



## **Diálogos en Salud No. 111**

# **“Ruta de Atención y tratamiento integral de la Endometriosis”**

---

Oficina Asesora de Planeación y Estudios  
Sectoriales

Grupo de Estudios Sectoriales y  
Evaluación de Política Pública

Julio de 2026



# Memorias Sesión Diálogos en Salud No. 111

---

## Agenda de la Sesión

1. Apertura a la sesión y presentación de conferencistas a cargo de **Laura Rocío González Bolaños** – Contratista del Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública.
2. Palabras por parte del doctor **Ricardo Luque Núñez** - Coordinador del Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos del MSPS.
3. Presentación del tema de: ***“Ruta de Atención y tratamiento integral de la Endometriosis”***.
4. Franja de Preguntas – Invitados.
5. Cierre de la sesión.



## Ponentes Invitados

### **Dra. Lila Cuesta Roa**

Médica de la Universidad de Cartagena- Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Sinú Sede Cartagena -Subespecialista en Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva de la AAGL en convenio con Algia - Clínica Comfamiliar y Clínica del Prado -Estudiante de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Cartagena.

### **Dra. Sara Carrillo J.**

Médica Cirujana -Especialista en Ginecología y Obstetricia - Magister Salud Pública - Universidad del Rosario – Bogotá- Actualmente, Ginecóloga Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos Ministerio de Salud y Protección Social.

## Introducción

Desde el Ministerio de Salud y Protección Social, les damos una cordial bienvenida a esta jornada de Diálogos en Salud, un espacio diseñado para fortalecer el intercambio de conocimientos, reflexiones y experiencias alrededor de los principales desafíos que enfrenta la salud pública en nuestro país.

La Ley 2338 de 2023 por medio de la cual se establecen los lineamientos para la política pública en prevención, diagnóstico temprano y tratamiento integral de la endometriosis, para la promoción y sensibilización ante la enfermedad y se dictan otras disposiciones. Establece en su artículo 4º define que “El Ministerio de Salud y Protección Social en el término de un (1) año contado a partir de la presente ley, deberá formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la Política Pública para el abordaje integral de la endometriosis”.

Desde el mes de agosto de 2025 hasta el mes de octubre de 2025 se llevó a cabo el estudio y consolidación de la fase previa de participación de los grupos de valor y definición del problema (la cual fue realizada en 2024), el análisis de las barreras y la construcción y validación del documento técnico que dio como resultado la Resolución 2068 de 2025 “Por medio de la cual se adopta la Política Pública para la Prevención, Diagnóstico Temprano y Tratamiento Integral de la Endometriosis, se reglamentan las condiciones para la operatividad del Registro de Pacientes con Endometriosis y se reglamentan las condiciones, parámetros y disposiciones necesarias para el reconocimiento de la incapacidad laboral temporal o absoluta por endometriosis”

Dentro de las actividades de la Ruta Integral de Atención de la Resolución 2068 de 2025 se establecieron las acciones desde las intervenciones colectivas, la atención primaria y complementaria necesarias para prevenir las alteraciones de la vida reproductiva y para diagnosticar y tratar de manera temprana la endometriosis, reduciendo así su impacto en la salud, la vida y la fertilidad de las mujeres.

El objetivo es socializar la ruta de atención y presentar la evidencia técnica reciente sobre la enfermedad dando cumplimiento a la resolución y fortaleciendo espacio de sensibilización a los equipos de salud de los territorios e IPS.



## Contexto general

Diálogos en Salud, es un espacio que nos permite socializar avances, intercambiar conocimientos y fortalecer la articulación entre los diferentes actores del sistema de salud, en particular con los prestadores de servicios comprometidos con la garantía del derecho a la salud.

Este espacio se desarrolla en el marco de los lineamientos establecidos por la Ley 2338 de 2023, la cual determina una serie de responsabilidades para el Ministerio de Salud y Protección Social relacionadas con la formulación de la política pública para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento temprano y la atención integral de la endometriosis. Esta política se materializa a través de la Resolución 2068 de 2025, instrumento que orienta las acciones para su implementación en todo el territorio nacional.

Como resultado de este proceso normativo, el país ha avanzado en distintas acciones complementarias contempladas en la misma resolución. Entre ellas se destaca la puesta en marcha del Registro de Pacientes con Endometriosis, una herramienta de información que, si bien no constituye una base de datos de acceso público, permite consolidar información relevante para la toma de decisiones y el seguimiento de esta condición. Cualquier solicitud de información relacionada con este tema podrá ser atendida por el Ministerio de Salud a través de los canales institucionales establecidos.

Estos avances ratifican el compromiso institucional con el fortalecimiento de una atención integral, oportuna y centrada en las necesidades de las mujeres que viven con endometriosis. Asimismo, este espacio da cumplimiento al mandato de difusión y socialización de la política pública, promoviendo el conocimiento de sus alcances y fortaleciendo las capacidades necesarias para su implementación efectiva a nivel nacional.

## Conferencistas invitadas

Doctora Lilian Cuesta Roa, médica egresada de la Universidad de Cartagena, especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Sinú, sede Cartagena, y especialista en Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva. Se desempeña en instituciones como la Clínica Comfamiliar y la Clínica del Prado, y cuenta además con una Maestría en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Cartagena.



La doctora Cuesta abordará los principales aspectos que deben considerarse para brindar una atención humanizada y oportuna a las mujeres con endometriosis, destacando la importancia del reconocimiento temprano de los síntomas, la reducción de barreras de acceso y el acompañamiento integral durante todo el proceso de atención. Estos elementos son fundamentales para la consolidación de rutas efectivas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Doctora Sara Paola Carrillo, médica ginecobstetra y salubrista de la Universidad del Rosario, integrante del Grupo de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del Ministerio de Salud y Protección Social. La doctora Carrillo presentará los principales componentes de la Ruta Integral de Atención para la Endometriosis, destacando los lineamientos, acciones y mecanismos orientados a garantizar una atención articulada, continua, oportuna y de calidad para las personas que viven con esta condición.

## **Política Pública para la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento integral de la endometriosis.**

Como parte del trabajo adelantado, no solo desde el Ministerio de Salud y Protección Social, sino también con el valioso acompañamiento de las organizaciones y grupos de pacientes que viven con endometriosis, es importante reconocer el papel fundamental que estas organizaciones han desempeñado en la promoción, formulación e incidencia que dieron origen tanto a la Ley 2338 de 2023 como a la posterior construcción de la política pública en esta materia.

En este contexto, en el año 2023 el Congreso de la República expidió la Ley 2338 de 2023, mediante la cual se reconoce la endometriosis como un problema de salud pública. Este reconocimiento responde a diversos antecedentes y desafíos asociados a esta enfermedad, considerando que históricamente ha tenido una limitada visibilidad tanto entre los profesionales de la salud como en la comunidad en general.

Adicionalmente, la endometriosis ha estado rodeada de importantes estigmas relacionados con la salud menstrual y la salud integral de las mujeres. Su impacto trasciende el ámbito clínico, afectando de manera significativa la calidad de vida, la productividad, las relaciones personales, el desempeño laboral y

múltiples actividades de la vida cotidiana, aspectos que evidencian la necesidad de una respuesta integral por parte del sistema de salud.

A partir del mandato establecido en la Ley 2338 de 2023 surge la Política Pública para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Endometriosis, adoptada mediante la Resolución 2068 de 2025. Esta política constituye una herramienta estratégica que define lineamientos, acciones, instrumentos y mecanismos orientados a fortalecer la respuesta institucional frente a esta condición.

Su implementación permitirá no solo posicionar la endometriosis como un tema prioritario en la agenda de salud pública, sino también promover acciones concretas desde las entidades territoriales, tanto municipales como departamentales, así como desde los diferentes actores del sistema de salud, incluyendo aseguradores, prestadores de servicios y sistemas de información.

Uno de los aspectos más relevantes de este marco normativo es el reconocimiento de la endometriosis como una enfermedad crónica, sistémica, progresiva y potencialmente debilitante, que tiene efectos significativos sobre la salud, la productividad y la calidad de vida de quienes la padecen. Este reconocimiento constituye un avance fundamental para orientar el diseño e implementación de estrategias que garanticen una atención integral, oportuna y centrada en las necesidades de las personas afectadas por esta enfermedad.

## ENDOMETRIOSIS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

- Ley 2338 de 2023
- Política Pública como instrumento (Resolución 2068 de 2025)
- Enfermedad crónica, sistémica, progresiva y debilitante que afecta la salud, productividad y calidad de vida



Quienes han tenido la oportunidad de revisar el documento de la política pública habrán observado que su horizonte de implementación está proyectado a diez

años. Esto no significa que el reconocimiento de la endometriosis deba esperar una década; por el contrario, dicho reconocimiento ya constituye una realidad desde el marco normativo vigente. Sin embargo, la transformación que se requiere es mucho más profunda, pues implica cambios sociales, culturales e institucionales que demandan tiempo, compromiso y trabajo articulado entre múltiples actores.

El propósito de esta política es avanzar hacia una sociedad que no solo reconozca la endometriosis como un problema de salud pública, sino que también comprenda la importancia de la salud menstrual como un componente fundamental del bienestar y de la calidad de vida. Esto implica otorgar una mayor prioridad a la prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento integral y el seguimiento de las condiciones de salud que afectan a las mujeres y a las personas menstruantes.

**¿SI YA TENEMOS UNA LEY Y UNA POLÍTICA PÚBLICA, QUÉ HACE FALTA PARA CAMBIAR LA REALIDAD DE LAS PERSONAS CON ENDOMETRIOSIS?**

**ES NECESARIA UNA TRASFORMACIÓN SOCIAL Y CULTURAL QUE RECONOZCA LA IMPORTANCIA DE LA SALUD MENSTRUAL Y DÉ PRIORIDAD A LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LAS MUJERES Y PERSONAS MENSTRUANTES**



La Política Pública Nacional de Endometriosis se encuentra articulada con la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la cual cuenta igualmente con un acto administrativo y una resolución recientemente adoptada y presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta política plantea un abordaje transectorial, intersectorial y transversal, orientado a generar impactos positivos en toda la población a lo largo del curso

de vida. Dentro de sus ejes fundamentales se encuentra el posicionamiento de la salud de las mujeres y de las personas menstruantes como una prioridad de salud pública, reconociendo que las necesidades en esta materia no se limitan exclusivamente al periodo reproductivo o al momento mismo de la menstruación.

Desde esta perspectiva, se entiende que la salud menstrual forma parte de un proceso continuo que inicia desde la infancia, etapa en la que aún no se experimentan los ciclos menstruales, pero en la que se construyen conocimientos, hábitos y condiciones que influyen en la salud futura. Del mismo modo, este enfoque contempla etapas posteriores como la menopausia, cuando finaliza la función hormonal reproductiva, sin que ello implique una disminución del papel que las mujeres continúan desempeñando en los ámbitos personal, familiar, social y cultural.

Sobre este marco conceptual y estratégico se fundamenta la Política Pública Nacional de Endometriosis, que actúa como un componente específico dentro de la respuesta institucional a la salud menstrual. En este sentido, incorpora lineamientos, acciones y herramientas orientadas de manera particular a la prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento integral, el seguimiento y la atención de las personas que viven con esta enfermedad, fortaleciendo así la capacidad del sistema de salud para responder a sus necesidades de manera integral, articulada y centrada en las personas.

## **POLITICA NACIONAL DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS**

Posicionamiento de la Salud de las mujeres y personas menstruantes en todos los cursos de la vida

Estrategia de Salud Menstrual

Política Pública de Endometriosis

Esta política pública se fundamenta en una serie de principios orientadores que buscan garantizar una atención integral, oportuna y centrada en las personas que viven con endometriosis. Estos principios constituyen la base sobre la cual



deben desarrollarse todas las acciones, estrategias e intervenciones en salud, independientemente del entorno o nivel de atención en el que se implementen.

En primer lugar, se destaca el principio de universalidad, que reconoce que todas las personas con endometriosis tienen derecho a acceder a servicios de salud de manera integral y sin discriminación, garantizando el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en las diferentes etapas del curso de vida.

Asimismo, la política incorpora el principio de atención centrada en la persona, mediante el cual se promueve la autonomía, la participación activa y el empoderamiento de las pacientes en los procesos de toma de decisiones relacionadas con su salud. Este enfoque reconoce la importancia de escuchar, validar y considerar las experiencias, necesidades y expectativas de quienes viven con endometriosis, favoreciendo una relación basada en el respeto, la confianza y la toma de decisiones compartidas entre los equipos de salud y las pacientes.

De igual manera, el principio de equidad busca garantizar el acceso efectivo y oportuno a servicios de salud de calidad para todas las personas, independientemente de sus condiciones sociales, económicas o territoriales, reduciendo las brechas existentes y promoviendo una atención justa e incluyente.

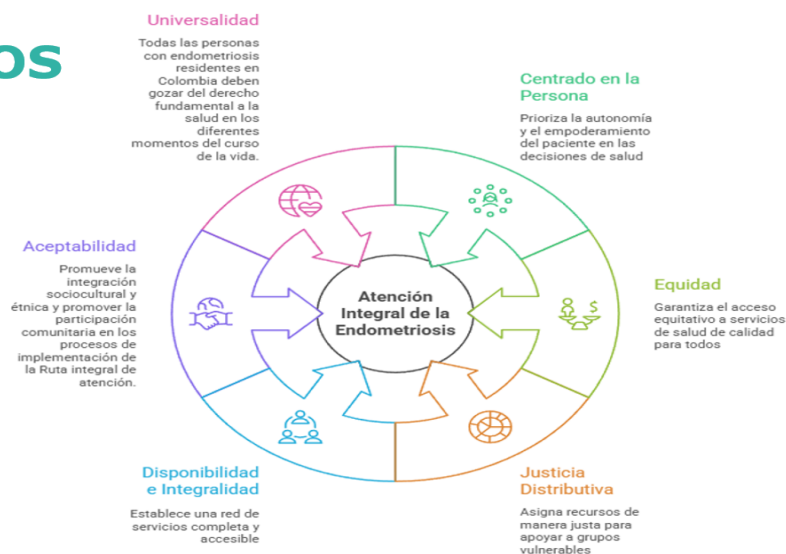
La política también contempla la justicia distributiva como un elemento esencial para la asignación adecuada de recursos, priorizando acciones que permitan responder de manera efectiva a las necesidades de las poblaciones más vulnerables y de las personas que enfrentan mayores barreras en el acceso a la atención y al tratamiento de esta enfermedad.

A su vez, los principios de disponibilidad e integralidad de la red de servicios buscan asegurar que las personas con endometriosis cuenten con una oferta articulada de atención, capaz de responder a sus necesidades de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, bajo un enfoque integral y continuo.

Finalmente, la política promueve la aceptabilidad y el reconocimiento social de la endometriosis, contribuyendo a superar los mitos, estigmas y tabúes que históricamente han rodeado esta enfermedad. En este sentido, se fomenta la construcción de entornos informados y solidarios, así como el fortalecimiento de redes de apoyo, participación comunitaria y organizaciones de pacientes, reconociendo el papel fundamental que estas desempeñan en el

acompañamiento, la defensa de derechos y la generación de transformaciones sociales que favorezcan una mejor calidad de vida para quienes conviven con esta condición.

## PRINCIPIOS



La Política Pública de Endometriosis establece una serie de objetivos estratégicos orientados a fortalecer la respuesta del sistema de salud frente a esta enfermedad, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento integral y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas. Uno de los ejes fundamentales de la política corresponde al componente de prevención. Si bien el conocimiento científico actual sobre la fisiopatología de la endometriosis indica que no existen medidas que permitan prevenir completamente la aparición de la enfermedad, sí es posible desarrollar estrategias encaminadas a favorecer la identificación temprana de signos y síntomas, reducir factores asociados al retraso diagnóstico y fortalecer el conocimiento sobre la salud menstrual en la comunidad y entre los profesionales de la salud.

En este sentido, la política promueve acciones preventivas relacionadas con la educación en salud menstrual y con el reconocimiento oportuno de manifestaciones que tradicionalmente han sido normalizadas, particularmente el dolor menstrual intenso o persistente. Es fundamental comprender que el dolor incapacitante no debe considerarse una condición inherente o esperable de la menstruación y que su presencia requiere una valoración adecuada y oportuna por parte de los servicios de salud. El reconocimiento temprano de estos signos constituye una herramienta clave para avanzar hacia diagnósticos más oportunos. Actualmente, la evidencia disponible señala que una mujer que

comienza a presentar síntomas compatibles con endometriosis puede tardar, en promedio, varios años en recibir un diagnóstico definitivo. Esta situación genera impactos significativos en su salud física y emocional, así como en su calidad de vida, productividad y bienestar general, por lo que representa uno de los principales desafíos que busca abordar esta política pública.

En este contexto, los diferentes componentes de la política buscan asegurar que las personas con endometriosis accedan a una atención de calidad, basada en la evidencia y orientada a mejorar de manera significativa su bienestar y calidad de vida.

## OBJETIVOS ESTRATÉGICOS



**PREVENCIÓN**



**DIAGNÓSTICO  
TEMPRANO**



**TRATAMIENTO  
INTEGRAL**

Otro de los aspectos fundamentales de esta política es la necesidad de incorporar el reconocimiento de la endometriosis en la vida cotidiana y en los distintos entornos sociales. Este objetivo estratégico está estrechamente relacionado con la reducción de los estereotipos de género, los estigmas y las diferentes formas de discriminación y violencia que pueden experimentar las personas que viven con esta enfermedad. Con frecuencia, el desconocimiento sobre la endometriosis genera situaciones que afectan de manera significativa la calidad de vida de quienes la padecen. En el ámbito educativo, por ejemplo, es común que niñas y adolescentes que presentan ausentismo escolar debido al dolor asociado a la enfermedad sean objeto de cuestionamientos o reciban exigencias académicas desproporcionadas, sin que se reconozca que estos síntomas pueden llegar a ser severamente incapacitantes y afectar su desempeño y bienestar.

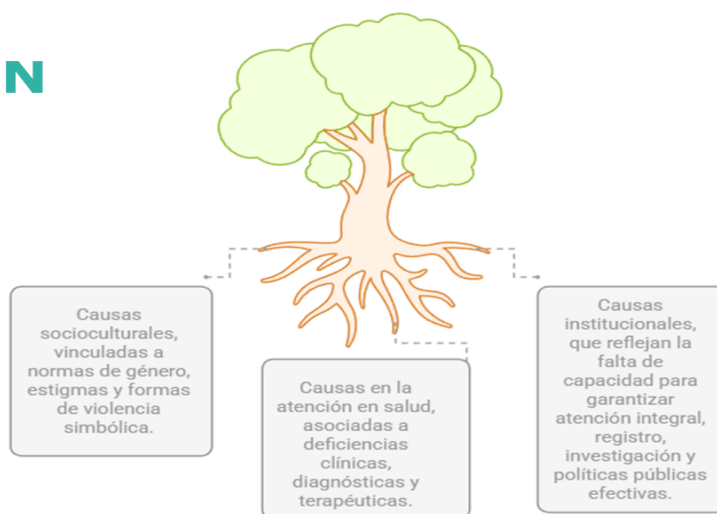
De manera similar, en los entornos laboral, familiar y de pareja persisten percepciones erróneas que minimizan o deslegitiman las experiencias de dolor y

malestar de las personas con endometriosis. Estas situaciones pueden traducirse en diversas formas de violencia, discriminación o falta de apoyo, derivadas del desconocimiento sobre la intensidad, la persistencia y el impacto real que puede tener esta enfermedad en la vida diaria. Es importante reconocer que la endometriosis no se limita al dolor menstrual. La evidencia científica ha demostrado su asociación con otras manifestaciones y condiciones de salud, entre ellas la infertilidad, el dolor pélvico crónico, el dolor generalizado y otras afecciones que pueden coexistir y afectar significativamente el bienestar físico, emocional y social de las personas. Todo ello repercute en su cotidianidad, sus relaciones interpersonales, su desarrollo académico y laboral, así como en su calidad de vida en general.

Adicionalmente, uno de los objetivos estratégicos más relevantes consiste en fortalecer la capacidad de investigación, innovación y generación de conocimiento sobre la endometriosis. Para ello, resulta fundamental promover la articulación entre las entidades gubernamentales, las universidades, las sociedades científicas, los centros de investigación y los demás actores del sistema de salud, con el propósito de ampliar la evidencia disponible, comprender mejor la enfermedad y desarrollar alternativas diagnósticas y terapéuticas cada vez más eficaces.

## PREVENCIÓN

**Fortalecer la información que se le brinda a la comunidad y poner en la conversación cotidiana los temas relacionados con la salud de las mujeres y personas menstruantes**



La implementación de esta política pública inicia con una ruta de atención que constituye el marco orientador para las acciones dirigidas a las personas que viven con endometriosis. Es importante destacar que, aunque el país cuenta con diversas rutas integrales de atención en salud, la columna vertebral de este proceso está representada por la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento



de la Salud, desde la cual se articulan las acciones de prevención, detección temprana, atención y seguimiento. Esta ruta incorpora elementos estrechamente vinculados con la implementación de la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, reconociendo que la salud menstrual y la atención de la endometriosis requieren un abordaje integral, intersectorial y centrado en las personas.

Cuando se construye una ruta de atención, se establece un camino que orienta la actuación de todos los actores involucrados en la respuesta sanitaria. Esto incluye a las comunidades, las entidades territoriales del orden municipal, distrital y departamental, las entidades aseguradoras y la red de prestación de servicios de salud. Todos ellos deben avanzar de manera articulada a lo largo de este recorrido, procurando garantizar el cumplimiento de cada uno de los componentes definidos y dar respuesta efectiva a las necesidades derivadas de la enfermedad. En este marco, la ruta inicia con un conjunto de intervenciones colectivas, las cuales se encuentran alineadas con las estrategias de salud pública ya existentes y reconocidas dentro del sistema de salud. Entre ellas se destacan la caracterización social y ambiental, la gestión de información en salud, la educación para la salud, la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias, la rehabilitación basada en comunidad y el fortalecimiento de espacios de escucha y acompañamiento.

Asimismo, la ruta proporciona orientaciones específicas para que las entidades territoriales incorporen, dentro de sus Planes Territoriales de Salud y Planes de Intervenciones Colectivas, objetivos, estrategias y actividades relacionadas con la salud menstrual, la Política Nacional Intersectorial de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la salud sexual y reproductiva, la maternidad y los demás temas priorizados por el sector salud en esta materia.

## INTERVENCIONES COLECTIVAS

- Caracterización social y ambiental
- Información en salud
- Educación para la salud
- Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias
- Rehabilitación basada en comunidad/ centros de escucha



Estos elementos estratégicos se encuentran incorporados dentro de las orientaciones dirigidas a los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC), con el propósito de fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde los territorios. A través de estas orientaciones, se busca que las comunidades reciban información clara, pertinente y accesible sobre salud menstrual, así como sobre el reconocimiento temprano de los signos y síntomas asociados a la endometriosis y al dolor pélvico crónico. En este aspecto, resulta fundamental que los mensajes de información, educación y comunicación sean contruidos en un lenguaje comprensible para la población y respondan a las características socioculturales de cada contexto. Es importante recordar que las intervenciones colectivas no pueden ser implementadas de manera homogénea en todo el país, ya que las realidades, necesidades y dinámicas de cada territorio son diferentes.

Por esta razón, la forma de abordar temas como la salud menstrual y la endometriosis en departamentos como La Guajira puede diferir significativamente de las estrategias requeridas en territorios como Cundinamarca, Boyacá o Amazonas. Estas particularidades hacen necesario que las entidades territoriales adapten los lineamientos nacionales a sus contextos locales, garantizando que las acciones desarrolladas sean culturalmente pertinentes, efectivas y alineadas con las necesidades de sus comunidades. Uno de los mensajes prioritarios que promueve la política pública es la desnaturalización del dolor asociado a la menstruación. Históricamente, muchas manifestaciones de dolor han sido consideradas como una experiencia normal e inevitable para las mujeres y las personas menstruantes, lo que ha contribuido al retraso en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como la endometriosis. Sin embargo, es fundamental avanzar hacia una comprensión



más amplia de la salud menstrual, reconociendo que el dolor intenso, persistente o incapacitante no debe asumirse como una condición normal ni minimizarse por razones de género.

## ELEMENTOS CLAVE

- Mensajes a la comunidad sobre salud menstrual – reconocimiento de los signos y síntomas
- NO normalización del dolor relacionado con la menstruación
- Difusión de contenidos relacionados con la salud menstrual – la endometriosis y los derechos sexuales y derechos reproductivos
- Construcción de redes comunitarias

Un aspecto especialmente relevante de esta política pública, que además hace parte del mandato establecido en la Ley 2338 de 2023 y se encuentra incorporado en la Resolución 2068 de 2025, está relacionado con las acciones que deben desarrollarse en el ámbito laboral, tanto en el sector formal como en el informal.

Es importante reconocer que la endometriosis puede generar repercusiones significativas sobre la vida laboral de quienes la padecen. Entre estas se encuentran el ausentismo laboral, la disminución de la productividad, la necesidad de incapacidades médicas recurrentes y, en los casos de mayor severidad, situaciones que pueden derivar en limitaciones funcionales importantes e incluso en la pérdida de la capacidad laboral.

En este contexto, la política pública reconoce la necesidad de fortalecer las garantías para la protección de los derechos de las personas con endometriosis dentro de los entornos de trabajo. En consecuencia, uno de sus componentes fundamentales está orientado a promover condiciones que favorezcan la permanencia laboral, la no discriminación y el acceso a mecanismos de protección que respondan adecuadamente a las necesidades derivadas de esta condición de salud.

Asimismo, esta política establece compromisos intersectoriales que involucran a diferentes entidades del Estado. En particular, el Ministerio del Trabajo desempeña un papel fundamental en la implementación de acciones dirigidas a garantizar la protección de los derechos laborales de las personas con endometriosis, así como en el fortalecimiento de mecanismos que permitan

reconocer y atender las situaciones en las que la enfermedad genera afectaciones significativas sobre la capacidad de desempeño laboral.

## INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL ENTORNO LABORAL

**GARANTÍA DE LOS  
DERECHOS DE LAS  
PERSONAS CON  
ENDOMETRIOSIS EN  
EL ENTORNO LABORAL  
FORMAL (ARL-  
EMPRESAS)**



**Trabajo**

**Artículo 11 de la Ley 1562 de 2012 -  
Promoción de estilos de vida saludables en el  
entorno laboral, prevención de la  
discriminación e información sobre derechos  
laborales.**

**Decreto 2126 de 2023 - reconocimiento de las  
incapacidades laborales de origen común e  
información acerca de los requisitos y  
procedimientos que deben adelantarse  
cuando la severidad de la enfermedad y sus  
complicaciones constituyan pérdida de la  
capacidad laboral**

En este sentido, es importante resaltar que la implementación de esta política pública constituye una responsabilidad compartida. Se trata de un esfuerzo colectivo que requiere la participación activa y el compromiso de todos los actores involucrados: las instituciones del sector salud, las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores de servicios, las organizaciones de pacientes, las comunidades y la sociedad en general.

Asimismo, debe entenderse como un proceso progresivo de construcción y fortalecimiento. La adopción y firma de una política pública representa un avance fundamental desde el punto de vista normativo e institucional; sin embargo, por sí sola no transforma de manera inmediata la realidad de las personas que viven con endometriosis. Los cambios reales y sostenibles se materializan a través de la implementación efectiva de las acciones previstas, la articulación de esfuerzos y el compromiso permanente de quienes tienen responsabilidades dentro de esta ruta de atención.



La ruta de atención, desde la perspectiva de la prestación de servicios de salud, se encuentra articulada y respaldada por la Resolución 3280 de 2018, la cual establece las intervenciones definidas a lo largo del curso de vida y orienta las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento dentro del sistema de salud.

Bajo este enfoque, las intervenciones relacionadas con la endometriosis comienzan desde las etapas tempranas de la vida, con énfasis en el reconocimiento oportuno de factores de riesgo y de síntomas sugestivos de la enfermedad. Es importante tener en cuenta que algunas niñas presentan la menarquia incluso antes de los diez años de edad y que, en determinados casos, pueden manifestar síntomas compatibles con endometriosis desde edades tempranas, los cuales pueden persistir durante largos periodos sin ser identificados adecuadamente.

De igual manera, la ruta reconoce que la endometriosis no se limita a la etapa reproductiva. Aunque la enfermedad está estrechamente relacionada con la actividad hormonal, existen mujeres que, incluso después de la menopausia, pueden continuar experimentando secuelas y manifestaciones sistémicas asociadas a esta condición, lo que hace necesario mantener un enfoque integral de atención a lo largo de todo el curso de vida.

Asimismo, resulta oportuno recordar que la gran mayoría de las intervenciones requeridas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la endometriosis ya se encuentran incorporadas dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS). En consecuencia, la implementación de esta política pública no requirió la creación

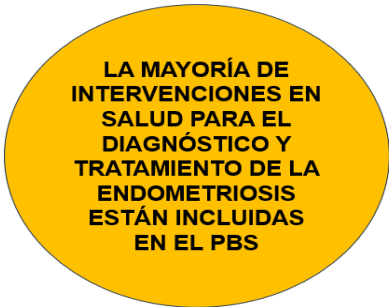
de un esquema especial de financiamiento distinto al ya contemplado dentro del sistema de salud. Por el contrario, se apoya en las herramientas, coberturas y recursos existentes, financiados a través de los mecanismos vigentes, incluyendo la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

De esta manera, la ruta fortalece la capacidad del sistema para brindar una atención integral, continua y centrada en las necesidades de las personas con endometriosis, garantizando el ejercicio efectivo de su derecho a la salud y contribuyendo a mejorar sus resultados en salud y su calidad de vida.

## RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN

### • Intervenciones por curso de vida

- ✓ Reconocimiento de factores de riesgo y síntomas tempranos (menarquias en menores de 10 años)
- ✓ Reconoce que personas en menopausia pueden persistir con síntomas y secuelas.
- ✓ Reconoce las asociaciones que la enfermedad tiene con desenlaces adversos en salud y calidad de vida (dolor crónico – infertilidad – pérdida de capacidad laboral)



**LA MAYORÍA DE  
INTERVENCIONES EN  
SALUD PARA EL  
DIAGNÓSTICO Y  
TRATAMIENTO DE LA  
ENDOMETRIOSIS  
ESTÁN INCLUIDAS  
EN EL PBS**

Esta ruta de atención tiene su punto de partida en la Atención Primaria en Salud, y es fundamental resaltarlo porque es precisamente en este nivel donde la mayoría de las personas ingresan al sistema y donde se presentan las mayores oportunidades para la identificación temprana de la endometriosis. Las pacientes deben poder acceder a una atención primaria resolutive en cada uno de los territorios del país, en la que médicos, profesionales de enfermería y demás integrantes de los equipos de salud cuenten con las competencias técnicas, los conocimientos actualizados y la disponibilidad de insumos y tecnologías necesarias para reconocer oportunamente los signos y síntomas asociados a esta enfermedad. La detección temprana constituye un elemento clave para reducir los retrasos diagnósticos y mejorar los resultados en salud.

Alcanzar este objetivo requiere una sólida articulación intersectorial entre los diferentes actores del sistema de salud, incluyendo los servicios asistenciales, las entidades aseguradoras, las autoridades territoriales y los componentes



relacionados con la salud laboral. Asimismo, es indispensable fortalecer la capacidad resolutoria de las redes de atención, tanto en los servicios intramurales como extramurales, así como en los Equipos Básicos de Salud, garantizando la continuidad y oportunidad de la atención.

Por ello, es fundamental promover el fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud para facilitar el reconocimiento temprano de la enfermedad, mejorar los procesos diagnósticos y reducir las barreras de acceso a la atención especializada. De igual manera, la implementación efectiva de la ruta requiere garantizar una adecuada disponibilidad de profesionales especializados, incluyendo ginecólogos y médicos familiares, así como el acceso oportuno a los apoyos diagnósticos necesarios. Esto comprende tanto la valoración clínica integral como la disponibilidad de estudios complementarios, entre ellos los procedimientos de imagen diagnóstica y otras herramientas que permitan confirmar o descartar la presencia de la enfermedad de manera oportuna.



Como se ha mencionado anteriormente, uno de los componentes fundamentales de esta política pública es el fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud. Este aspecto adquirió una especial relevancia durante el proceso de construcción de la política, ya que se identificó como uno de los principales desafíos para mejorar el diagnóstico oportuno y la atención integral de las personas que viven con endometriosis. En este sentido, resulta indispensable continuar promoviendo un cambio de paradigma frente a la salud menstrual, insistiendo en la necesidad de evitar la normalización de los síntomas y del dolor asociado a la menstruación. Asimismo, es fundamental reducir las



brechas derivadas de los sesgos de género que históricamente han influido en la comprensión, valoración y atención de diversas condiciones de salud que afectan a las mujeres.

Hoy existe amplia evidencia científica que demuestra que muchas enfermedades y condiciones clínicas pueden manifestarse de manera diferente en las mujeres en comparación con los hombres. Esto ha sido documentado en patologías como las enfermedades cardiovasculares, los eventos tromboembólicos, los trastornos autoinmunes y múltiples condiciones crónicas, entre otras. Por ello, reconocer estas diferencias es esencial para garantizar una atención más precisa, equitativa y centrada en las necesidades de las personas. Bajo esta perspectiva, comprender que el dolor intenso no debe considerarse una experiencia normal ni inevitable constituye un primer paso fundamental para avanzar hacia diagnósticos más tempranos y oportunos. Abandonar la idea de que las mujeres deben tolerar o normalizar el dolor asociado a su ciclo menstrual representa un cambio cultural necesario tanto para la comunidad como para los profesionales de la salud.

El fortalecimiento de capacidades también implica mejorar la identificación de factores de riesgo, así como el reconocimiento temprano de signos y síntomas sugestivos de endometriosis. Entre ellos se encuentran la dismenorrea severa, el dolor pélvico crónico, la dispareunia, los sangrados uterinos anormales, los trastornos gastrointestinales asociados y la fatiga crónica, manifestaciones que pueden afectar significativamente la calidad de vida y el bienestar de las pacientes.

## **FORTALECIMIENTO DEL TH – ELEMENTOS CLAVE**

- NO normalizar síntomas ni el dolor menstrual/ sesgos de género
- Identificación de factores de riesgo para endometriosis
- Identificación de la presencia de signos y síntomas como dismenorrea, dolor pélvico crónico, dispareunia, sangrados anormales, trastornos digestivos cíclicos o fatiga crónica.
- Detectar tempranamente signos clínicos como dolor abdominal, localización del dolor, presencia de masas pélvicas o abdominales con el fin de solicitar los estudios complementarios pertinentes.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud menstrual y fortalecer la información de salud.
- Establecer planes de cuidado integrales con equipo multidisciplinario

Tras la atención inicial en el nivel primario, esta ruta contempla la posibilidad de acceso oportuno a la atención complementaria y a la valoración especializada, como parte del modelo de atención integral propuesto para las personas con endometriosis. De acuerdo con las recomendaciones más recientes en materia de atención y manejo de esta enfermedad, se promueve que todas las pacientes con sospecha o diagnóstico de endometriosis sean valoradas por el servicio de Ginecología y Obstetricia, especialidad que desempeña un papel central en la coordinación de su proceso asistencial. El especialista será responsable de confirmar o complementar el diagnóstico, establecer el plan integral de cuidado, definir las intervenciones terapéuticas requeridas y realizar el seguimiento clínico correspondiente.

Asimismo, el ginecólogo o ginecóloga cumple una función fundamental como articulador entre los diferentes niveles de atención, favoreciendo la continuidad del cuidado y garantizando una adecuada coordinación entre la atención primaria y los servicios especializados. Este acompañamiento permite mantener un seguimiento permanente de la evolución clínica de las pacientes y asegurar que las decisiones terapéuticas se adopten de manera oportuna y acorde con sus necesidades particulares. Es importante reconocer que la endometriosis es una enfermedad compleja que, en muchos casos, requiere un abordaje multidisciplinario. Por esta razón, algunas pacientes pueden necesitar la participación de otros profesionales y especialidades para el manejo integral de la enfermedad y sus posibles complicaciones o comorbilidades.

Dentro de este proceso pueden intervenir especialidades como Urología, cuando existen manifestaciones o compromiso del tracto urinario; Gastroenterología, ante la presencia de síntomas digestivos asociados; y Nutrición y Dietética, para apoyar estrategias orientadas al bienestar general y al manejo integral de la condición. Dependiendo de las necesidades individuales de cada paciente, también pueden requerirse otros apoyos especializados que contribuyan al control de los síntomas, al mejoramiento de la funcionalidad y a la optimización de su calidad de vida.

En consecuencia, la ruta de atención propone un modelo centrado en la persona, en el que la atención especializada no se limita al abordaje de la enfermedad desde una única perspectiva, sino que integra diferentes disciplinas y conocimientos para ofrecer respuestas integrales a las necesidades físicas, emocionales y sociales de quienes viven con endometriosis. De esta manera, se busca garantizar una atención continua, coordinada y de calidad, orientada a

mejorar los resultados en salud y el bienestar de las pacientes a lo largo de todo su proceso de atención.

## VALORACION ESPECIALIZADA

Se recomienda que todas las personas con diagnóstico de endometriosis sean valoradas por Especialista en Ginecología y Obstetricia quien definirá la periodicidad de las valoraciones y articulará el seguimiento con la atención primaria y lo requerido de la atención complementaria.



Dentro de la ruta integral de atención se incorpora un componente de especial relevancia: la salud mental, reconociendo que la endometriosis no solo genera consecuencias sobre la salud física, sino que también puede tener importantes repercusiones emocionales, psicológicas y sociales para quienes viven con esta enfermedad. Por esta razón, la ruta contempla desde la Atención Primaria en Salud la valoración inicial por parte de profesionales de psicología, de acuerdo con la disponibilidad de la red de servicios y las capacidades instaladas en cada territorio. Este abordaje busca ofrecer una atención integral que permita identificar de manera oportuna las afectaciones emocionales asociadas a la enfermedad, así como los factores que pueden influir en el bienestar y la calidad de vida de las pacientes.

De esta manera, se busca garantizar que el abordaje de la endometriosis trascienda el manejo exclusivo de los síntomas físicos y contemple integralmente las dimensiones emocionales y psicosociales de la enfermedad, fortaleciendo los mecanismos de apoyo, promoviendo el bienestar mental y contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas.

## SALUD MENTAL



- Valoración en la atención inicial y seguimientos.
- Siempre evaluar el impacto de la enfermedad en la salud integral
- Intervenciones interdisciplinarias y transdisciplinarias en salud mental

Dentro de la ruta integral de atención, las ayudas diagnósticas constituyen un componente fundamental para lograr la identificación oportuna de la endometriosis, estos procedimientos se encuentran cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (PBS), lo que garantiza la posibilidad de acceso a las pruebas diagnósticas requeridas de acuerdo con el criterio clínico y las necesidades de cada paciente.

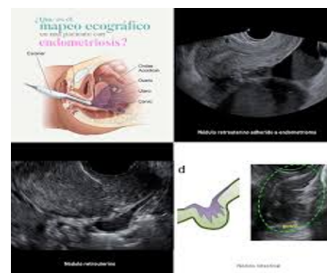
Entre los estudios iniciales disponibles se encuentran el ultrasonido pélvico transabdominal, el ultrasonido transvaginal y la ecografía de mapeo pélvico, esta última incorporada dentro del Plan de Beneficios en Salud y reconocida actualmente como una herramienta de gran utilidad para la evaluación de pacientes con sospecha de endometriosis. Adicionalmente, la ruta contempla el acceso a otros estudios de apoyo diagnóstico cuando las condiciones clínicas así lo requieran y exista una indicación médica específica.

No obstante, uno de los principales retos identificados para la implementación efectiva de esta estrategia diagnóstica está relacionado con la disponibilidad de talento humano capacitado en la realización e interpretación de la ecografía de mapeo pélvico. Actualmente, esta capacidad no se encuentra distribuida de manera homogénea en todo el territorio nacional, lo que genera diferencias en el acceso y en las oportunidades diagnósticas para las pacientes según su lugar de residencia.

## AYUDAS DIAGNÓSTICAS

- Ecografía Pélvica Trasvaginal/Transabdominal (CUPS 881401-881402)
- Ecografía de Mapeo Pélvico (CUPS 881412)
- Resonancia Magnética

**RETO: Aumentar y mejorar la disponibilidad de profesionales entrenados en Ecografía de Mapeo Pélvico**



Dentro de la atención complementaria lo mencionamos. Muy probablemente van a necesitar gastro urología, sexología, medicinas complementarias, terapias complementarias especialistas en fertilidad. Si hay deseo de fertilidad y no se puede, no es posible lograrlo. Y la necesidad de para clínicos o ayudas diagnósticas adicionales. Ya dentro del documento de ruta también van a encontrar a ustedes los tratamientos y los seguimientos, unas recomendaciones e indicaciones acerca del manejo del dolor agudo y crónico, las alternativas de tratamiento hormonal, de tratamiento quirúrgico. Y un enfoque que debemos reconocer que es muy importante que esté en este documento, que es el enfoque multidisciplinario y el de rehabilitación, porque muchas pacientes con endometriosis tienen que ser sometidas a procedimientos quirúrgicos grandes, extensos, que pues requieren una rehabilitación correspondiente y que van a requerir pues una serie de actividades asociadas.

Los tratamientos de la endometriosis, casi todos están incluidos en la financiación del plan de beneficios en salud. Sin embargo, los tratamientos experimentales no están. Entonces, todas las cosas que probablemente algunas mujeres puedan encontrar en Internet que aún no estén contempladas en la evidencia, que aún no estén. Incluidas en las guías clínicas internacionales, pues no, obviamente ni nacionales, pues no van a ser cubiertas por esta ruta.

Dentro del documento de la ruta integral de atención también se encuentran incluidas orientaciones específicas relacionadas con el tratamiento y seguimiento de



las personas con endometriosis. Estas recomendaciones abarcan aspectos fundamentales como el manejo del dolor agudo y crónico, las alternativas de tratamiento hormonal, las opciones de manejo quirúrgico y los criterios para su implementación, siempre en el marco de una atención basada en la evidencia científica y centrada en las necesidades de cada paciente.

Como se ha señalado la gran mayoría de las intervenciones, procedimientos, medicamentos y tratamientos requeridos para el diagnóstico, manejo y seguimiento de la endometriosis se encuentran financiados a través del Plan de Beneficios en Salud (PBS). Esto permite que las personas afectadas accedan a una atención integral dentro de los mecanismos ordinarios de cobertura del sistema de salud.

## ATENCIÓN COMPLEMENTARIA

El profesional de la atención primaria definirá el requerimiento de manejo complementario por salud mental, nutrición, gastroenterología, urología, sexología, medicina alternativa y terapias complementarias, fisioterapia, especialista en infertilidad, etc.) y la necesidad de paraclínicos o ayudas diagnósticas adicionales.

## TRATAMIENTOS Y SEGUIMIENTOS

- MANEJO DEL DOLOR AGUDO/CRÓNICO
- TRATAMIENTO HORMONAL
- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
- ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO
- REHABILITACIÓN

**Los tratamientos están incluidos en la financiación del PBS – Los tratamientos experimentales NO**

Finalmente, uno de los componentes estratégicos más importantes para el fortalecimiento de esta ruta de atención y para la implementación efectiva de la Política Pública de Endometriosis es el Registro Nacional de Pacientes con Endometriosis, este registro ya se encuentra en funcionamiento y cuenta con un conjunto de variables y criterios de seguimiento definidos técnicamente, los cuales han sido estructurados dentro de los sistemas de información del sector salud. Actualmente, la información consolidada no se encuentra disponible para consulta pública directa; sin embargo, sí constituye una fuente oficial para atender solicitudes de información presentadas por la ciudadanía, las entidades territoriales y los diferentes actores interesados en el seguimiento de esta condición de salud.

En este momento, el Ministerio de Salud y Protección Social avanza en la construcción de los lineamientos que orientarán el reporte, consolidación y uso de la información. Estos lineamientos permitirán definir con claridad las responsabilidades de cada uno de los actores involucrados, incluyendo entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), así como los mecanismos para la gestión, análisis y aprovechamiento de los datos recopilados. El propósito fundamental de este registro es generar información confiable, oportuna y de calidad que contribuya a la toma de decisiones basadas en evidencia. Los datos obtenidos permitirán identificar las características de la población afectada, monitorear la implementación de la política pública, evaluar el acceso a los servicios de salud, reconocer necesidades específicas y orientar la planeación de acciones futuras dirigidas a mejorar la atención de las personas que viven con endometriosis.

Es importante recordar que esta política pública ha sido concebida con un horizonte de implementación de diez años. Por esta razón, su desarrollo contempla procesos permanentes de seguimiento, monitoreo y evaluación que permitan verificar los avances alcanzados, identificar desafíos y valorar el impacto de las estrategias implementadas.

## REGISTRO DE PACIENTES

- Basado en SISPRO
- Lineamiento para el reporte de información
- Mejora planeación y seguimiento



¿Cuáles son los principales retos que enfrentamos? En primer lugar, debemos reconocer que nos encontramos en una etapa inicial de implementación. Esto implica avanzar de manera coordinada para que las entidades territoriales, tanto municipales como departamentales, se apropien plenamente de las acciones comunitarias y colectivas contempladas en la política pública, incorporándolas de manera efectiva en sus procesos de planeación, gestión e implementación.

Asimismo, es fundamental consolidar estrategias sostenidas de información, educación y comunicación que fortalezcan el conocimiento sobre la salud menstrual y sobre las condiciones asociadas a la endometriosis, promoviendo una mayor sensibilización tanto en la comunidad como entre los diferentes actores del sistema de salud.

Otro de los desafíos prioritarios consiste en fortalecer la oferta de servicios de salud y garantizar que las intervenciones implementadas en los territorios se desarrollen con criterios de calidad, oportunidad y equidad. Nuestro propósito debe ser que una paciente ubicada en un municipio rural, disperso o de difícil acceso tenga las mismas posibilidades de acceder a un diagnóstico oportuno, a un tratamiento adecuado y a una atención integral que una paciente que se encuentre en grandes centros urbanos del país.



La equidad territorial constituye, por tanto, uno de los principales objetivos de esta política. Independientemente del lugar de residencia, todas las personas con endometriosis deben contar con las mismas oportunidades para acceder a los servicios de salud, recibir atención basada en la evidencia y beneficiarse de los mecanismos de protección y acompañamiento establecidos por el sistema.

## RETOS DE IMPLEMENTACIÓN

- Acciones comunitarias y colectivas
- Lograr transformaciones a largo plazo respecto a la salud menstrual y de las personas con Endometriosis
- Fortalecer la oferta de servicios y la calidad de las intervenciones a nivel territorial
- Reducir la brecha de la oportunidad diagnóstica
- Implementación de Plan de Acción, evaluación y seguimiento

Para finalizar, el mensaje central es que esta política pública representa un avance significativo en el reconocimiento, la visibilización y la garantía de los derechos de las personas que viven con endometriosis. Su propósito es generar transformaciones progresivas y sostenibles que contribuyan a mejorar la atención, reducir las barreras de acceso y responder de manera más efectiva a las necesidades de esta población. Se trata, además, de un avance estructural en la construcción de un modelo de atención en salud centrado en las mujeres y en las personas menstruantes, que reconoce la importancia de la salud menstrual y de las condiciones que afectan su bienestar y calidad de vida.

## MENSAJE CLAVE

- La política pública posiciona, visibiliza y da garantía de derechos a las personas con Endometriosis
- Es un avance estructural en la atención en salud centrada de las mujeres
- Es un trabajo de todos



Sin embargo, el verdadero impacto de esta política dependerá de nuestra capacidad colectiva para llevarla a la práctica. Su implementación efectiva requiere el compromiso de todos los actores involucrados: entidades territoriales, aseguradores, prestadores de servicios de salud, organizaciones de pacientes, talento humano en salud, comunidades y ciudadanía en general.

Solo mediante un trabajo articulado, continuo y corresponsable será posible convertir estos lineamientos en acciones concretas que transformen positivamente la vida de las personas con endometriosis y contribuyan a la construcción de un sistema de salud más equitativo, humano e inclusivo.

Pueden tener acceso al acto administrativo y de la ruta de atención en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resolucion%20No%202068%20de%202025.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resolucion%20No%202068%20de%202025.pdf)

## Evidencia Científica y Humanización en el Diagnóstico de la Endometriosis

Como lo ha señalado la doctora Sara, la construcción y fortalecimiento de la política pública sobre endometriosis requiere una comprensión integral de esta condición y de los desafíos que enfrenta su abordaje. Esta sensibilidad institucional está estrechamente relacionada con la forma en que diagnosticamos la enfermedad, la evidencia científica que orienta nuestras decisiones y la manera en que acompañamos a las pacientes durante todo el proceso diagnóstico y de atención, garantizando la humanización que merecen.

El propósito de esta presentación es destacar que mejorar el diagnóstico de la endometriosis no consiste únicamente en identificar lesiones. Implica reconocer de manera temprana el sufrimiento de las personas afectadas, evitar procedimientos innecesarios y estructurar una respuesta asistencial que preserve su dignidad, autonomía y calidad de vida. La idea central es sencilla: la evidencia científica actual permite avanzar desde un modelo de diagnóstico tardío, fragmentado y excesivamente centrado en intervenciones quirúrgicas, hacia un enfoque de diagnóstico clínico, apoyado por estudios complementarios e imágenes diagnósticas, en el marco de una atención verdaderamente humanizada.

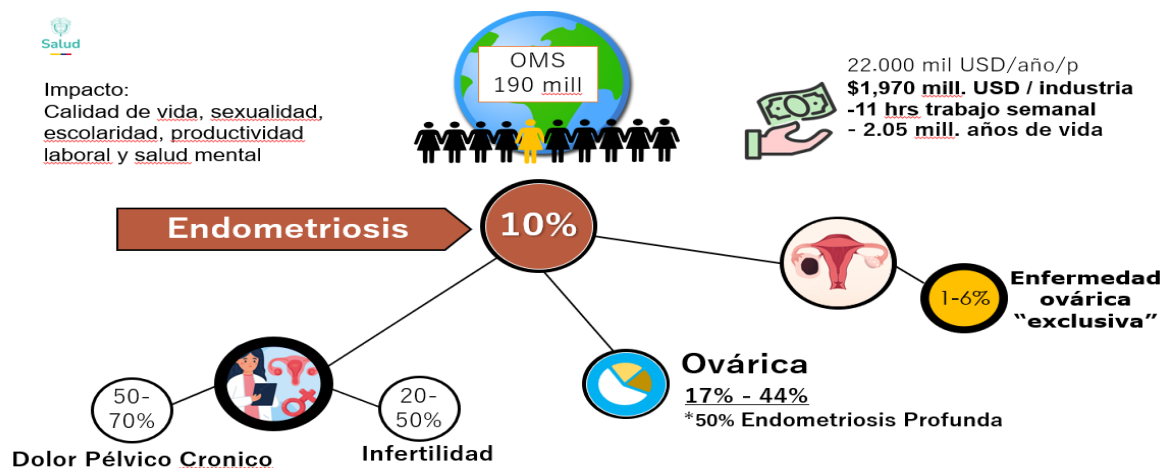
Para comprender la relevancia de esta transformación, es necesario comenzar por revisar qué entendemos hoy por endometriosis y cómo ha evolucionado su conceptualización desde la evidencia científica disponible.



La definición globalmente consensuada de la endometriosis la describe como la presencia de tejido similar al endometrio fuera de la cavidad uterina, capaz de inducir una respuesta inflamatoria crónica. No obstante, esta definición anatómica resulta insuficiente cuando se interpreta de manera aislada, ya que no refleja plenamente la complejidad y el impacto multidimensional de la enfermedad.

La endometriosis es una enfermedad crónica, estrógeno-dependiente y heterogénea que, en muchas pacientes, presenta manifestaciones sistémicas debido a sus repercusiones sobre el dolor, la fertilidad, la función digestiva y urinaria, la sexualidad y la salud mental. Su abordaje, por tanto, requiere una comprensión integral que trascienda la simple identificación de lesiones. Desde el punto de vista clínico, se reconocen tres fenotipos principales: la endometriosis peritoneal superficial, la endometriosis ovárica y la endometriosis profunda. Sin embargo, estos fenotipos no necesariamente se presentan de manera aislada, sino que pueden coexistir en una misma paciente, generando una amplia variabilidad en la expresión de los síntomas y en la complejidad de la atención requerida.

Por esta razón, la gravedad de la enfermedad no puede valorarse únicamente por el tamaño o el número de las lesiones. Es fundamental considerar el impacto funcional, emocional y social que produce en la vida de quienes la padecen. Esta definición adquiere una dimensión aún mayor cuando se analiza la carga poblacional y social de la enfermedad. Se estima que entre el 10 % y el 15 % de la población femenina en edad reproductiva a nivel mundial vive con endometriosis, lo que la convierte en un problema de salud pública de gran relevancia, con importantes implicaciones para la calidad de vida, la productividad y el bienestar de las pacientes.



\*Chapron C, Pietin-Vialle C, Borghese B, Davy C, Foulot H, Chopin N. Associated ovarian endometrioma is a marker for greater severity of deeply infiltrating endometriosis. Fertil Steril. 2009;92:453-457

De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020, aproximadamente 190 millones de mujeres y niñas en edad reproductiva en todo el mundo vivían con endometriosis. No obstante, esta cifra podría ser aún mayor en determinados grupos poblacionales, especialmente entre las mujeres que presentan dificultades para concebir, donde la prevalencia de la enfermedad es considerablemente más alta. Las repercusiones de la endometriosis trascienden el ámbito clínico e impactan de manera significativa los sistemas de salud, la economía y el desarrollo social de los países. Los costos asociados al diagnóstico y tratamiento, las consultas médicas recurrentes, las incapacidades, la disminución de la productividad laboral y las afectaciones en la trayectoria educativa generan una carga económica y social sustancial tanto para las pacientes como para sus familias y para los sistemas de salud.

Por ello, no se trata únicamente de cuantificar cuántas personas padecen la enfermedad, sino de comprender la magnitud de sus consecuencias. Entre sus principales manifestaciones se encuentra el dolor pélvico crónico, que puede afectar entre el 50 % y el 70 % de las pacientes y constituye una de las principales causas de deterioro de la calidad de vida. Asimismo, la distribución de los diferentes fenotipos de la enfermedad evidencia su complejidad. Por ejemplo, la endometriosis ovárica se presenta como única manifestación en una proporción reducida de casos, inferior al 10 %. En contraste, un porcentaje importante de pacientes, que puede alcanzar hasta el 50 %, presenta simultáneamente endometriosis ovárica y endometriosis profunda, lo que incrementa la complejidad clínica y los desafíos en su manejo.



La limitada visibilización de la endometriosis, tanto a nivel mundial como en nuestro país, ha contribuido durante años a uno de los principales desafíos asociados a esta enfermedad: el retraso en su diagnóstico. Diversos estudios científicos han documentado que, incluso en países de altos ingresos, el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo puede alcanzar los 10 o 11 años. Se trata de un período prolongado que genera consecuencias profundas y, en muchos casos, evitables para las pacientes.

Este retraso diagnóstico favorece el deterioro funcional, afecta el desempeño académico y laboral, incrementa el desgaste emocional y puede contribuir al desarrollo de mecanismos complejos de dolor crónico. En algunas pacientes, la persistencia de los síntomas se asocia con fenómenos de sensibilización central y con componentes nociplásticos del dolor, que perpetúan el sufrimiento y dificultan aún más el abordaje clínico.

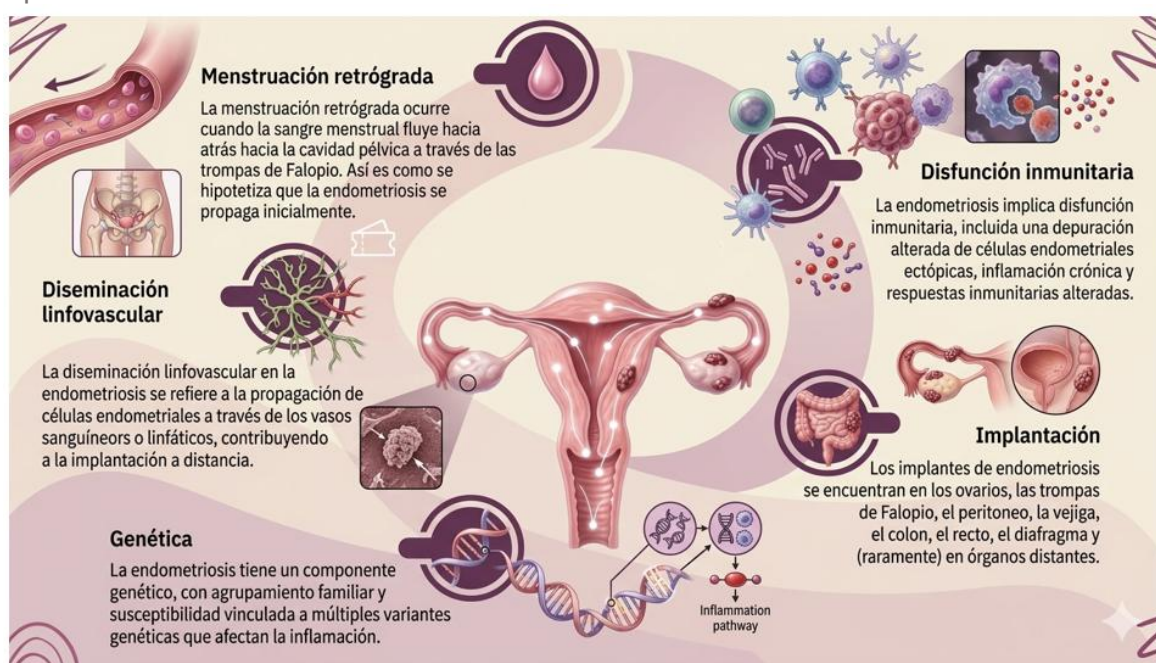


| Guía         | Enfoque Principal               | Población Objetivo     |
|--------------|---------------------------------|------------------------|
| ACOG No. 11  | Diagnóstico y manejo inicial    | Adolescentes y adultas |
| SOGC No. 449 | Diagnóstico e impacto sistémico | Pacientes en Canadá    |
| NICE NG73    | Manejo y costo-efectividad      | Sistema de salud (UK)  |
| ESHRE        | Guía integral europea           | Global / Europa        |

Entre 2022 y 2026, las principales sociedades científicas y organizaciones responsables de las guías de práctica clínica en endometriosis han actualizado de manera significativa sus recomendaciones. Desde la guía de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) publicada en 2022, hasta las más recientes orientaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) en 2026, se evidencia una evolución hacia modelos diagnósticos más tempranos, accesibles y centrados en la paciente.

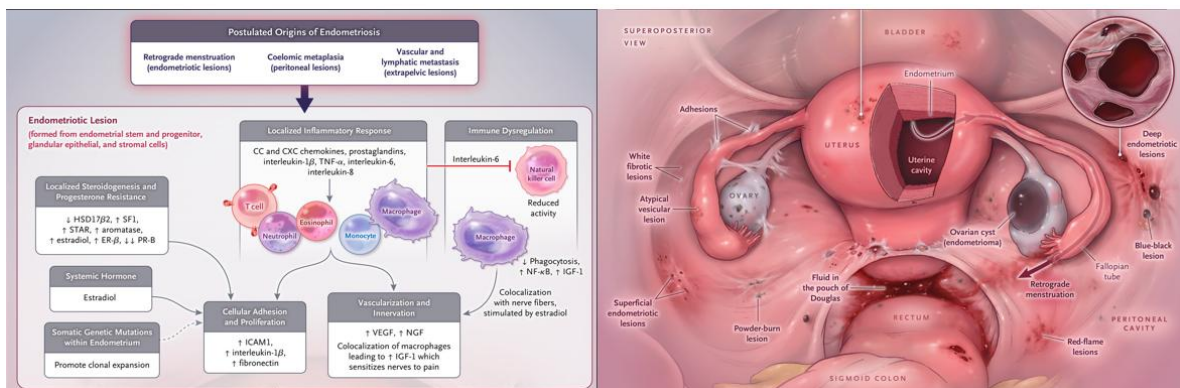
Si bien estas guías responden a contextos sanitarios distintos, todas convergen en principios fundamentales. Entre ellos se destacan la identificación y el reconocimiento oportuno de los síntomas desde el primer nivel de atención, la realización de una evaluación clínica estructurada y el uso de herramientas diagnósticas de forma racional y basada en la evidencia. Asimismo, recomiendan la ecografía transvaginal como estudio de imagen inicial cuando esté clínicamente indicada, reservando la resonancia magnética y la remisión a servicios altamente especializados para situaciones específicas que así lo requieran.

Uno de los cambios más relevantes de los últimos años es el abandono del concepto de la laparoscopia como requisito universal para confirmar el diagnóstico o iniciar el tratamiento. Actualmente, existe un consenso creciente en que la sospecha clínica fundamentada, complementada con una adecuada evaluación y los estudios diagnósticos pertinentes, puede ser suficiente para orientar decisiones terapéuticas oportunas, evitando retrasos innecesarios en la atención.



Para comprender adecuadamente la endometriosis, es importante comenzar por reconocer que, aunque históricamente la teoría de la menstruación retrógrada propuesta por Sampson ha sido considerada una de las principales explicaciones para el origen de la enfermedad, aún no existe una causa única y plenamente establecida que explique su desarrollo en todas las pacientes.

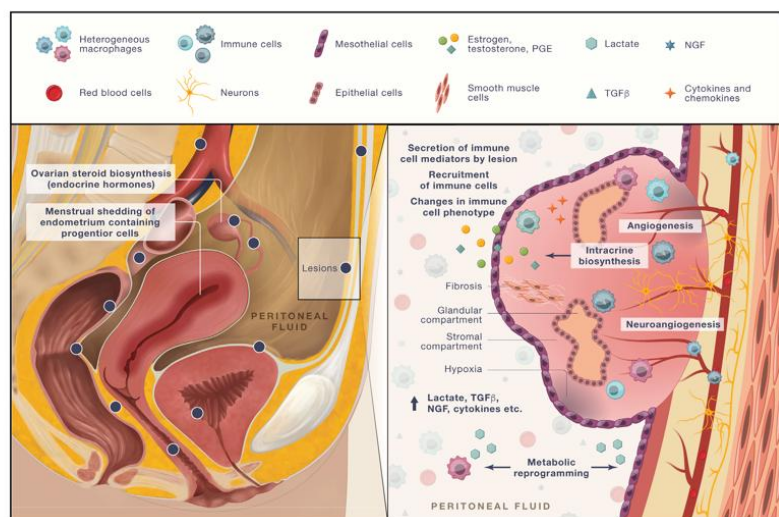
Actualmente, se entiende que la fisiopatología de la endometriosis es compleja y multifactorial. En ella interactúan diversos mecanismos biológicos, entre los que se incluyen la susceptibilidad genética, las alteraciones de la respuesta inmunitaria, los procesos inflamatorios crónicos, la dependencia estrogénica, la angiogénesis, la neuro angiogénesis y distintos mecanismos de implantación y diseminación del tejido ectópico. Ninguna de estas teorías, considerada de forma aislada, logra explicar completamente los diferentes fenotipos clínicos de la enfermedad. Precisamente, esta complejidad fisiopatológica permite comprender por qué dos pacientes con hallazgos anatómicos aparentemente similares pueden experimentar manifestaciones clínicas muy diferentes, tanto en intensidad como en impacto funcional. Asimismo, ayuda a entender por qué una evaluación por imágenes sin hallazgos evidentes no necesariamente excluye la presencia de la enfermedad.



## Endometriosis Profunda

Lesiones que suelen ser nodulares, capaces de invadir estructuras adyacentes y asociadas a fibrosis y alteración de la anatomía normal.

(2-3)



Saunders & Horne. (2021). Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. In *Cell* (Vol. 184, Issue 11, pp. 2807–2824).

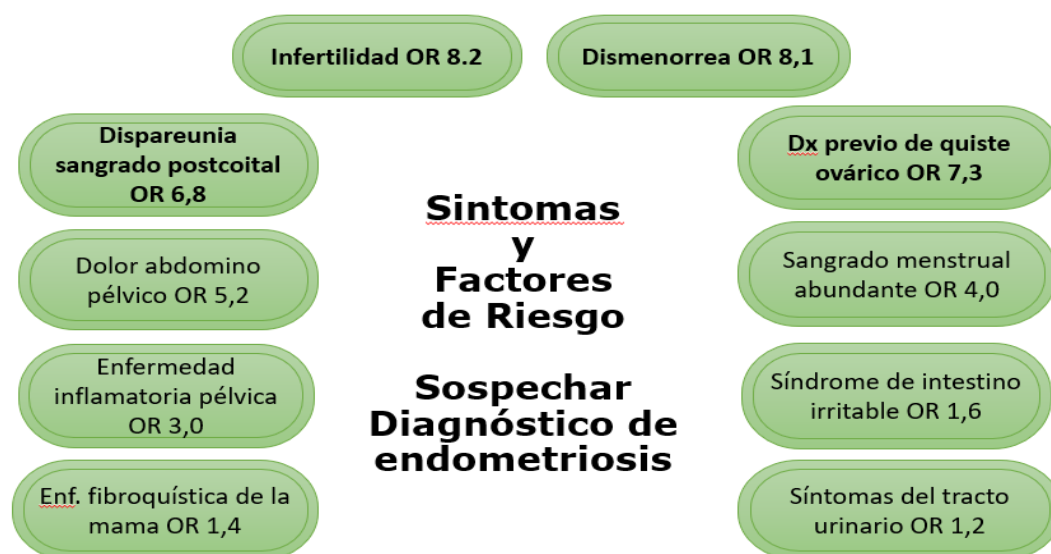
Esta complejidad fisiopatológica está estrechamente vinculada a una respuesta inmunitaria alterada y a procesos inflamatorios persistentes que caracterizan a la enfermedad. La evidencia científica acumulada durante los últimos años ha permitido comprender mejor cómo la inflamación crónica, junto con múltiples mecanismos biológicos y moleculares, contribuye al desarrollo, progresión y mantenimiento de la endometriosis. Asimismo, se ha identificado que otras condiciones de salud y diversos factores sistémicos pueden coexistir e interactuar con estos procesos, influyendo en la expresión clínica de la enfermedad. En el caso de la endometriosis profunda, las lesiones corresponden a estructuras multicelulares complejas en las que se describen mecanismos de invasión tisular, remodelación de la matriz extracelular, incremento de la fibrosis y una mayor expresión de factores relacionados con la angiogénesis y el crecimiento nervioso. Estas características explican, en parte, el comportamiento infiltrativo de este fenotipo y su capacidad para comprometer estructuras anatómicas adyacentes.

Desde el punto de vista clínico, estos procesos pueden traducirse en alteraciones anatómicas secundarias a la formación de adherencias, fibrosis y compromiso de órganos y estructuras pélvicas vecinas. Si bien estas modificaciones ayudan a explicar la aparición de síntomas y, en algunos casos, una mayor intensidad del dolor, es importante evitar interpretaciones simplistas que establezcan una relación directa entre la extensión de las lesiones y la gravedad de la sintomatología. La experiencia del dolor en la endometriosis es multifactorial y está determinada no solo por la presencia o magnitud de las lesiones, sino también por fenómenos de sensibilización periférica y central, disfunciones miofasciales y diversos factores biopsicosociales. Por ello, pacientes con hallazgos anatómicos similares pueden presentar manifestaciones clínicas muy diferentes, tanto en intensidad como en impacto sobre su calidad de vida.

Con esta base conceptual, es posible comprender con mayor precisión qué se entiende por endometriosis profunda. Este fenotipo se caracteriza por la infiltración de estructuras localizadas por debajo del peritoneo y puede comprometer diferentes órganos y compartimientos de la pelvis, e incluso presentarse en localizaciones extra pélvicas. En consecuencia, resulta fundamental conocer sus sitios de afectación más frecuentes para orientar adecuadamente la sospecha clínica y el proceso diagnóstico. La evidencia disponible muestra que la mayoría de los casos de endometriosis profunda comprometen el compartimiento posterior de la pelvis, donde se localiza aproximadamente el 90 % de las lesiones. Con menor frecuencia, se observa afectación del compartimiento anterior, que incluye estructuras como la vejiga y el

tracto urinario inferior. No obstante, la distribución anatómica puede variar considerablemente entre las pacientes y según las poblaciones estudiadas.

Asimismo, la prevalencia real de la enfermedad puede estar subestimada. En algunos casos, la endometriosis profunda constituye un hallazgo incidental durante procedimientos quirúrgicos realizados por otras indicaciones, como histerectomías o cirugías ginecológicas de distinta naturaleza. De igual forma, existen pacientes asintomáticas en quienes el diagnóstico se establece de manera fortuita a través de estudios realizados por otros motivos. Estas observaciones refuerzan la importancia de comprender que la sospecha diagnóstica debe sustentarse en una valoración integral de los síntomas, los antecedentes clínicos, el examen físico y los hallazgos complementarios. Precisamente, este reconocimiento de la diversidad clínica de la enfermedad ha impulsado un cambio significativo en los paradigmas diagnósticos actuales, orientando la atención hacia modelos más tempranos, integrales y centrados en la experiencia de la paciente.



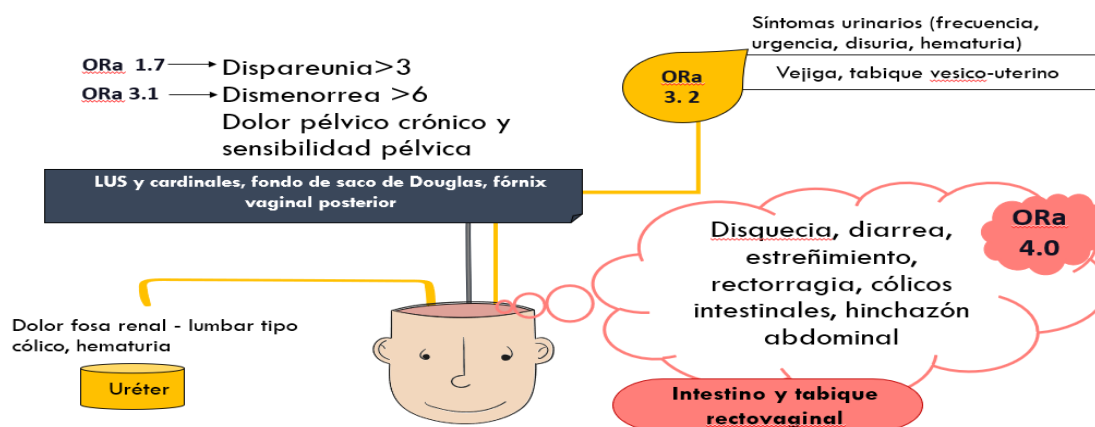
Este conocimiento ha contribuido a transformar el paradigma diagnóstico de la endometriosis. Actualmente, la sospecha clínica debe fortalecerse ante la presencia de síntomas y antecedentes que sugieran la enfermedad, especialmente en pacientes con dolor menstrual severo, infertilidad, antecedentes de quistes ováricos o hallazgos anexiales identificados en estudios ecográficos. Asimismo, la sospecha diagnóstica aumenta en mujeres que presentan dispareunia profunda, dolor abdominopélvico persistente o recurrente, y sangrado menstrual abundante. Sin

embargo, es fundamental comprender que la endometriosis no se manifiesta exclusivamente mediante síntomas relacionados con el ciclo menstrual. Por el contrario, muchas pacientes presentan manifestaciones clínicas más amplias y, en ocasiones, inespecíficas, que pueden dificultar el reconocimiento oportuno de la enfermedad.

Entre estas manifestaciones se encuentran síntomas gastrointestinales que pueden simular trastornos funcionales, como el síndrome de intestino irritable, incluyendo distensión abdominal, dolor asociado a la evacuación, alteraciones del tránsito intestinal y sensación de malestar digestivo recurrente. De igual manera, pueden presentarse síntomas urinarios inespecíficos, tales como urgencia, frecuencia urinaria, dolor vesical o molestias relacionadas con el llenado y vaciamiento de la vejiga. Además, es frecuente la coexistencia de otras condiciones que comparten mecanismos inflamatorios, sensitivos o de dolor crónico, como algunas patologías mamarias benignas, síndromes de sensibilización central y otros trastornos caracterizados por dolor persistente. Esta superposición de síntomas y comorbilidades refuerza la necesidad de una evaluación clínica integral que permita identificar de manera temprana los signos de alarma y evitar retrasos diagnósticos.

Por ello, el enfoque actual enfatiza la importancia de escuchar y valorar adecuadamente el relato de la paciente, reconociendo que la combinación de síntomas ginecológicos, gastrointestinales, urinarios y de dolor crónico puede constituir una manifestación de la endometriosis. Esta visión más amplia y centrada en la persona permite aumentar la sospecha clínica, optimizar las rutas diagnósticas y ofrecer una atención más oportuna, integral y humanizada.

### ¿Cuándo pensar en Endometriosis Profunda?

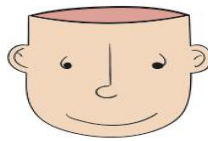
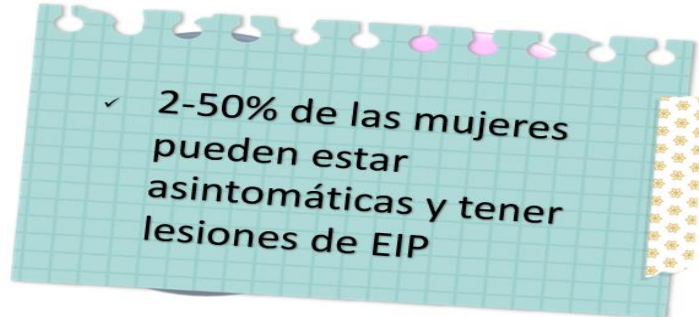


Las pacientes en quienes convergen síntomas como dispareunia profunda, dismenorrea severa con puntuaciones superiores a 6 o 7 en la escala visual análoga del dolor, así como dolor pélvico crónico o sensibilidad pélvica persistente, presentan una mayor probabilidad de padecer endometriosis profunda. En estos casos, debe mantenerse un alto índice de sospecha clínica, especialmente respecto al compromiso del compartimiento posterior de la pelvis, donde se encuentran estructuras como los ligamentos uterosacros, los ligamentos cardinales, el fondo de saco de Douglas y el fórnix vaginal posterior. Por otra parte, cuando las pacientes refieren síntomas urinarios como aumento de la frecuencia miccional, urgencia urinaria o dolor asociado a la micción, particularmente cuando estos síntomas guardan relación con el ciclo menstrual, es importante considerar la posibilidad de endometriosis profunda con compromiso del compartimiento anterior de la pelvis, incluyendo la vejiga y el tabique vesicouterino. Asimismo, la presencia de hematuria cíclica constituye un hallazgo que requiere especial atención dentro de la evaluación diagnóstica.

De igual manera, síntomas como dolor lumbar, dolor en la región renal o dolor tipo cólico, semejante al ocasionado por litiasis urinaria, deben motivar la búsqueda de compromiso ureteral por endometriosis, especialmente cuando se presentan de forma recurrente o asociados a la menstruación. En estos escenarios, una valoración oportuna resulta fundamental para prevenir complicaciones derivadas de un diagnóstico tardío. En relación con el compromiso gastrointestinal, la sospecha de endometriosis profunda debe considerarse en pacientes que presentan diarrea, estreñimiento, cólicos intestinales, distensión abdominal cíclica o fluctuante, así como dolor durante la evacuación, particularmente durante el período menstrual. También son signos de alerta la presencia de disquecia y los episodios de rectorragia cíclica, entendida como la aparición de sangre en las heces coincidiendo con la menstruación. Estas manifestaciones pueden estar asociadas a compromiso intestinal, rectal o del tabique rectovaginal.

La importancia de describir estos síntomas en conjunto radica en que el diagnóstico oportuno depende, en gran medida, de una anamnesis detallada y dirigida. No basta con registrar el motivo principal de consulta; es necesario explorar de manera sistemática los síntomas ginecológicos, urinarios, gastrointestinales y dolorosos, identificando posibles patrones cíclicos y su relación con la menstruación. Este enfoque integral permite aumentar la sospecha clínica, orientar adecuadamente los estudios complementarios y reducir los retrasos diagnósticos que históricamente han caracterizado a la endometriosis.

## ¿Cuándo pensar en Endometriosis Profunda?



El GDG recomienda a los clínicos **considerar el diagnóstico de endometriosis** en pacientes que presenten los siguientes signos y síntomas cíclicos y no cíclicos: dismenorrea, dispareunia profunda, disuria, disquecia, hemorragia rectal dolorosa o hematuria, dolor en la punta del hombro, neumotórax catamenial, tos/hemoptisis/dolor torácico cíclicos, hinchazón y dolor cicatricial cíclicos, fatiga e infertilidad.

| Síntoma o Patrón Clínico     | Medida de Asociación (OR) | Interpretación Clínica                    |
|------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|
| Infertilidad / Subfertilidad | 8.2                       | Predictor más fuerte                      |
| Dismenorrea Intensa          | 8.1                       | Debe considerarse secundaria [ACOG, 2026] |
| Dispareunia Profunda         | 6.8                       | Sugiere enfermedad profunda posterior     |
| Dolor Abdominopélvico        | 5.2                       | Coexistencia multiorgánica [NICE, 2024]   |
| Siete o más síntomas         | <b>84.7</b>               | Probabilidad extrema de enfermedad        |

Es importante recordar que muchas pacientes consultan inicialmente por dolor; sin embargo, la evaluación clínica no debe limitarse a registrar su presencia. Es fundamental profundizar en las características del dolor, su intensidad, localización, temporalidad y relación con el ciclo menstrual, así como explorar de manera activa otros síntomas asociados. Con frecuencia, las pacientes buscan una explicación para su malestar, pero desconocen que manifestaciones aparentemente aisladas pueden formar parte de un mismo cuadro clínico. Por ello, corresponde al profesional de la salud orientar adecuadamente la entrevista clínica y ampliar la búsqueda de síntomas que permitan fortalecer la sospecha diagnóstica. Asimismo, la coexistencia de dolor e infertilidad debe considerarse una señal de alerta relevante para la identificación de endometriosis, independientemente del fenotipo de la enfermedad. La presencia simultánea de estas manifestaciones incrementa significativamente la probabilidad diagnóstica y exige una valoración integral y oportuna.

De igual manera, es necesario tener presente que la endometriosis constituye una enfermedad heterogénea. Existen pacientes que pueden presentar lesiones de endometriosis profunda sin manifestaciones clínicas evidentes o con síntomas mínimos, lo que representa un desafío adicional para su detección. Esta realidad refuerza la importancia de mantener una alta sospecha clínica, especialmente en aquellas pacientes con antecedentes o hallazgos sugestivos de la enfermedad.

En este sentido, la Asociación Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) destaca como una buena práctica clínica la evaluación sistemática de signos y síntomas tanto cíclicos como no cíclicos. La evidencia muestra que cuando convergen múltiples manifestaciones clínicas compatibles con endometriosis, la probabilidad de identificar enfermedad profunda aumenta de manera considerable. Por ello, más que centrarse en un síntoma aislado, resulta fundamental reconocer patrones clínicos característicos y comprender las asociaciones entre las distintas manifestaciones de la enfermedad. Este enfoque permite orientar de manera más precisa el proceso diagnóstico y constituye la base de las recomendaciones actuales de las principales guías internacionales. La clave radica en una evaluación clínica exhaustiva, estructurada y centrada en la paciente, que permita identificar de forma temprana aquellos cuadros con alta probabilidad de endometriosis y facilitar un acceso oportuno a los estudios complementarios y al tratamiento adecuado.

En consecuencia, el valor de la sospecha clínica no reside únicamente en reconocer síntomas individuales, sino en comprender la interacción entre ellos y en identificar los patrones que sugieren la presencia de la enfermedad. Cuando múltiples síntomas

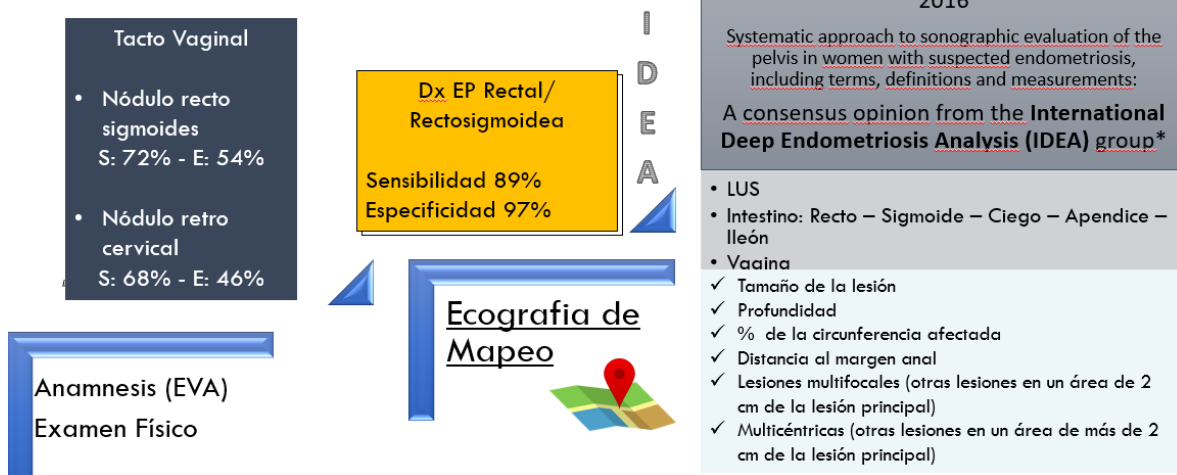
convergen, especialmente aquellos relacionados con dolor pélvico, dismenorrea, dispareunia, infertilidad y manifestaciones gastrointestinales o urinarias cíclicas, debe considerarse una probabilidad elevada de endometriosis, lo que justifica una evaluación diagnóstica integral y un abordaje oportuno y humanizado.

La sospecha clínica debe activarse ante la presencia de síntomas que a menudo son desatendidos.



La intensidad del dolor no guarda una correlación lineal con el estadio de la enfermedad.

¿Cómo confirmamos que una paciente tiene EP?



La sospecha clínica de endometriosis debe activarse ante la presencia de síntomas que con frecuencia han sido normalizados o minimizados, especialmente aquellos relacionados con la menstruación. Cuando el dolor menstrual alcanza una intensidad tal que limita la asistencia a la escuela, la universidad o el trabajo, o cuando interfiere de manera significativa con las actividades cotidianas, debe considerarse un signo de alerta que requiere una evaluación más profunda. De igual manera, la presencia de dolor durante las relaciones sexuales, síntomas digestivos o urinarios de comportamiento cíclico, así como antecedentes de infertilidad, constituyen elementos clínicos que no deben subestimarse. Es fundamental reconocer que cada paciente vive la enfermedad de manera diferente y que la experiencia del dolor es individual y multifactorial.

En endometriosis, particularmente, la intensidad de los síntomas no mantiene una correlación lineal con la extensión o el estadio anatómico de la enfermedad. Por esta razón, desestimar o invalidar el relato de una paciente porque los hallazgos clínicos o los estudios iniciales no parecen concordar con la magnitud de los síntomas constituye un error clínico que puede conducir a retrasos diagnósticos y generar daño asistencial evitable. El enfoque diagnóstico contemporáneo se basa en la integración de múltiples elementos: una historia clínica detallada, un interrogatorio dirigido, el examen físico y los estudios de imagen. En consecuencia, una buena práctica clínica consiste en realizar una exploración sistemática de los síntomas asociados al dolor pélvico y complementar esta evaluación con un examen físico adecuado, que incluya, cuando sea posible y esté clínicamente indicado, el examen con espéculo y el tacto vaginal.

La valoración física puede aportar información relevante para la identificación de lesiones sugestivas de endometriosis profunda. La detección de nódulos retrocervicales, lesiones en el fórnix vaginal posterior o hallazgos compatibles con compromiso del rectosigmoide, entre otros, puede incrementar la sospecha diagnóstica y orientar tempranamente la necesidad de estudios especializados.

En este contexto, la ecografía de mapeo para endometriosis profunda se ha consolidado como una herramienta diagnóstica de alta sensibilidad y especificidad, especialmente para la evaluación de lesiones localizadas en el compartimiento posterior de la pelvis. Su adecuada realización permite caracterizar con precisión la extensión y localización de la enfermedad, facilitando la toma de decisiones clínicas y la planificación terapéutica.



Al evaluar a una paciente con sospecha de endometriosis, es fundamental realizar una valoración clínica integral y sistemática, teniendo siempre presente que un examen físico normal no excluye la presencia de la enfermedad, especialmente en los casos de endometriosis peritoneal o superficial, donde los hallazgos pueden ser mínimos o incluso inexistentes. La evaluación debe comenzar con una valoración general de la paciente, incluyendo peso, talla, índice de masa corporal, signos vitales y estado general de salud. Posteriormente, es recomendable realizar una exploración abdominal, musculoesquelética y neurológica orientada a identificar posibles factores asociados al dolor pélvico crónico. Esta valoración debe incluir la búsqueda de puntos gatillo abdominales, la evaluación de la pared abdominal y de la función miofascial, así como la identificación de otros componentes que puedan contribuir a la experiencia dolorosa.

En el examen ginecológico, se recomienda priorizar inicialmente el tacto vaginal, preferiblemente unidigital, antes de la realización de la especuloscopia. Este abordaje suele ser mejor tolerado por la paciente y permite obtener información clínica de gran valor. Durante la exploración, es importante evaluar la presencia de nodularidades o induraciones en las diferentes paredes vaginales y compartimientos pélvicos, ya sean anteriores, posteriores, centrales o laterales. Asimismo, deben identificarse posibles contracturas de la musculatura del suelo pélvico, puntos de dolor específicos, sensibilidad vesical y cualquier hallazgo que sugiera compromiso de estructuras profundas. La integración de estos hallazgos no solo contribuye a

fortalecer la sospecha diagnóstica de endometriosis, sino que también permite reconocer otras condiciones frecuentemente asociadas al dolor pélvico crónico. Esto es especialmente importante, ya que el dolor en las pacientes con endometriosis suele tener un origen multifactorial y puede coexistir con alteraciones musculoesqueléticas, miofasciales, neurológicas o funcionales.

La especuloscopia puede realizarse posteriormente, siempre que sea clínicamente pertinente y que la paciente tolere adecuadamente el procedimiento. Si el dolor limita la exploración, esta no necesariamente debe constituir la primera maniobra del examen físico. Sin embargo, cuando es posible llevarla a cabo, puede aportar información relevante, particularmente en aquellos casos donde se observan lesiones que comprometen la mucosa vaginal o el fórnix posterior, hallazgos que permiten establecer una sospecha diagnóstica altamente consistente e incluso evidenciar enfermedad visible. Por estas razones, las guías de práctica clínica más recientes otorgan un papel prioritario al diagnóstico clínico. Actualmente, el abordaje de la endometriosis se fundamenta en una historia clínica detallada, una evaluación física cuidadosa y la integración de los hallazgos clínicos con los estudios de imagen cuando estos están indicados. Este enfoque permite reconocer la enfermedad de manera más temprana, reducir retrasos diagnósticos y ofrecer una atención más oportuna, integral y centrada en las necesidades de cada paciente.



#### Recomendación fuerte



El examen clínico, incluido el examen vaginal cuando se considere oportuno, debe tenerse en cuenta para identificar nódulos profundos o **endometriomas** en pacientes con sospecha de endometriosis, aunque la **precisión diagnóstica es baja**.

En las mujeres con sospecha de endometriosis, debe considerarse la posibilidad de **adoptar otras medidas diagnósticas, incluido el diagnóstico por imagen, aunque el examen clínico sea normal**.

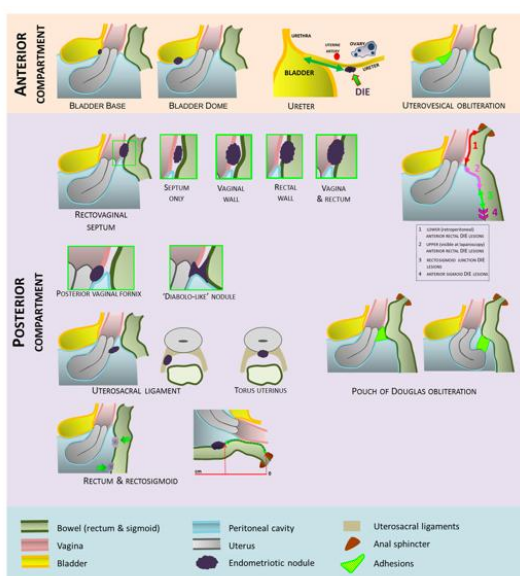
#### Recomendación fuerte



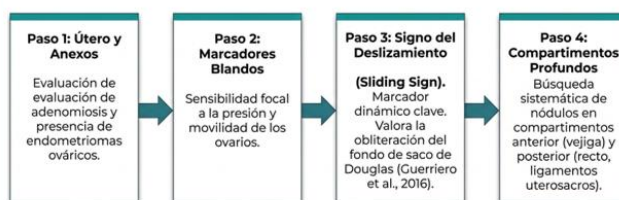


Las guías internacionales más recientes, incluyendo las recomendaciones actualizadas del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) de 2026, son enfáticas en señalar que la laparoscopia ya no debe considerarse un requisito indispensable para iniciar el tratamiento de la endometriosis. Actualmente, cuando existe una sospecha clínica fundamentada, respaldada por una anamnesis adecuada y una evaluación clínica integral, es posible iniciar oportunamente las estrategias terapéuticas, sin necesidad de esperar una confirmación quirúrgica. Posteriormente, el proceso diagnóstico puede complementarse con los estudios e intervenciones indicados según las características de cada paciente. Este cambio de paradigma reconoce que el retraso en el tratamiento puede contribuir a la progresión de los síntomas, al deterioro de la calidad de vida y al aumento de las repercusiones físicas y emocionales asociadas a la enfermedad. Por ello, la ausencia de hallazgos concluyentes en el examen físico no debe descartar la sospecha clínica ni retrasar la atención cuando el cuadro clínico es consistente con endometriosis. Asimismo, es fundamental que toda evaluación clínica se realice bajo un enfoque de atención informada por el trauma. Muchas pacientes con dolor pélvico crónico han experimentado trayectorias asistenciales complejas, investigaciones diagnósticas prolongadas o experiencias relacionadas con dolor persistente que pueden generar ansiedad, temor o desconfianza frente a los procedimientos médicos. En otros casos, pueden existir antecedentes de violencia o situaciones traumáticas que condicionan la forma en que viven el examen físico.

En este contexto, la humanización de la atención debe traducirse en acciones concretas durante la consulta. Es esencial explicar previamente cada procedimiento, informar su propósito clínico, solicitar el consentimiento de la paciente antes de realizar cualquier maniobra, ofrecer la posibilidad de contar con un acompañante y verificar de manera periódica su bienestar durante toda la valoración. De igual forma, debe garantizarse que la paciente pueda detener o suspender el examen en cualquier momento si experimenta incomodidad significativa, ansiedad o dolor.



## Mapeo de Endometriosis Profunda: Protocolo IDEA



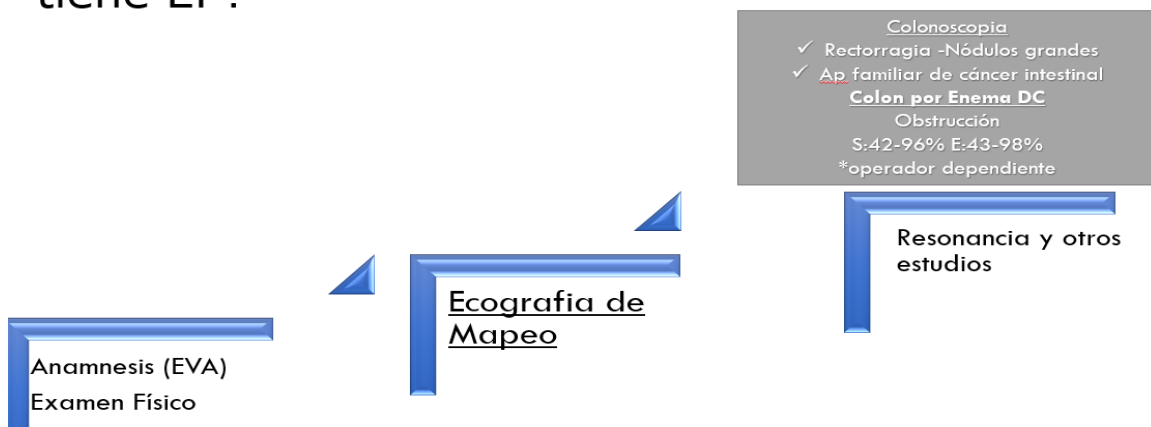
La ecografía transvaginal constituye actualmente el estudio de imagen de primera línea en la evaluación de la endometriosis y, particularmente, presenta un alto rendimiento diagnóstico para la identificación de la endometriosis ovárica. El hallazgo ecográfico clásico de un endometrioma corresponde a una lesión quística con ecos homogéneos de baja intensidad, comúnmente descrita como una imagen en "vidrio esmerilado" o "vidrio deslustrado". Este patrón es consecuencia de los episodios repetidos de sangrado y de la acumulación crónica de contenido hemático en el interior del quiste. Sin embargo, es importante reconocer que, en etapas tempranas, los endometriomas pueden presentar características similares a las de los quistes hemorrágicos funcionales, lo que puede generar dificultades diagnósticas. Por esta razón, ante la presencia de este tipo de hallazgos, es recomendable realizar seguimiento ecográfico o complementar la evaluación con una ecografía de mapeo para endometriosis profunda cuando exista sospecha clínica. Esto cobra especial relevancia si se considera que los endometriomas ováricos aislados representan una

proporción relativamente baja de los casos y que hasta el 50 % de las pacientes pueden presentar lesiones concomitantes de endometriosis profunda.

Para el diagnóstico de la endometriosis ovárica, una ecografía transvaginal realizada bajo un protocolo adecuado y por personal capacitado puede alcanzar sensibilidades cercanas al 90 % o superiores para la detección de endometriomas, consolidándose como una herramienta diagnóstica altamente efectiva y accesible. En cuanto a la evaluación de la endometriosis profunda, el protocolo de mapeo ecográfico ha sido ampliamente estandarizado por el grupo internacional IDEA (International Deep Endometriosis Analysis). Este consenso propone una evaluación sistemática y ordenada que favorece la calidad, reproducibilidad e interpretación de los hallazgos.

El primer paso consiste en la valoración detallada del útero y los anexos, incluyendo una búsqueda sistemática de marcadores indirectos de enfermedad, tales como la disminución de la movilidad ovárica, la presencia de sensibilidad localizada o alteraciones anatómicas sugestivas de adherencias. Posteriormente, se evalúan los denominados marcadores blandos y el signo de deslizamiento en los diferentes compartimientos pélvicos, con el objetivo de identificar posibles restricciones de movilidad y adherencias. La utilidad de esta estandarización es particularmente relevante para los equipos multidisciplinarios. Un lenguaje común entre radiólogos, ginecólogos expertos en ecografía para endometriosis y equipos quirúrgicos permite una mejor interpretación de los hallazgos, una planificación terapéutica más precisa y una toma de decisiones clínicas basada en información diagnóstica de alta calidad.

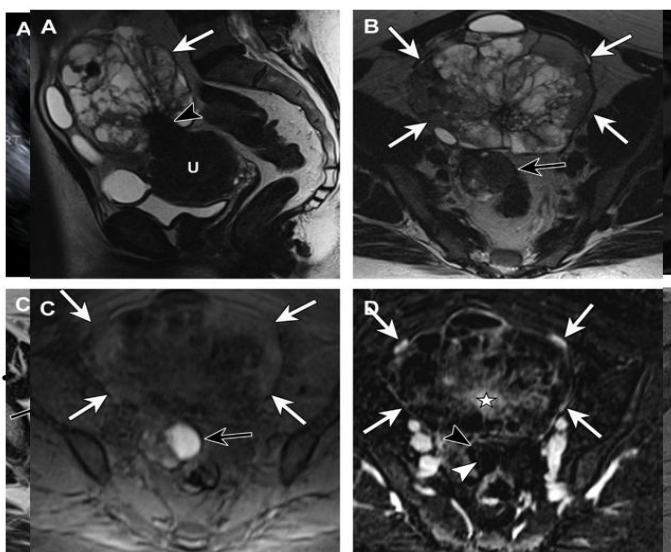
## ¿Cómo confirmamos que una paciente tiene EP?



La resonancia magnética constituye una herramienta diagnóstica de segunda línea y resulta particularmente útil cuando la ecografía no permite definir con claridad la extensión de la enfermedad o cuando persisten dudas diagnósticas. Su principal indicación se encuentra en los casos en los que se sospecha compromiso de estructuras complejas, como los nervios pélvicos, la musculatura profunda, los uréteres o determinadas localizaciones extrapélvicas. En manos experimentadas y bajo protocolos estandarizados, la resonancia magnética puede alcanzar sensibilidades cercanas al 94 % para la detección de endometriosis profunda.

No obstante, al igual que ocurre con la ecografía de mapeo, la calidad diagnóstica de este estudio depende en gran medida de la experiencia del profesional que lo realiza e interpreta. Por ello, es fundamental contar con protocolos específicos de adquisición e interpretación de imágenes, así como con radiólogos entrenados en el reconocimiento de las diferentes manifestaciones de la endometriosis, garantizando informes precisos y clínicamente útiles para la toma de decisiones.

En determinadas circunstancias pueden requerirse estudios complementarios adicionales, especialmente cuando existe sospecha de compromiso intestinal significativo. Por ejemplo, en pacientes con rectorragia, presencia de nódulos intestinales de gran tamaño o antecedentes familiares de cáncer colorrectal, la colonoscopia puede ser una herramienta útil dentro del proceso de evaluación diferencial y complementaria.



## Dx IMAGEN

### RMN

- Evaluación adicional – Extensión – DIE
- Riesgo de Malignidad (Nódulo mural realzante)

| Endometrio<br>ma    | Sensibilid<br>ad | Especificid<br>ad |
|---------------------|------------------|-------------------|
| Nisenblat<br>(2016) | 95               | 91                |
| Medeiros<br>(2015)  | 83               | 90                |



**Recomendación fuerte**  
⊕⊕○○

**Se recomienda a los médicos que utilicen el diagnóstico por imagen (ecografía o resonancia magnética) en la exploración diagnóstica de la endometriosis, pero deben ser conscientes de que un resultado negativo no excluye la endometriosis, en particular la enfermedad peritoneal superficial.**

En relación con la resonancia magnética, esta herramienta resulta especialmente útil en pacientes con endometriomas de gran tamaño y en aquellos casos en los que se requiere una evaluación más detallada de la extensión de la enfermedad. Además, desempeña un papel importante en la valoración del riesgo de malignidad, particularmente cuando se identifican hallazgos sugestivos, como la presencia de nódulos con realce al contraste u otras características imagenológicas que ameriten una evaluación más exhaustiva. Asimismo, la resonancia magnética constituye un recurso de gran valor cuando la ecografía no permite definir con precisión la extensión del compromiso anatómico o cuando persisten dudas diagnósticas. En estos escenarios, aporta una alta sensibilidad y especificidad para la caracterización de las lesiones y contribuye significativamente a la planificación del manejo clínico y quirúrgico.

Este proceso debe estar acompañado de una comunicación clara y transparente con la paciente, explicando el grado de certeza diagnóstica, las razones que sustentan las decisiones clínicas adoptadas y los criterios que justificarían la realización de estudios adicionales o la remisión a niveles especializados de atención. Precisamente, este enfoque representa el núcleo del cambio contemporáneo en el diagnóstico de la endometriosis. El objetivo ya no es esperar de manera obligatoria una confirmación quirúrgica para actuar, sino reconocer tempranamente la enfermedad a partir de la integración de la historia clínica, los síntomas, el examen físico y las imágenes diagnósticas, permitiendo intervenciones oportunas, basadas en la evidencia científica y centradas en las necesidades y la calidad de vida de cada paciente.

## EL CAMBIO EN EL DIAGNÓSTICO

**Adiós al “Estándar de Oro” Quirúrgico:**  
La laparoscopia ya no es obligatoria; se priorizan hallazgos en ecografía o resonancia magnética.

**Dismenorrea**  
(dolor menstrual)

**Dispareunia**  
(dolor durante las relaciones)

**Disuria**  
(dolor al orinar)

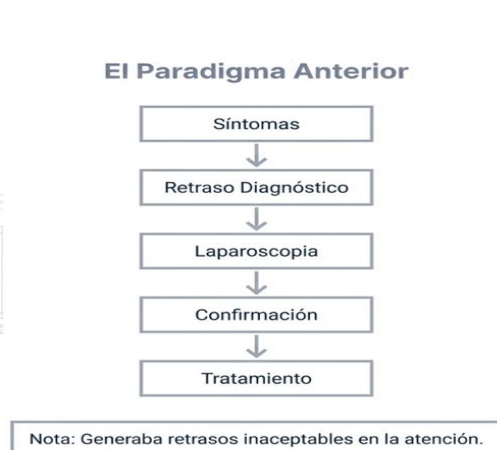
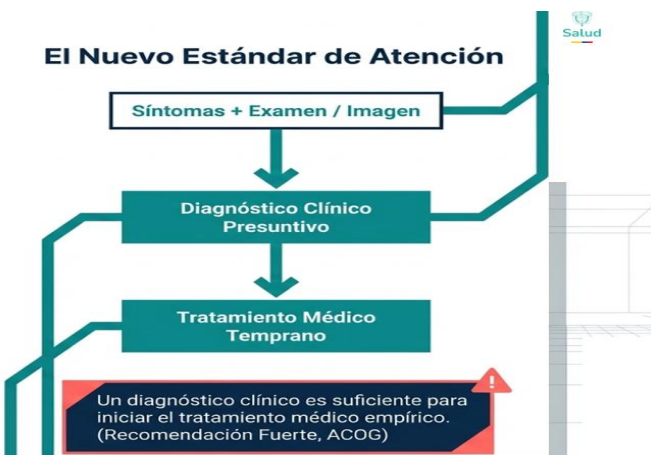
**Fatiga**

**Infertilidad**

**Síntomas Clínicos Clave**  
Sospechar incluso con exámenes físicos normales.

| Tecnología                       | Sensibilidad                                   | Especificidad                             |
|----------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Ecografía Transvaginal</b>    | <b>Alta</b><br>(especialmente en quistes)      | <b>Alta</b><br>(especialmente en quistes) |
| <b>Resonancia Magnética (RM)</b> | <b>94%</b>                                     | <b>77%</b>                                |
| <b>Laparoscopia</b>              | <b>Confirmación</b><br>(si imagen es negativa) | <b>Alta</b><br>(con histología)           |

**Biomarcadores No Recomendados:**  
No se debe usar el CA-125 ni marcadores en sangre o endometrio para diagnosticar.



Pasar de la intervención invasiva a la clínica no solo una recomendación de las guías, es una obligación bioética hacia nuestras pacientes

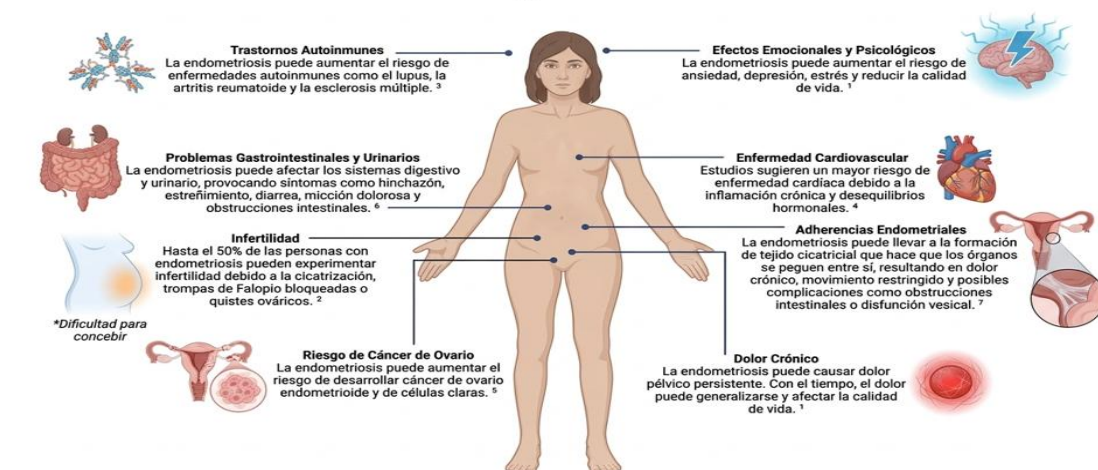


El cambio más significativo en el abordaje diagnóstico de la endometriosis radica en la transición hacia un modelo sustentado en la evaluación clínica y las imágenes diagnósticas, dejando atrás el paradigma que consideraba a la laparoscopia con confirmación histológica como el estándar de oro obligatorio para establecer el diagnóstico. Actualmente, las principales guías internacionales reconocen que una adecuada integración de los síntomas, el examen físico y los hallazgos imagenológicos puede proporcionar evidencia suficiente para sustentar un diagnóstico clínico presuntivo e iniciar el manejo de manera oportuna. Este enfoque representa una transformación profunda en la forma de comprender y atender la enfermedad.

Esto supone pasar de una exigencia diagnóstica invasiva a una evaluación clínica escalonada, basada en la evidencia y centrada en la paciente. Además, implica una responsabilidad para todos los profesionales de la salud: conocer las recomendaciones actualizadas, incorporarlas a la práctica clínica y contribuir a la implementación de modelos de atención más oportunos, accesibles y humanizados.

Sin embargo, este cambio no es únicamente técnico o científico; también representa una evolución desde la perspectiva bioética. El principio de no maleficencia nos obliga a evitar procedimientos invasivos cuando sus riesgos o costos no están justificados por un beneficio proporcional para la paciente. A su vez, el principio de justicia exige que el acceso al diagnóstico y al tratamiento no dependa exclusivamente de la disponibilidad económica, geográfica o institucional para acceder a una intervención quirúrgica.

### Consecuencias a Largo Plazo de la Endometriosis





## Entrevista Médica: El Abordaje Biopsicosocial



- **Enfoque Integral.**

La historia Clínica debe ir mas allá de la cuantificación del dolor, evaluando su impacto real en la calidad de vida de la paciente.

- **Herramientas Validadas**

Endometriosis Health Profile (EHP-30 o EHP-5)

A largo plazo, la endometriosis puede comprometer de manera significativa múltiples dimensiones de la salud y el bienestar de las personas afectadas. Sus repercusiones no se limitan al sistema reproductivo, sino que pueden extenderse a la función digestiva, urinaria y sexual, generando un impacto profundo en la calidad de vida. A ello se suman las consecuencias derivadas del dolor persistente, la fatiga crónica y las limitaciones funcionales que muchas pacientes experimentan a lo largo de su trayectoria con la enfermedad. La evidencia también ha demostrado una asociación importante con alteraciones cognitivas, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, aislamiento social, ausentismo académico y laboral, así como una disminución de la productividad. Del mismo modo, las dificultades en las relaciones de pareja, la dinámica familiar y la participación social constituyen aspectos frecuentemente afectados y que deben ser reconocidos dentro de una evaluación integral de la paciente.

No basta con preguntar cuánto dolor presenta en una escala de 0 a 10. Es necesario comprender cómo ese dolor afecta su capacidad para estudiar, trabajar, descansar, moverse, relacionarse con otras personas y desarrollar sus actividades habituales. Esta visión integral permite dimensionar el verdadero impacto de la enfermedad y orientar decisiones terapéuticas más centradas en las necesidades individuales.

Asimismo, la utilización de instrumentos validados para evaluar la calidad de vida relacionada con la endometriosis constituye una herramienta de gran valor clínico. Escalas específicas como el EHP-30 (Endometriosis Health Profile-30) y su versión abreviada, el EHP-5, permiten explorar aspectos relacionados con la percepción de

control sobre la enfermedad, la sensación de impotencia, el bienestar emocional, el apoyo social y la autoimagen de las pacientes.

La humanización en salud y, particularmente, en la atención de la endometriosis, no debe entenderse como una actitud amable aislada ni como un elemento complementario o accesorio de la práctica asistencial. Por el contrario, constituye una forma integral de organizar la atención, basada en el reconocimiento de la experiencia subjetiva del dolor como una fuente legítima y clínicamente relevante de información para el proceso diagnóstico y terapéutico. Este enfoque implica disponer del tiempo necesario para escuchar a las pacientes, garantizar la continuidad de la atención, brindar información clara y comprensible, respetar el consentimiento informado y promover una participación activa en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Asimismo, requiere fortalecer la articulación entre los diferentes niveles de atención, facilitar el acceso oportuno a las alternativas diagnósticas y terapéuticas disponibles y asegurar procesos asistenciales coordinados y centrados en la persona.

En este sentido, uno de los propósitos fundamentales de la política pública es lograr que la ruta de atención para la endometriosis sea no solo técnicamente sólida y basada en la evidencia, sino también efectiva en la práctica cotidiana. Esto implica superar los modelos fragmentados y deshumanizados de atención que obligan a las mujeres a repetir reiteradamente su historia clínica, retrasan el acceso al diagnóstico y, en muchos casos, terminan invalidando o minimizando la experiencia de dolor que refieren. Por ello, el diagnóstico tiene también una dimensión humana y simbólica de gran importancia. Diagnosticar no significa únicamente asignar un nombre a una enfermedad; significa reconocer una experiencia de sufrimiento, validar los síntomas de la paciente y comunicarle que su dolor es real, que merece ser escuchado y que existen alternativas para acompañarla y tratarla de manera adecuada.

## Injusticia epistémica y medical gaslighting



La ausencia de validación de la experiencia de las pacientes puede comprenderse a través del concepto de injusticia epistémica, entendido como la situación en la que una persona es considerada una fuente menos confiable de conocimiento debido a prejuicios sociales o culturales. En el ámbito de la salud, este fenómeno tiene profundas implicaciones para las mujeres con endometriosis y otras condiciones asociadas al dolor crónico. La injusticia testimonial ocurre cuando el relato de la paciente recibe una menor credibilidad debido a sesgos relacionados con el género, la edad, la raza, la condición social u otros factores identitarios. Como consecuencia, el dolor puede ser minimizado o atribuido prematuramente a ansiedad, estrés emocional o a una supuesta baja tolerancia al dolor, sin que exista una evaluación clínica exhaustiva que sustente dichas conclusiones.

Por su parte, la injusticia hermenéutica se presenta cuando la sociedad, los sistemas de salud o incluso las propias pacientes carecen de los conceptos, el lenguaje o la educación necesaria para comprender e interpretar adecuadamente determinadas experiencias de enfermedad. Un ejemplo frecuente es la normalización de las menstruaciones incapacitantes, que durante años han sido consideradas una experiencia habitual de la vida reproductiva, cuando en realidad pueden constituir una manifestación de una enfermedad subyacente que requiere atención médica.

Tanto la injusticia testimonial como la hermenéutica pueden conducir a fenómenos de medical gaslighting, en los cuales una experiencia real y legítima de dolor termina convirtiéndose en objeto de duda o sospecha. En estos escenarios, la paciente percibe que sus síntomas son minimizados, cuestionados o insuficientemente reconocidos por los profesionales de la salud. En ocasiones, esta situación puede estar asociada a prejuicios inconscientes, limitaciones en el conocimiento clínico o dinámicas asistenciales que dificultan una escucha activa y una valoración integral de la experiencia del paciente.

En la práctica clínica, estas formas de injusticia se manifiestan a través de mecanismos concretos y potencialmente prevenibles, muchos de los cuales ya han sido ampliamente descritos en la literatura científica. Reconocerlos constituye el primer paso para transformar la atención, reducir los retrasos diagnósticos y construir modelos asistenciales más equitativos, humanizados y centrados en las necesidades reales de las personas que viven con endometriosis.

| Mecanismo                                          | Expresión en la práctica                                                                                   | Daño principal                                                          | Respuesta recomendada                                                                |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Normalización del dolor menstrual</b>           | Se resta importancia a dismenorrea incapacitante o dolor cíclico/extrapélvico.                             | Retraso en consulta, autoculpa, progresión del sufrimiento.             | Educación menstrual, pesquisa activa de síntomas y sospecha clínica temprana.        |
| <b>Invalidación clínica</b>                        | La paciente siente que no le creen o que el dolor se atribuye prematuramente a ansiedad o baja tolerancia. | Daño psicológico, pérdida de confianza y abandono de búsqueda de ayuda. | Validación explícita, explicación clara de incertidumbre y seguimiento estructurado. |
| <b>Fragmentación del cuidado</b>                   | Múltiples consultas sin integración entre niveles, especialidades o hallazgos.                             | Aumento de tiempos, costos y repetición de pruebas.                     | Rutas integradas, referencia temprana y coordinación interdisciplinaria.             |
| <b>Sesgo racial o de género</b>                    | Menor sospecha diagnóstica o menor acceso a especialistas/imágenes.                                        | Inequidad, subdiagnóstico y peores resultados.                          | Formación en sesgos, auditoría de inequidades y lenguaje incluyente.                 |
| <b>Excesiva dependencia de cirugía diagnóstica</b> | Se posterga manejo hasta confirmar por laparoscopia.                                                       | Demora terapéutica y mayor carga de enfermedad.                         | <u>Adoptar diagnóstico clínico presuntivo e imagen experta cuando corresponda.</u>   |

En relación con los mecanismos mediante los cuales se produce la invalidación clínica y la normalización de los síntomas, es fundamental reconocer que estos fenómenos requieren respuestas concretas desde los sistemas de salud y las rutas de atención. La evidencia ha demostrado que el retraso diagnóstico no obedece únicamente a dificultades clínicas, sino también a factores culturales, educativos y organizacionales que perpetúan la subestimación del dolor y de los síntomas asociados a la endometriosis.

Por ello, las estrategias de intervención deben orientarse a fortalecer la educación menstrual y la detección temprana de signos y síntomas sugestivos de la enfermedad. Es necesario promover una mayor alfabetización en salud, tanto en la población general como entre los profesionales sanitarios, de manera que se reconozcan oportunamente manifestaciones que históricamente han sido consideradas normales, pese a su potencial impacto sobre la salud y la calidad de vida.

Otro aspecto prioritario es superar la fragmentación de la atención mediante la implementación de rutas integradas y modelos de coordinación interdisciplinaria. La complejidad de la endometriosis exige una articulación efectiva entre los diferentes niveles asistenciales y entre las distintas disciplinas involucradas en su manejo, garantizando continuidad, integralidad y oportunidad en la atención.

Finalmente, es indispensable abandonar la dependencia excesiva de la cirugía como requisito para el reconocimiento de la enfermedad. En concordancia con las

recomendaciones de las principales guías internacionales, el modelo actual debe orientarse hacia el establecimiento de diagnósticos clínicos presuntivos sustentados en una adecuada anamnesis, un examen físico integral y estudios de imagen realizados e interpretados por profesionales capacitados cuando estos estén indicados.



**Cuando el diagnóstico se retrasa, el daño no es solo clínico, sino moral y relacional, comprometiendo la autonomía y la dignidad de la persona.**

En síntesis, el impacto de un diagnóstico tardío de la endometriosis puede resumirse en una idea fundamental: cuando el diagnóstico se retrasa, el daño no es únicamente clínico, sino también moral y relacional. Esta situación compromete la autonomía, el bienestar y la dignidad de la persona, afectando de manera significativa su calidad de vida. Por esta razón, diversas guías internacionales, entre ellas las de la Sociedad Europea, NICE (Reino Unido), la Sociedad Canadiense, el grupo COGI y el Consenso IDEA, han incorporado estas dimensiones dentro de un enfoque de humanización para el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis. Dichas recomendaciones se traducen en políticas públicas orientadas a fortalecer la formación del talento humano en salud, establecer criterios de calidad para la atención, implementar modelos de manejo escalonado que favorezcan la costo-efectividad y promover acciones que garanticen una atención centrada en la persona.

Asimismo, estas guías destacan la importancia de brindar información clara y oportuna a las pacientes, así como de contar con indicadores que permitan medir los tiempos de demora diagnóstica y la experiencia de quienes transitan por el sistema de salud. La verdadera utilidad de una guía clínica se manifiesta cuando logra transformar la ruta asistencial que vive cada persona y generar cambios reales en su experiencia de atención. Finalmente, ninguna ruta de atención puede considerarse verdaderamente equitativa si asume que toda la población enfrenta las mismas barreras. La equidad exige reconocer que las personas son diferentes y que sus necesidades, condiciones y desafíos también lo son. Por ello, los modelos de

atención deben adaptarse a esta diversidad para garantizar un acceso oportuno, digno y de calidad.

| Guía / consenso                                   | Mensaje diagnóstico central                                                                                              | Dimensión de humanización                                                                             | Utilidad para política pública                                             |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| ESHRE 2022                                        | Promueve diagnóstico clínico apoyado por examen e imagen; cuestiona la laparoscopia rutinaria como estándar obligatorio. | Reduce barreras de acceso al tratamiento y valida el abordaje no invasivo.                            | Sirve para reorientar rutas hacia sospecha temprana y referencia oportuna. |
| NICE 2025 (actualización vigente)                 | Enfatiza reconocimiento de síntomas, derivación y organización del cuidado.                                              | Incluye información, apoyo y estructura del sistema como parte del proceso diagnóstico.               | Útil para diseñar rutas integradas y material educativo.                   |
| SOGC 2024 CPP                                     | <u>Reconoce dolor pélvico crónico, sensibilización central y valor de la relación terapéutica.</u>                       | Aporta enfoque trauma-informado y biopsicosocial.                                                     | Permite integrar salud mental, fisioterapia y manejo interdisciplinario.   |
| ACOG 2026                                         | <u>Autoriza diagnóstico clínico para iniciar tratamiento; TVUS primera línea; biomarcadores no recomendados.</u>         | Nombra sesgos raciales y de identidad de género; exige atención centrada en la paciente.              | Clave para justificar cambios en práctica clínica y formación médica.      |
| <u>Consenso internacional de imagen IDEA 2024</u> | Estandariza ecografía transvaginal y RM en la evaluación no invasiva.                                                    | <u>Disminuye arbitrariedad diagnóstica y mejora la planificación con menos cirugías innecesarias.</u> | <u>Fortalece criterios de calidad en imagen ginecológica.</u>              |

El enfoque diferencial en adolescentes parte de una necesidad urgente: dejar de normalizar la dismenorrea que genera ausentismo escolar, limita las actividades diarias y no responde al manejo inicial. Estos casos deben considerarse señales de alerta que ameritan una evaluación oportuna para descartar endometriosis, evitando retrasos diagnósticos que puedan afectar la calidad de vida y el pronóstico a largo plazo. En las mujeres que atraviesan la transición menopáusica o que ya se encuentran en la menopausia, también es necesario desmontar el mito de que esta etapa pone fin de manera definitiva a la endometriosis. Si bien los síntomas pueden modificarse con los cambios hormonales, la enfermedad no desaparece necesariamente. Algunas pacientes continúan presentando manifestaciones clínicas, mientras que otras pueden requerir evaluación ante nuevos hallazgos, especialmente cuando se identifican masas complejas o signos de alarma que demandan una valoración especializada.

En la población LGBTIQ+, resulta igualmente fundamental superar la creencia de que las terapias hormonales eliminan el riesgo de presentar síntomas o manifestaciones asociadas a la endometriosis. A esta realidad se suman barreras adicionales, como el uso de lenguaje no afirmativo, el temor al estigma y a la discriminación, así como la existencia de servicios de salud diseñados exclusivamente para mujeres cisgénero, sin considerar las necesidades específicas de las personas con diversidad sexual y de

género. En este contexto, el enfoque diferencial no modifica la calidad científica de la atención ni los estándares clínicos del diagnóstico y tratamiento. Por el contrario, su propósito es eliminar las barreras que impiden que esa calidad llegue de manera efectiva a todas las personas. Para hacerlo posible, es indispensable transformar la formación de los equipos de salud, fortalecer las competencias en comunicación inclusiva y promover modelos de atención centrados en la persona, que reconozcan la diversidad de experiencias, necesidades y contextos de quienes viven con endometriosis.

## Enfoque diferencial



|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>Adolescentes (La Urgencia)</b></p> <p>Dismenorrea causante de ausentismo escolar. Barrera principal: normalización del dolor por padres y personal médico (SWHR, 2024; EndometriMedical, 2025).</p> |  <p><b>Menopausia (El Riesgo)</b></p> <p>Mito de que la menopausia o la histerectomía 'curan' la enfermedad. Reactivación estrogénica periférica y riesgo de malignidad (0.7-1%) en endometriomas &gt;10cm (Suarez-Weiss et al., 2025).</p> |  <p><b>Población LGBTIQ+ (El Estigma)</b></p> <p>Hombres trans en testosterona pueden presentar amenorrea, pero con lesiones biológicamente activas. Retraso diagnóstico hasta 5 años mayor agravado por prácticas de misgendering y falta de cuidado afirmativo (Ferrando et al., 2021; Paviani et al., 2022).</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

La capacitación del talento humano en salud debe incorporar competencias específicas para el reconocimiento oportuno de los síntomas de endometriosis en diferentes etapas de la vida y en poblaciones diversas, incluyendo la adolescencia, la transición menopáusica y la menopausia. Asimismo, debe fortalecer habilidades relacionadas con el uso adecuado de nombres y pronombres elegidos por la persona, la obtención de consentimientos informados, la atención basada en principios de respeto y dignidad, el enfoque informado por el trauma y la identificación de sesgos que puedan afectar la calidad de la atención y la toma de decisiones clínicas.

Por otra parte, los planes terapéuticos deben diseñarse de manera individualizada, considerando las prioridades, necesidades y expectativas de cada persona. Esto implica valorar aspectos como el control del dolor, los objetivos reproductivos y de fertilidad, la función sexual, la capacidad para mantener actividades académicas o laborales y las preferencias frente a las diferentes alternativas de tratamiento médico o quirúrgico. Una atención verdaderamente centrada en la persona requiere que las

decisiones sean compartidas y que la información proporcionada permita una participación activa e informada en el proceso de cuidado.



En Colombia, este proceso de transformación cuenta con un sólido marco normativo que respalda el reconocimiento de la endometriosis como un problema prioritario de salud pública y promueve una atención integral centrada en las necesidades de las personas que viven con esta enfermedad.

En este sentido, la Ley 2338 de 2023 constituye un avance fundamental al reconocer la endometriosis como una enfermedad crónica y sistémica, orientando las acciones del sistema de salud hacia la promoción del diagnóstico temprano, la reducción de las barreras de acceso y la garantía de una atención integral, continua y de calidad. Este reconocimiento representa un paso decisivo para visibilizar una condición que históricamente ha estado subdiagnosticada y subtratada.

De igual manera, la Resolución 2068 de 2025 fortalece este marco de actuación al consolidar la política pública y la Ruta Integral de Atención en Salud para las personas con endometriosis. A través de estos lineamientos se busca garantizar intervenciones oportunas y coordinadas a lo largo del continuo de atención, incluyendo la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y el abordaje interdisciplinario de la enfermedad, en concordancia con las necesidades clínicas y psicosociales de las pacientes.

A estos avances se suma la jurisprudencia de la Corte Constitucional, que ha reafirmado el deber de protección del Estado frente a las personas que viven con endometriosis. Sus pronunciamientos reconocen que esta enfermedad puede generar limitaciones significativas e incluso condiciones incapacitantes, por lo que han fortalecido las garantías para prevenir la discriminación y proteger los derechos laborales de quienes la padecen. En particular, se ha reconocido la aplicación del principio de estabilidad laboral reforzada en aquellos casos en los que la condición de salud genere una situación de especial protección constitucional, constituyéndose en una salvaguarda frente a posibles despidos discriminatorios.



**Ley 2338 de 2023:** Define normativamente a la endometriosis como una enfermedad crónica y sistémica. Garantiza el diagnóstico temprano, el abordaje multidisciplinario y ordena la creación del Registro Nacional de Pacientes para vigilancia epidemiológica.



**Resolución 2068 de 2025 (MinSalud):** Adopta la política pública y consolida la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS), asegurando intervenciones desde nutrición, psicología y fisioterapia.



**Sentencia T-448 de 2023 (Corte Constitucional):** Falla a favor de la protección estatal, reconociendo a la endometriosis como una **enfermedad incapacitante** que otorga fuero de estabilidad laboral reforzada frente a despidos discriminatorios.

Todo lo expuesto previamente pone en evidencia los principales desafíos que aún enfrentamos en la atención de la endometriosis: la normalización del dolor, las deficiencias en la alfabetización y educación en salud, la fragmentación de la atención, las barreras de acceso al diagnóstico y al tratamiento, así como las múltiples consecuencias personales, familiares, sociales y laborales que se derivan de estas dificultades.

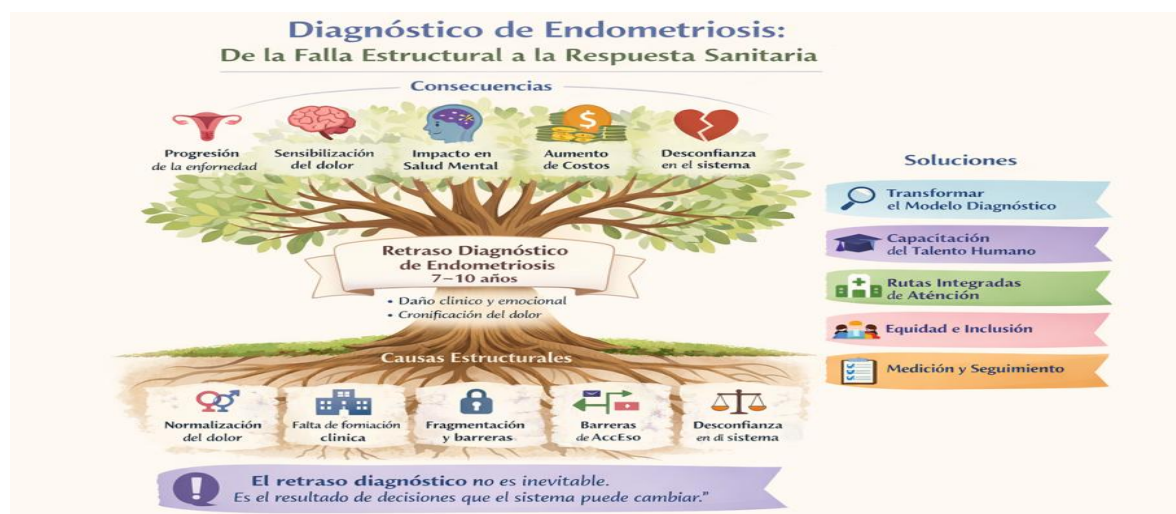
Sin embargo, también es importante reconocer que existen propuestas concretas de solución y avances significativos que permiten mirar el futuro con optimismo. Colombia se ha posicionado como uno de los países de América Latina que ha incorporado la endometriosis dentro de una agenda de política pública, reconociendo la necesidad de desarrollar estrategias específicas para mejorar el diagnóstico, la atención integral y la protección de los derechos de las personas que viven con esta enfermedad.

Aun así, el camino por recorrer sigue siendo amplio. Es necesario continuar transformando el modelo de atención y fortalecer las capacidades diagnósticas en todos los niveles del sistema de salud. Esto implica capacitar al talento humano no solo en los criterios clínicos para el diagnóstico y la sospecha temprana de la

enfermedad, sino también en la sensibilización frente al impacto que la endometriosis tiene en la calidad de vida de quienes la padecen. Del mismo modo, resulta fundamental incorporar de manera efectiva los principios de equidad, inclusión y enfoque diferencial dentro de las rutas de atención.

Como bien señalaba la doctora Sara, el desarrollo de una política pública implica un proceso gradual y progresivo. Los cambios estructurales no ocurren de manera inmediata, sino a través de acciones sostenidas que deben implementarse, evaluarse y fortalecerse de forma continua. Por ello, además de diseñar estrategias y lineamientos, es indispensable establecer mecanismos de medición, monitoreo y seguimiento que permitan evaluar los resultados alcanzados, identificar brechas persistentes y orientar nuevas intervenciones.

En definitiva, el reto no consiste únicamente en contar con normas, guías o rutas de atención, sino en lograr que estas se traduzcan en cambios reales para las personas. El éxito de las políticas públicas en endometriosis se medirá por su capacidad para reducir los tiempos de diagnóstico, mejorar la calidad de la atención, disminuir las inequidades y garantizar que cada persona reciba una atención oportuna, digna, integral y centrada en sus necesidades.



## DIAGNOSTICAR TAMBIÉN ES VALIDAR

*“El diagnóstico no solo nombra una enfermedad...  
le dice a la paciente: tu dolor es real.”*



### Cuando no se valida:

- Se retrasa el tratamiento
- Se genera **daño** emocional
- Se rompe la confianza



### Buena práctica:

- **Escuchar.** Explicar.
- **Decidir** juntos.



**Buena práctica:** Escuchar. Explicar. Decidir juntos.

**Diagnosticar bien**  
*es también humanizar el cuidado*

## Conclusiones y Llamado a la Acción



- ✓ **Validación Radical:** Creer a la paciente no es solo cortesía; escuchar e integrar el síntoma es el primer procedimiento diagnóstico de alta sensibilidad.
- ✓ **Diagnóstico Clínico Primero:** No dilatar el inicio del tratamiento médico esperando una confirmación por laparoscopia.
- ✓ **Imagen Avanzada:** Fortalecer las competencias en ecografía con protocolo IDEA dentro del sistema de salud para una correcta estadificación.
- ✓ **Atención Integral por Ley:** Garantizar el cumplimiento de la Ley 2338 mediante un abordaje biopsicosocial e interseccional que devuelva la autonomía y la dignidad a las pacientes.

Como conclusiones de esta jornada, el primer mensaje es la validación radical de los síntomas. Escuchar, creer e integrar la experiencia de la persona no es un acto complementario del proceso asistencial: constituye el primer procedimiento diagnóstico y una obligación ética fundamental para todos los profesionales de la salud. Ningún avance tecnológico puede sustituir el valor de una escucha clínica atenta, respetuosa y libre de prejuicios.

En segundo lugar, es indispensable reafirmar que el diagnóstico clínico debe ocupar un lugar central en la atención de la endometriosis. Cuando la historia clínica, el examen físico y los hallazgos imagenológicos sustentan una sospecha razonable, el manejo no debe postergarse a la espera de una confirmación quirúrgica. La toma de decisiones oportunas permite reducir el sufrimiento, evitar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

En tercer lugar, debemos fortalecer el acceso a una imagenología avanzada con propósito clínico. Esto requiere la implementación de protocolos estructurados, la formación especializada de los operadores y una estrategia escalonada de acceso a estudios complementarios, incluida la resonancia magnética cuando esté indicada. El valor de las imágenes no radica únicamente en su disponibilidad, sino en su calidad, interpretación y adecuada integración dentro del proceso diagnóstico.

Como cuarto punto, la atención integral debe consolidarse mediante la implementación efectiva de la Ley 2338 de 2023 y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la endometriosis. Este proceso debe acompañarse de indicadores claros que permitan evaluar el desempeño de las acciones implementadas, medir resultados y realizar ajustes continuos. El éxito de una política pública no se limita a la expedición de una norma; se refleja en la capacidad de transformar la experiencia real de las personas dentro del sistema de salud. El objetivo final no es únicamente contar con leyes, guías o rutas institucionales, sino lograr que ninguna persona con endometriosis tenga que esperar años para ser escuchada, orientada, diagnosticada y tratada de manera adecuada.

La endometriosis nos plantea el desafío de integrar dos principios que nunca debieron separarse: la evidencia científica y la humanización de la atención. Hoy contamos con el conocimiento necesario para sospechar la enfermedad de forma más temprana, realizar diagnósticos menos invasivos, optimizar el uso de las herramientas diagnósticas y organizar rutas integrales de atención cada vez más sólidas. La tarea pendiente consiste en transformar ese conocimiento en una experiencia asistencial que sea verdaderamente oportuna, equitativa, inclusiva y respetuosa de la dignidad de cada persona.

En última instancia, diagnosticar tempranamente la endometriosis no solo modifica una conducta médica; también devuelve tiempo, autonomía, oportunidades y proyectos de vida a miles de personas que conviven con esta enfermedad. Ese debe ser el propósito que guíe cada decisión clínica, institucional y de política pública hacia el futuro.

**Elaboró:** Yudith Janeth Prada Penagos – Profesional Especializada GESEPP

**Revisó:** Mauricio Estrada Álvarez – Coordinador GESEPP