edad de los profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria es de 47 años; 58,8% menores de 50 años. La mediana de edad para los profesionales matronas es de 40 años; 81% menores de 50 años (tabla 1).

## Conocimientos generales sobre endometriosis

Mayoritariamente profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria y matronas (54,6 y 67,6% respectivamente) consideran escaso su conocimiento sobre endometriosis y no conocen la guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud, publicada por el Ministerio de Sanidad en el año 2013<sup>13</sup>. Más del 90% de los profesionales definen adecuadamente la endometriosis, así como la edad más frecuente de desarrollo de la sintomatología.

**Tabla 1** Características sociodemográficas de los profesionales sanitarios

|                      | Profesionales especialistas en medicina familiar y comunitaria (n = 119)<br>N (%) | Profesionales matronas (n = 37)<br>N (%) |
|----------------------|---|--|
| Hombre               | 31 (26,1)   | 1 (2,7)                                  |
| Mujer                | 88 (73,9)   | 36 (97,3)                                |
| Media edad           | 46,5  | 44                                       |
| Mediana edad         | 47  | 40                                       |
| DE                   | 10,8  | 11,6                                     |
| Especialidad vía MIR |   |  |
| Sí                   | 84 (70,6)   | -----                                    |
| No                   | 35 (29,4)   | -----                                    |

DE: desviación estándar; MIR: médico interno residente.

La demora para el diagnóstico de esta enfermedad la sitúan en menos de 5 años la mayoría de los profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria. Más de la mitad de las matronas la establecen en más de 5 años.

Más del 50% de profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria y matronas señalan la prevalencia de la endometriosis como superior al 15% (tabla 2).

### Signos y síntomas de endometriosis

En el cuestionario se relacionaron diferentes signos y síntomas de la enfermedad y se pidió a cada profesional que indicara con qué frecuencia en su práctica clínica habitual ante dichos síntomas pensaba que la mujer podría tener una endometriosis, señalando una de las siguientes opciones: nunca, a veces, a menudo, siempre.

Los 3 síntomas más frecuentes que los encuestados relacionaron con endometriosis fueron: dismenorrea moderada/severa, dolor pélvico crónico y esterilidad, aunque en diferente orden para profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria y matronas (tabla 3). Los primeros señalan el dolor pélvico crónico como el síntoma que más frecuentemente relacionan con endometriosis y las matronas la dismenorrea moderada/severa. Los síntomas que uno y otro colectivo menos relacionan con endometriosis son los digestivos y las alteraciones urinarias catameniales.

Mayoritariamente ambos colectivos reconocen que la endometriosis puede ocasionar sintomatología en relación con el ciclo menstrual.

Tanto profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria como matronas reconocen mayoritariamente que la endometriosis puede cursar de manera asintomática y de la misma forma que puede dar sintomatología muy invalidante e incluso ocasionar absentismo laboral y académico.

Un 40% de profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria y un 49% de profesionales matronas no utilizan escala analógica visual para evaluar el dolor.

De la totalidad de mujeres atendidas por estos profesionales a lo largo de un año, el 80% de los profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria señalan como menor a 10 el número de pacientes en las que según la sintomatología por la que consultaron pensaron que

podrían tener endometriosis, y para el 75% de las matronas este número fue menor a 20. Por otra parte, el número de mujeres que habían expresado a uno u otro colectivo que creían tener endometriosis se señaló mayoritariamente como menor a 5 al año.

### Tratamiento y manejo de la endometriosis

En este bloque, las preguntas se dirigieron exclusivamente a los profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria. El 40% de ellos tratarían a una paciente con dismenorrea sin más síntomas y sin planes de gestación con anticonceptivos orales; el 33% prescribiría una pauta escalonada de analgesia; el 8% respondió que el dolor con la menstruación es algo común (tabla 4). Cuando se eligió tratar con anticonceptivos o analgésicos, mayoritariamente se consideró por parte de profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria que el plazo máximo de espera para evaluar respuesta serían 6 meses. Entre las diferentes opciones terapéuticas que se expusieron como primera línea de tratamiento para la endometriosis, la terapia médica fue mayoritariamente elegida frente a la quirúrgica; el 21% de profesionales considera que la extirpación de los ovarios es una opción terapéutica en la endometriosis (tabla 4). Los anticonceptivos, bien combinados, bien dispositivo intrauterino con levonorgestrel o implante de gestágenos, fueron los recursos farmacológicos escogidos con más frecuencia. Un 25% de profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria incluyen la terapia de larga duración con antiinflamatorios no esteroideos entre los tratamientos de primera línea.

Menos del 25% de profesionales médicos derivarían al especialista en Ginecología con solo sospechar endometriosis; la mayoría se decanta por pautar un tratamiento con analgésicos y/o anticonceptivos orales y evaluar la respuesta antes de derivar. Casi un 30% de ellos señala tener dificultad en el acceso a la derivación al especialista en Ginecología (tabla 4).

### Preferencias y expectativas de formación y dificultades para la misma

Casi la totalidad de profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria y matronas manifiestan su interés en mejorar su formación en endometriosis y creen que

**Tabla 2** Conocimientos generales sobre endometriosis

|  | Profesionales especialistas en<br>medicina familiar y<br>comunitaria (n = 119)<br>N (%) | Profesionales<br>matronas (n = 37)<br>N (%) |
|--|---|---|
| <b>Para tu desempeño profesional, tu conocimiento sobre la endometriosis es:</b>                     |   |   |
| <i>Abundante</i>   | 8 (6,7)   | 2 (5,4)                                     |
| <i>Suficiente</i>  | 46 (38,7)   | 10 (27)                                     |
| <i>Escaso</i>  | 64 (53,8)   | 25 (67,6)                                   |
| <i>Ninguno</i>   | 1 (0,8)   | 0   |
| <b>Lo que sabes sobre endometriosis, lo aprendiste en:</b>   |   |   |
| <i>Internet</i>  | 9 (7,6)   | 5 (13,5)                                    |
| <i>Lectura artículos científicos/monografías</i>   | 23 (19,3)   | 6 (16,2)                                    |
| <i>Actividades de formación continuada</i>   | 34 (28,6)   | 17 (45,9)                                   |
| <i>Formación MIR</i>   | 53 (44,5)   | -----                                       |
| <i>Formación EIR</i>   | -----   | 9 (24,4)                                    |
| <b>¿Conoces la guía de atención a mujeres con endometriosis en el SNS del Ministerio de Sanidad?</b> |   |   |
| <i>Sí</i>  | 30 (25,2)   | 14 (37,8)                                   |
| <i>No</i>  | 89 (74,8)   | 23 (62,2)                                   |
| <b>La endometriosis es probablemente causada por:</b>  |   |   |
| <i>Ciclo menstrual irregular</i>   | 2 (1,7)   | 2 (5,4)                                     |
| <i>Presencia de tejido endometrial que crece fuera del útero</i>                                     | 117 (98,3)  | 34 (91,9)                                   |
| <i>Presencia de células premalignas en la cavidad abdominal</i>                                      | -----   | 1 (2,7)                                     |
| <b>¿Cuándo se desarrolla la sintomatología en las mujeres que padecen endometriosis?</b>             |   |   |
| <i>Alrededor de la menarquia</i>   | 7 (5,9)   | 2 (5,4)                                     |
| <i>En sus años de vida reproductiva</i>  | 107 (89,9)  | 34 (91,9)                                   |
| <i>No se relaciona con la edad</i>   | 4 (3,4)   | 1 (2,7)                                     |
| <i>NS/NC</i>   | 1 (0,8)   | 0   |
| <b>La endometriosis aparece principalmente en el peritoneo de la cavidad abdominal</b>               |   |   |
| <i>Verdadero</i>   | 60 (50,4)   | 24 (64,9)                                   |
| <i>Falso</i>   | 35 (29,4)   | 11 (29,7)                                   |
| <i>NS/NC</i>   | 24 (20,2)   | 2 (5,4)                                     |
| <b>La demora publicada para diagnosticar la endometriosis es aproximadamente de:</b>                 |   |   |
| <i>&lt; 1 año</i>  | 3 (2,5)   | 0   |
| <i>1-2 años</i>  | 25 (21)   | 6 (16,2)                                    |
| <i>3-4 años</i>  | 36 (30,3)   | 12 (32,4)                                   |
| <i>≥ 5 años</i>  | 55 (46,2)   | 19 (51,4)                                   |
| <b>En tu opinión, ¿qué porcentaje de mujeres en edad reproductiva tiene endometriosis?</b>           |   |   |
| <i>0-15%</i>   | 55 (46,2)   | 17 (45,9)                                   |
| <i>16-30%</i>  | 49 (41,2)   | 13 (35,1)                                   |
| <i>31-45%</i>  | 12 (10,1)   | 7 (18,9)                                    |
| <i>46-60%</i>  | 3 (2,5)   | 0   |

EIR: enfermero interno residente; MIR: médico interno residente; NS/NC: no sabe/no contesta; SNS: Sistema Nacional de Salud.

la Administración Sanitaria debería emprender estrategias y acciones formativas dirigidas a mejorar el conocimiento de la enfermedad entre los profesionales.

La opción formativa mayoritariamente elegida son cursos específicos interactivos sobre la materia, tanto en modalidad online como presencial (tabla 5).

Ambos grupos de profesionales identifican barreras para el desarrollo de las actividades formativas, señalando entre las más frecuentes: falta de oferta formativa específica en el tema y falta de tiempo del profesional para dedicar a la formación (tabla 6 y tabla 7).

El 94,6% de las profesionales matronas consideran que tienen un papel estratégico en la identificación precoz de la endometriosis y el 100% piensa que pueden tener un papel en la manejo de las pacientes con endometriosis.

## Discusión

Este es el primer estudio que se realiza en nuestra región con la finalidad de explorar los conocimientos de los profesionales de AP sobre endometriosis. Los profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria y matronas de este nivel asistencial están situados al frente de la primera línea de la atención sanitaria y desempeñan un papel esencial en la identificación y tratamiento precoz de las pacientes con esta enfermedad, progresiva y causante del deterioro en salud en muchas de ellas. Para ser capaz de interpretar correctamente los signos y síntomas relacionados con la enfermedad, es necesario tenerla presente y conocerla. Su presentación clínica variable y poco específica a veces, la tardanza de las mujeres en consultar y la falta

**Tabla 3** Signos y síntomas de endometriosis

| ¿Con qué frecuencia ante los siguientes síntomas, piensas que la mujer podría tener endometriosis? | Profesionales especialistas en medicina familiar y comunitaria (n = 119)<br>N (%) | Profesionales matronas (n = 37)<br>N (%) |
|--|---|--|
| <b>Dismenorrea moderada/severa</b>   |   |  |
| <i>Nunca</i>   | 2 (1,7)   | 0  |
| <i>A veces</i>   | 34 (28,6)   | 5 (13,5)                                 |
| <i>A menudo</i>  | 63 (52,9)   | 23 (62,2)                                |
| <i>Siempre</i>   | 20 (16,8)   | 9 (24,3)                                 |
| <b>Dispareunia moderada/severa</b>   |   |  |
| <i>Nunca</i>   | 7 (5,9)   | 2 (5,4)                                  |
| <i>A veces</i>   | 46 (38,7)   | 15 (40,5)                                |
| <i>A menudo</i>  | 57 (47,9)   | 17 (46)                                  |
| <i>Siempre</i>   | 9 (7,6)   | 3 (8,1)                                  |
| <b>Dolor pélvico crónico</b>   |   |  |
| <i>Nunca</i>   | 1(0,8)  | 2 (5,4)                                  |
| <i>A veces</i>   | 25 (21)   | 8 (21,6)                                 |
| <i>A menudo</i>  | 73 (61,3)   | 22(59,5)                                 |
| <i>Siempre</i>   | 20 (16,8)   | 5 (13,5)                                 |
| <b>Alteraciones digestivas durante la menstruación</b>   |   |  |
| <i>Nunca</i>   | 25 (21)   | 7 (18,9)                                 |
| <i>A veces</i>   | 44 (37)   | 14 (37,8)                                |
| <i>A menudo</i>  | 44 (37)   | 14 (37,8)                                |
| <i>Siempre</i>   | 6 (5)   | 2 (5,4)                                  |
| <b>Dolor en la defecación coincidente con la menstruación</b>                                      |   |  |
| <i>Nunca</i>   | 16 (13,4)   | 9 (24,3)                                 |
| <i>A veces</i>   | 38 (31,9)   | 10 (27)                                  |
| <i>A menudo</i>  | 60 (50,5)   | 14 (37,8)                                |
| <i>Siempre</i>   | 5 (4,2)   | 4 (10,8)                                 |
| <b>Disuria, hematuria, polaquiuria coincidentes con menstruación</b>                               |   |  |
| <i>Nunca</i>   | 26 (21,8)   | 12 (32,4)                                |
| <i>A veces</i>   | 54 (45,4)   | 13 (35,1)                                |
| <i>A menudo</i>  | 37 (31,1)   | 9 (24,3)                                 |
| <i>Siempre</i>   | 2 (1,7)   | 3 (8,1)                                  |
| <b>Alteraciones menstruales</b>  |   |  |
| <i>Nunca</i>   | 8 (6,7)   | 0  |
| <i>A veces</i>   | 43 (36,1)   | 11 (29,7)                                |
| <i>A menudo</i>  | 55 (46,2)   | 19 (51,4)                                |
| <i>Siempre</i>   | 13 (10,9)   | 7 (18,9)                                 |
| <b>Esterilidad</b>   |   |  |
| <i>Nunca</i>   | 5 (4,2)   | 0  |
| <i>A veces</i>   | 32 (26,9)   | 9 (24,3)                                 |
| <i>A menudo</i>  | 70 (58,8)   | 26 (70,3)                                |
| <i>Siempre</i>   | 12 (10,1)   | 2 (5,4)                                  |
| <b>La endometriosis puede causar sangrado cervical</b>   |   |  |
| <i>Verdadero</i>   | 84 (70,6)   | 21 (56,8)                                |
| <i>Falso</i>   | 15 (12,6)   | 9 (24,3)                                 |
| <i>NS/NC</i>   | 20 (16,8)   | 1 (18,9)                                 |
| <b>La endometriosis puede causar leucorrea</b>   |   |  |
| <i>Verdadero</i>   | 20 (16,8)   | 9 (24,3)                                 |
| <i>Falso</i>   | 67 (56,3)   | 17(45,9)                                 |
| <i>NS/NC</i>   | 32 (26,9)   | 11 (29,7)                                |
| <b>La endometriosis puede dar sintomatología en relación con el ciclo menstrual</b>                |   |  |
| <i>Verdadero</i>   | 114 (95,8)  | 37 (100)                                 |
| <i>Falso</i>   | 2 (1,7)   | 0  |
| <i>NS/NC</i>   | 3 (2,5)   | 0  |

Tabla 3 (continuación)

| ¿Con qué frecuencia ante los siguientes síntomas, piensas que la mujer podría tener endometriosis?  | Profesionales especialistas en medicina familiar y comunitaria (n = 119)<br>N (%) | Profesionales matronas (n = 37)<br>N (%) |
|---|---|--|
| <b>La sintomatología de la endometriosis está causada principalmente por alteraciones de base psicológica</b>   |   |  |
| <i>Verdadero</i>  | 0   | 1 (2,7)                                  |
| <i>Falso</i>  | 111 (93,3)  | 36 (97,3)                                |
| <i>NS/NC</i>  | 8 (6,7)   | 0  |
| <b>La gestación puede agravar los síntomas de la endometriosis</b>  |   |  |
| <i>Verdadero</i>  | 27 (22,7)   | 3 (8,1)                                  |
| <i>Falso</i>  | 64 (53,8)   | 31 (83,8)                                |
| <i>NS/NC</i>  | 28 (23,5)   | 3 (8,1)                                  |
| <b>La endometriosis suele ser sintomática en la posmenopausia</b>   |   |  |
| <i>Verdadero</i>  | 13 (10,9)   | 5 (13,5)                                 |
| <i>Falso</i>  | 78 (65,6)   | 29 (78,4)                                |
| <i>NS/NC</i>  | 28 (23,5)   | 3 (8,1)                                  |
| <b>La endometriosis puede estar presente y la mujer no saberlo</b>  |   |  |
| <i>Verdadero</i>  | 115 (96,6)  | 33 (89,2)                                |
| <i>Falso</i>  | 2 (1,7)   | 4 (10,8)                                 |
| <i>NS/NC</i>  | 2 (1,7)   | 0  |
| <b>Una mujer que cada mes tenga que dejar de asistir a su lugar de trabajo o lugar de estudio por tener dolor con la menstruación puede tener una endometriosis</b> |   |  |
| <i>Verdadero</i>  | 113 (95)  | 37 (100)                                 |
| <i>Falso</i>  | 1 (0,8)   | 0  |
| <i>NS/NC</i>  | 5 (4,2)   | 0  |
| <b>La endometriosis puede llegar a dar síntomas muy incapacitantes</b>  |   |  |
| <i>Verdadero</i>  | 118 (99,1)  | 37 (100)                                 |
| <i>Falso</i>  | 1 (0,8)   | 0  |
| <i>NS/NC</i>  | 0   | 0  |
| <b>¿Cuántas mujeres atiendes en promedio al año en las que has pensado que puedan tener endometriosis?</b>  |   |  |
| <i>Ninguna</i>  | 8 (6,7)   | 2 (5,4)                                  |
| <i>1-5</i>  | 74 (62,2)   | 6 (16,2)                                 |
| <i>6-10</i>   | 23 (19,3)   | 16 (43,2)                                |
| <i>11-20</i>  | 9 (7,6)   | 12 (32,4)                                |
| <i>21-30</i>  | 5 (4,2)   | 1 (2,7)                                  |
| <b>¿Cuántas mujeres en promedio al año te comentan ellas mismas que creen tener endometriosis?</b>  |   |  |
| <i>Ninguna</i>  | 59 (49,6)   | 14 (37,8)                                |
| <i>1-5</i>  | 49 (41,2)   | 15 (40,5)                                |
| <i>6-10</i>   | 7 (5,9)   | 4 (10,8)                                 |
| <i>11-20</i>  | 4 (3,3)   | 3 (8,1)                                  |
| <i>&gt; 20</i>  | 0   | 0  |
| <b>Para evaluar el dolor, ¿utilizas una escala visual?</b>  |   |  |
| <i>Sí</i>   | 72 (60,5)   | 19 (51,4)                                |
| <i>No</i>   | 47 (39,5)   | 18 (48,6)                                |

NS/NC: no sabe / no contesta.

de conocimientos entre los profesionales sanitarios en esta materia, se han señalado como factores causales de demoras no deseables en su diagnóstico y tratamiento<sup>14</sup>. Como consecuencia, muchas mujeres reciben un tratamiento tardío o subóptimo<sup>5,7</sup>.

Los resultados del estudio ponen de manifiesto que mayoritariamente los profesionales conocen conceptualmente la enfermedad, pero al mismo tiempo consideran sus conocimientos sobre endometriosis escasos; reflejo objetivo de ello puede ser el elevado número de profesionales que desconoce la guía de atención a mujeres con endometriosis publicada por el Ministerio de Sanidad en el año 2013<sup>13</sup>.

En consonancia con publicaciones previas<sup>10,15</sup>, la mayoría de profesionales participantes desconoce alguno de los más importantes síntomas de la endometriosis profunda como las alteraciones urinarias y digestivas catameniales.

En nuestro estudio, para más del 80% de los profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria el promedio de mujeres atendidas en un año en las que pensaron que pudieran tener endometriosis es menor de 10, y es menor de 20 para el 75% de profesionales matronas. Según datos extraídos de Tarjeta Sanitaria<sup>16</sup>, el promedio de mujeres en edad reproductiva (15-50 años) que cada especialista en medicina de familia y comunitaria tiene



**Tabla 4** Tratamiento y manejo de las pacientes con sospecha de endometriosis

|  | Profesionales especialistas en<br>medicina familiar y<br>comunitaria (n = 119)<br>N (%) |
|--|---|
| <b>¿Cómo manejarías el caso de una paciente que consulta por dismenorrea sin más síntomas, y sin planes inmediatos de gestación?</b>               |   |
| 1.- Administraría ACOH o píldora de solo gestágenos  | 48 (40,3)   |
| 2.- No haría nada de entrada, el dolor con la regla es algo común, esperaría unos meses a ver la evolución natural                                 | 10 (8,4)  |
| 3.- Pediría una ecografía abdominal/pélvica para descartar endometriosis   | 11 (9,2)  |
| 4.- Prescribiría una pauta escalonada de analgesia   | 39 (32,8)   |
| 5.- Remitiría a la paciente a valoración por ginecólogo  | 11 (9,2)  |
| <b>Si decides tratar con analgésicos o anticonceptivos a una mujer con sospecha de endometriosis, ¿cuánto tiempo esperas a ver si es efectivo?</b> |   |
| < 3 meses  | 32 (26,9)   |
| De 3 a 6 meses   | 78 (65,5)   |
| De 7 a 12 meses  | 6 (5)   |
| Más de un año  | 3 (2,5)   |
| <b>Entre los tratamientos que debieran elegirse como primera línea para la endometriosis sintomática están:</b>                                    |   |
| NS/NC  | 2 (1,7)   |
| Análogos de la GnRH + tratamiento hormonal sustitutivo   | 3 (2,5)   |
| Análogos de la GnRH + tratamiento hormonal sustitutivo, cirugía  | 4 (3,4)   |
| Anticonceptivos orales combinados o píldora con solo gestágenos  | 13 (10,9)   |
| Anticonceptivos orales combinados o píldora con solo gestágenos, análogos de la GnRH + tratamiento hormonal sustitutivo                            | 4 (3,4)   |
| Anticonceptivos orales combinados o píldora con solo gestágenos, cirugía   | 9 (7,6)   |
| Anticonceptivos orales combinados o píldora con solo gestágenos, DIU con levonorgestrel o implante subcutáneo de gestágenos                        | 47 (39,5)   |
| Cirugía  | 2 (1,7)   |
| DIU con levonorgestrel o implante subcutáneo de gestágenos   | 2 (1,7)   |
| DIU con levonorgestrel o implante subcutáneo de gestágenos, cirugía  | 2 (1,7)   |
| Tratamiento de larga duración con AINE   | 2 (1,7)   |
| Tratamiento de larga duración con AINE, análogos de GnRH + tratamiento hormonal sustitutivo  | 1 (0,8)   |
| Tratamiento de larga duración con AINE, anticonceptivos orales combinados o píldora con solo gestágenos  | 25 (21)   |
| Tratamiento de larga duración con AINE, cirugía  | 2 (1,7)   |
| Tratamiento de larga duración con AINE, DIU con levonorgestrel o implante subcutáneo de gestágenos   | 1 (0,8)   |
| <b>Extirpar los ovarios es una opción terapéutica para la endometriosis</b>  |   |
| Verdadero  | 25 (21)   |
| Falso  | 50 (42)   |
| NS/NC  | 44 (37)   |
| <b>Cuál es el motivo más adecuado para derivar a una paciente al especialista en Ginecología?</b>  |   |
| En cuanto sospecho endometriosis   | 27 (22,7)   |
| Si los resultados de la exploración clínica o de las pruebas complementarias (ecografía) son anormales   | 17 (14,3)   |
| Si tras pautarle tratamiento con analgésicos y / o ACOH no mejora la sintomatología de sospecha  | 75 (63)   |
| <b>¿Te resulta accesible la derivación a Ginecología para tus pacientes?</b>   |   |
| Sí   | 84 (70,6)   |
| No   | 35 (29,4)   |

ACOH: anticoncepción oral combinada; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; DIU: dispositivo intrauterino; GnRH: hormona liberadora de gonadotropinas; NS/NC: no sabe / no contesta.



**Tabla 5** Preferencias y expectativas de formación

|  | Profesionales<br>especialistas en<br>medicina familiar y<br>comunitaria (n = 119)<br>N (%) | Profesionales matronas<br>(n = 37)<br>N (%) |
|--|--|---|
| <b>¿Te interesaría adquirir/mejorar tu formación en endometriosis?</b>   |  |   |
| Sí   | 118 (99,2)   | 37 (100)                                    |
| No   | 1 (0,8)  | 0   |
| <b>¿Qué tipo de formación preferirías?</b>   |  |   |
| Accesibilidad a guías de práctica clínica  | 25 (21)  | 1 (2,7)                                     |
| Conferencias, charlas formativas   | 15 (12,6)  | 2 (5,4)                                     |
| Cursos específicos en la modalidad online con posibilidad de interactuar   | 35 (29,4)  | 4 (10,8)                                    |
| Cursos específicos presenciales con posibilidad de interactuar   | 33 (27,7)  | 25 (67,6)                                   |
| Plataformas en internet donde poder obtener información y discutir dudas con tus colegas   | 1 (0,8)  | 0   |
| Seminarios de casos prácticos  | 10 (8)   | 5 (13,5)                                    |
| <b>¿Crees que sería recomendable que el SCS pusiera en marcha estrategias para mejorar el conocimiento de la enfermedad y la formación de sus profesionales?</b> |  |   |
| Sí   | 118 (99,2)   | 37 (100)                                    |
| No   | 1 (0,8)  | 1   |

SCS Servicio Canario de Salud.

**Tabla 6** Expresión de dificultades para la formación continuada. Respuesta profesionales médicos

|  | Profesionales especialistas en<br>medicina familiar y comunitaria<br>(n = 119)<br>N (%) |
|--|---|
| Falta de tiempo  | 41 (45,1)   |
| Falta de formación/oferta específica sobre este tema               | 13 (14,3)   |
| No se ha priorizado la formación en esta materia                   | 10 (11)   |
| Incompatibilidad con horario y sobrecarga asistencial y laboral    | 8 (8,8)   |
| Ausencia de protocolo específico/guías (falta de consenso)         | 5 (5,5)   |
| Mala información, accesibilidad y comunicación de los cursos       | 4 (4,4)   |
| Ninguna dificultad   | 4 (4,4)   |
| Protocolos a menudo muy amplios                                    | 1 (1,1)   |
| Dificultad para aclarar dudas de forma presencial con los expertos | 1 (1,1)   |
| Falta de docentes disponibles para impartir cursos                 | 1 (1,1)   |
| Falta de propuesta de cursos online                                | 1 (1,1)   |
| No se fomenta la docencia en los centros de salud                  | 1 (1,1)   |
| NS/NC  | 1(1,1)  |
| Total  | 91  |

NS/NC: no sabe / no contesta.

**Tabla 7** Expresión de dificultades para la formación continuada. Respuesta profesionales matronas

|   | Profesionales matronas<br>(n = 37)<br>N (%) |
|---|---|
| Escasa formación específica sobre el tema                       | 16 (53,3)                                   |
| La falta de conocimiento e interés sobre el tema                | 6 (20)                                      |
| La falta de tiempo y la accesibilidad                           | 4 (13,3)                                    |
| Formación dirigida a otros colectivos, mayoritariamente médicos | 2 (6,7)                                     |
| No tengo dificultad   | 2 (6,7)                                     |
| Total   | 30  |

asignado según su Zona Básica de Salud es de 272, y de 3224 en promedio por matrona. Considerando la prevalencia estimada de la enfermedad en torno al 10%, el número de pacientes en la que sospechan endometriosis reportado tanto por los profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria como por matronas, es inferior al teórico esperado; esto conduce a pensar que probablemente hay mujeres que presentan signos o síntomas de endometriosis en las que la enfermedad no se sospecha. Asimismo es reducido el número estimado de mujeres que según los profesionales les expresaron que creían tener endometriosis, señalado mayoritariamente como menor a 5 en un año. Este dato refuerza la impresión de que esta enfermedad también es desconocida para muchas de las mujeres que potencialmente podrían padecerla<sup>17</sup>. En publicaciones previas se recoge cómo profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria en el ámbito de AP consideran mayoritariamente que la endometriosis es difícil de diagnosticar y reconocen que para su diagnóstico es necesario un cierto grado de formación<sup>18</sup>.

Otro dato relevante en el análisis de resultados es que si bien la mayoría de profesionales conviene en que la enfermedad puede provocar dismenorrea intensa y dar síntomas muy incapacitantes, hay un 40% de profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria y casi un 50% de matronas que no usan una escala objetiva para medir el dolor. El dolor es un factor fundamental para el bienestar físico y emocional y con gran influencia en la percepción de calidad de vida por parte de las mujeres. Publicaciones previas exponen las quejas de las mujeres sobre la trivialización de la intensidad de su dolor por parte de los profesionales sanitarios<sup>19</sup>. Un síntoma tan determinante debiera tener en la mayoría de ocasiones una medición objetiva de su intensidad. La medición objetiva contribuye a eliminar la posible diferencia en la percepción de su intensidad entre el paciente y el profesional sanitario, detalle importantes si se quiere manejar la enfermedad de forma efectiva<sup>20-22</sup>.

Sobre el tratamiento, entre los profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria la terapia médica es mayoritariamente elegida, mencionando acertadamente los preparados hormonales como primera línea, aunque solo el 40% lo usaría de entrada ante una mujer con dismenorrea y sin planes de gestación. Conociendo los efectos secundarios de los antiinflamatorios no esteroideos llama la atención que el 25% de profesionales médicos siga considerando el tratamiento con estos preparados en pautas de larga duración como alternativa; asimismo es destacable el dato de que hasta un 8% de ellos normalice el dolor menstrual.

La endometriosis es una enfermedad que afecta a mujeres en sus años de vida reproductiva. Debido al efecto deletéreo que la menopausia precoz puede tener en la salud de la mujer, la práctica de ooforectomía bilateral como tratamiento de la misma se considera solo en casos seleccionados, generalmente en mujeres en edades cercanas a la menopausia, en las que han fallado otras líneas de tratamiento más conservadoras, incluidas cirugías previas, y persiste la clínica de dolor con importante afectación de la calidad de vida de la mujer. En nuestro estudio, el 21% de los profesionales especialistas en medicina familiar y comunitaria participantes la señala como opción terapéutica. Si bien la pregunta tal y como se formuló en el cuestionario puede

considerarse muy genérica, interpretamos como elevado el porcentaje de profesionales que señala esta práctica como opción terapéutica.

Otro dato destacable es que la mayoría de profesionales encuestados expresen su deseo de adquirir mayores conocimientos sobre la endometriosis. El impacto positivo de la formación continuada en la calidad de la práctica profesional es de sobra conocido, en concreto en la endometriosis influiría positivamente en el diagnóstico y tratamiento sintomático precoz, junto a la derivación al ginecólogo en los casos que se precise.

El presente estudio con resultados que consideramos interesantes, también tiene limitaciones; entre ellas, la tasa de respuesta al cuestionario. El 18,7% de tasa de respuesta entre profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria puede considerarse una tasa subóptima, aunque publicaciones previas con metodología de reclutamiento parecida consiguen una tasa de respuesta similar<sup>15,19</sup>. Los profesionales que respondieron representan solo una parte del total de los profesionales de AP en nuestro medio y podrían constituir un sesgo de selección representando a profesionales más motivados y con mayor interés por la patología ginecológica<sup>23</sup>. Al no conocer las características de los profesionales que no respondieron, desconocemos si se trata de profesionales con falta de interés en la endometriosis, o bien con menor conocimiento sobre el tema que los que sí contestaron al cuestionario.

## Conclusiones

Los resultados de este estudio pueden contribuir a clarificar los factores determinantes de la demora en el tratamiento y diagnóstico de la endometriosis. Los profesionales especialistas en medicina de familia y comunitaria y matronas de AP constituyen la primera línea de atención sanitaria, y la mayoría reconoce que sus conocimientos sobre endometriosis son escasos. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad del desarrollo de estrategias formativas específicas que probablemente tendrá un impacto positivo en la demora en el diagnóstico, y por ende en el inicio del tratamiento de esta enfermedad, y que junto a la creación y difusión de canales de comunicación eficaces entre especialistas en Ginecología y profesionales sanitarios de AP contribuiría a mejorar la atención a las mujeres con endometriosis.

Por otro lado, la colaboración entre profesionales sanitarios y asociaciones de pacientes para emprender acciones formativas dirigidas especialmente a adolescentes y mujeres en edad reproductiva, acerca de lo que se considera menstruación normal y de cuándo buscar ayuda profesional, reviste especial importancia y puede contribuir a que la mujer con sintomatología contacte precozmente con el profesional sanitario de referencia.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Financiación

El proyecto de investigación no ha contado con ninguna fuente de financiación y cuenta con la aprobación del comité de ética de la investigación de la provincia de Las Palmas, Código CELM de Las Palmas: 2022-134-1.

## Consentimiento del paciente

Los autores declaran que se han tenido en cuenta y seguido los protocolos de sus instituciones sobre la publicación de los datos de pacientes; si bien quieren aclarar que en este manuscrito no se han utilizado datos de ningún paciente. El contenido del mismo atañe a datos proporcionados libremente a través de encuesta anónima por profesionales (médicos y matronas) sobre cuestiones relacionadas con el desarrollo de su actividad profesional y proyectos futuros de formación en los que estarían interesados.

## Conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene conflicto de intereses.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.gine.2023.100901>.

## Bibliografía

- Borghese B, Santulli P, Marcellin L, Chapron C. Definition, description, clinicopathological features, pathogenesis and natural history of endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018;46:156–67, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.02.017>.
- Taylor HS, Kotlyar AM, Flores VA. Endometriosis is a chronic systemic disease: Clinical challenges and novel innovations. *Lancet*. 2021;397:839–52, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00389-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00389-5).
- Fauconnier A, Fritel X, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: Epidemiological evidence of the relationship and implications. *Gynecol Obstet Fertil*. 2009;37:57–69, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2008.08.016>.
- Bourdel N, Chauvet P, Billone V, Douridas G, Fauconnier A, Gerbaud L, et al. Systematic review of quality of life measures in patients with endometriosis. *PLoS One*. 2019;14:e0208464, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0208464>.
- Darba J, Marsa A. Hospital care of endometriosis in Spain: A retrospective multicenter analysis of patient characteristics and costs. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2022;22:481–8, <http://dx.doi.org/10.1080/14737167.2021.1936502>.
- Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. The burden of endometriosis: Costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Hum. Reprod*. 2012;27:1292–9, <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/des073>.
- Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, Niehues C, Oppelt P, Haas D, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: Causes and possible consequences. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2012;27:3412–6, <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/des316>.
- Pugsley Z, Ballard K. Management of endometriosis in general practice: The pathway to diagnosis. *Br J Gen Pract*. 2007;57:470–6.
- Kiesel L, Sourouni M. Diagnosis of endometriosis in the 21st century. *Climacteric*. 2019;22:296–302, <http://dx.doi.org/10.1080/13697137.2019.1578743>.
- Quibel A, Puscasiu L, Marpeau L, Roman H. General practitioners and the challenge of endometriosis screening and care: Results of a survey. *Gynecol Obstet Fertil*. 2013;41:372–80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2012.02.024>.
- Denny E, Mann CH. Endometriosis and the primary care consultation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;139:111–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.10.006>.
- Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil. Steril*. 2006;86:1296–301, <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.04.054>.
- Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Informes, estudios e investigación 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 1 Oct 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf>
- Youngster M, Laufer MR, Divasta AD. Endometriosis for the primary care physician. *Curr Opin Pediatr*. 2013;25:454–62, <http://dx.doi.org/10.1097/MOP.0b013e3283628092>.
- Roullier C, Sanguin S, Parent C, Lombart M, Sergeant, Foulon A. General practitioners and endometriosis: Level of knowledge and the impact of training. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2021;50, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2021.102227>.
- Datos estadísticos de Tarjeta Sanitaria y de Historia Clínica Electrónica Drago-AP del Servicio Canario de la Salud (SCS). Oracle Business Intelligence.
- Armour M, Ferfolja T, Curry C, Hyman MS, Parry K, Chalmers KJ, et al. The prevalence and educational impact of pelvic and menstrual pain in Australia: A national online survey of 4202 young women aged 13–25 years. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020;33:511–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpaga.2020.06.007>.
- Grundström H, Kjølhede P, Berterö C, Alehagen S. A challenge? – healthcare professionals' experiences when meeting women with symptoms that might indicate endometriosis. *Sex Reprod Healthc*. 2016;7:65–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2015.11.003>.
- Van der Zanden M, Nap AW. Knowledge of, and treatment strategies for endometriosis among general practitioners. *Reproductive BioMedicine Online*. 2016;32:527–31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2016.02.003>.
- Tait RC, Chibnall JT, Kalauokalani D. Provider judgments of patients in pain: Seeking symptom certainty. *Pain Med*. 2009;10:11–34, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2008.00527.x>.
- Johnson MI. The landscape of chronic pain: Broader perspectives. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55:182, <http://dx.doi.org/10.3390/medicina55050182>.
- Rowe HJ, Hammarberg K, Dwyer S, Camilleri R, Fisher JR. Improving clinical care for women with endometriosis: Qualitative analysis of women's and health professionals' views. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2021;42:174–80, <http://dx.doi.org/10.1080/0167482X.2019.1678022>.
- Armstrong D, Ashworth M. When questionnaire response rates do matter: A survey of general practitioners and their views of NHS changes. *Br J Gen Pract*. 2000;50:479–80.