

Evidencia Científica y Humanización en el Diagnóstico de la Endometriosis

Un Enfoque Integral para la Salud Pública en Colombia

Lila Cuesta Roa

- Ginecóloga
- Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva
- Mcs. Salud sexual y Reproductiva



Endometriosis

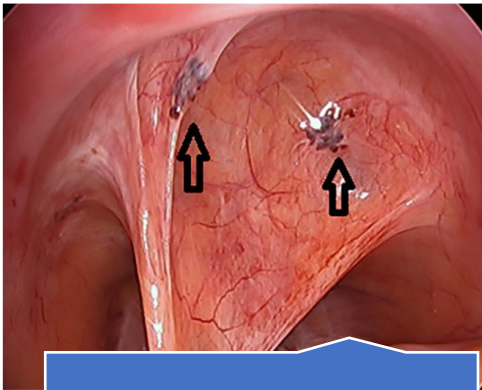
Presencia de tejido similar al endometrio fuera de la cavidad uterina que induce **respuesta inflamatoria crónica**

Sistémica

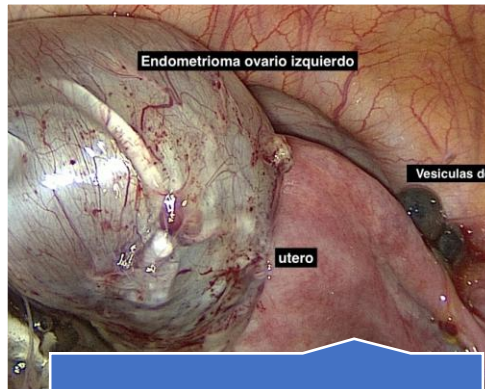
Crónica

Inflamatoria

Estrogeno-dependiente



Peritoneal



Endometrioma



Profunda

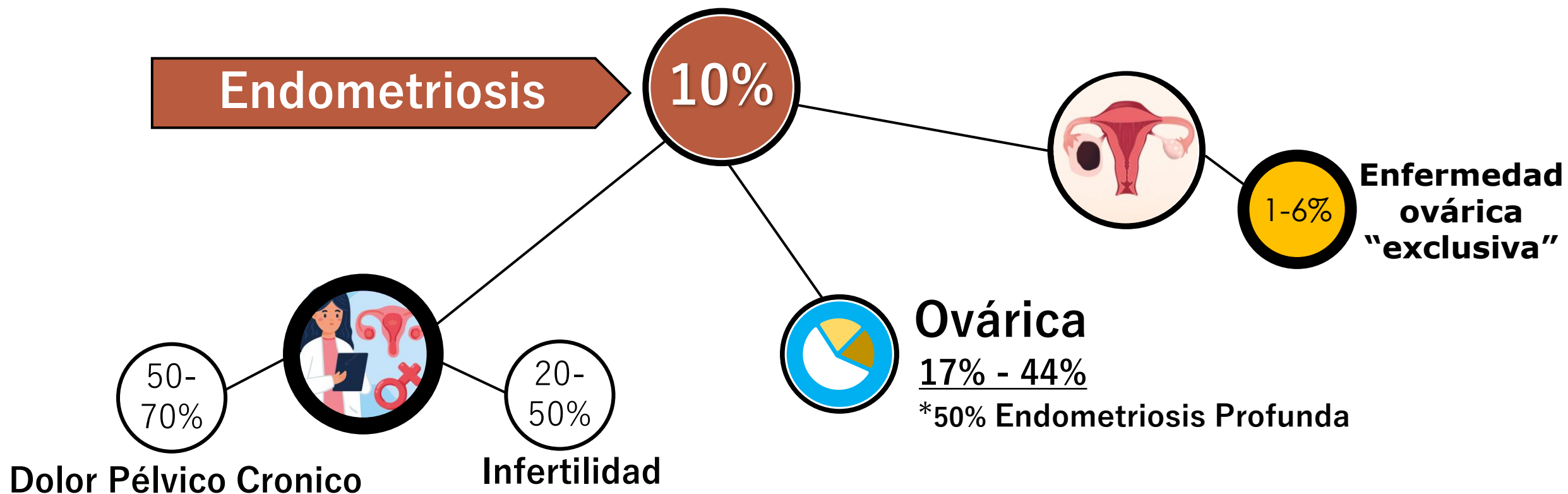
1. Working group of ESGE, ESHRE and WES. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis Part 2: deep endometriosis. Facts Views Vis Obgyn, 2019, 11 (4): 269-297
2. An International Terminology for Endometriosis, 2021. International working group of AAGL, ESGE, ESHRE and WES.
3. Endometriosis, (2022). www.eshre.eu/guidelines

Impacto:

Calidad de vida, sexualidad, escolaridad, productividad laboral y salud mental



22.000 mil USD/año/p
\$1,970 mill. USD / industria
-11 hrs trabajo semanal
- 2.05 mill. años de vida



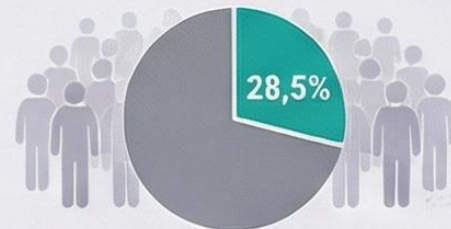
- *Chapron C, Pietin-Vialle C, Borghese B, Davy C, Foulot H, Chopin N. Associated ovarian endometrioma is a marker for greater severity of deeply infiltrating endometriosis. *Fertil Steril*. 2009;92:453–457
- Zondervan, K. T., Becker, C. M., & Missmer, S. A. (2020). Endometriosis. *New England Journal of Medicine*, 382(13), 1244–1256
- Taylor, H. S., Kotlyar, A. M., & Flores, V. A. (2021). Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. *Lancet* 2021; 397: 839–52.

EL PROBLEMA: INVISIBILIDAD Y DAÑO ACUMULADO clínico, social y ético



**4 a 11
AÑOS DE
RETRASO**

Tiempo promedio de diagnóstico, generando daño moral y clínico evitable.



**1 MILLÓN DE CASOS
SIN DIAGNOSTICAR**

Brecha de personas con síntomas sin código diagnóstico formal en Colombia.



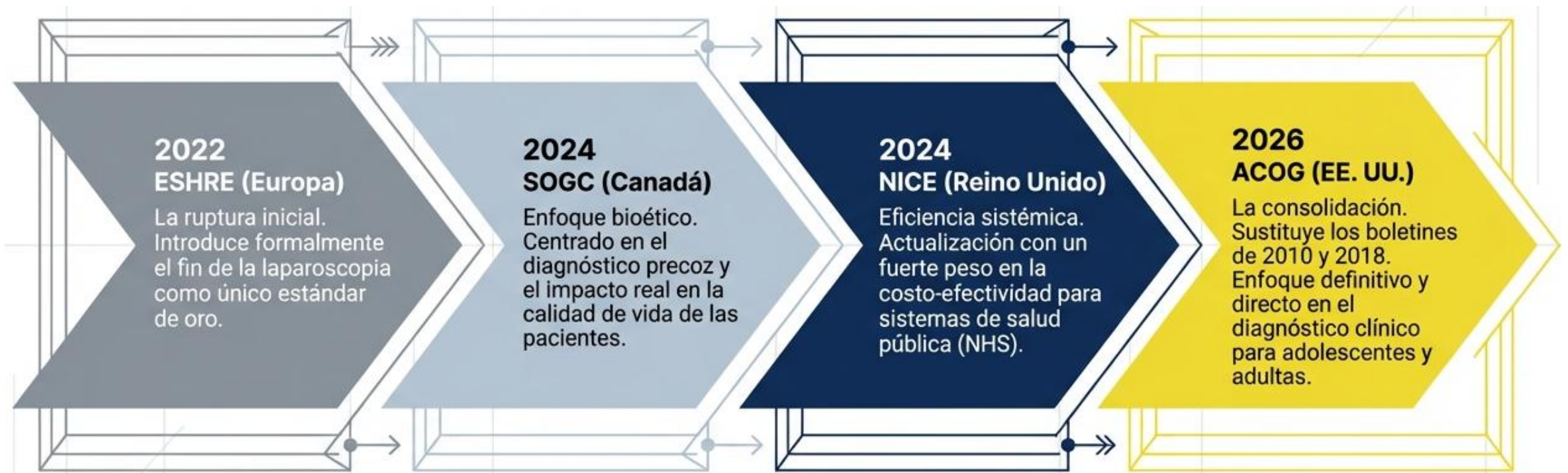
**INJUSTICIA
EPISTÉMICA**

"Medical Gaslighting", donde se normaliza o duda del dolor, retrasando la atención.

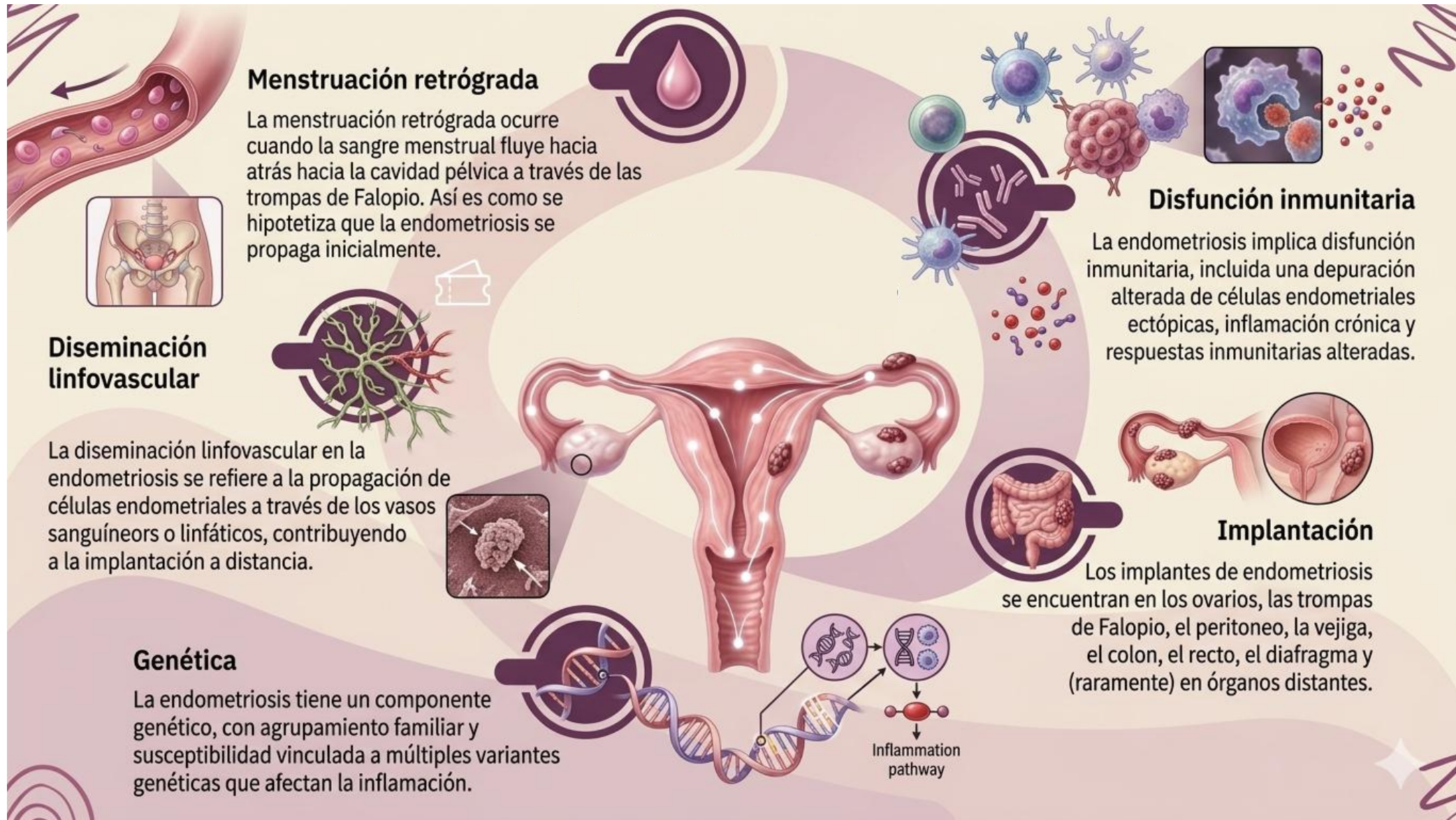
Daño acumulativo evitable

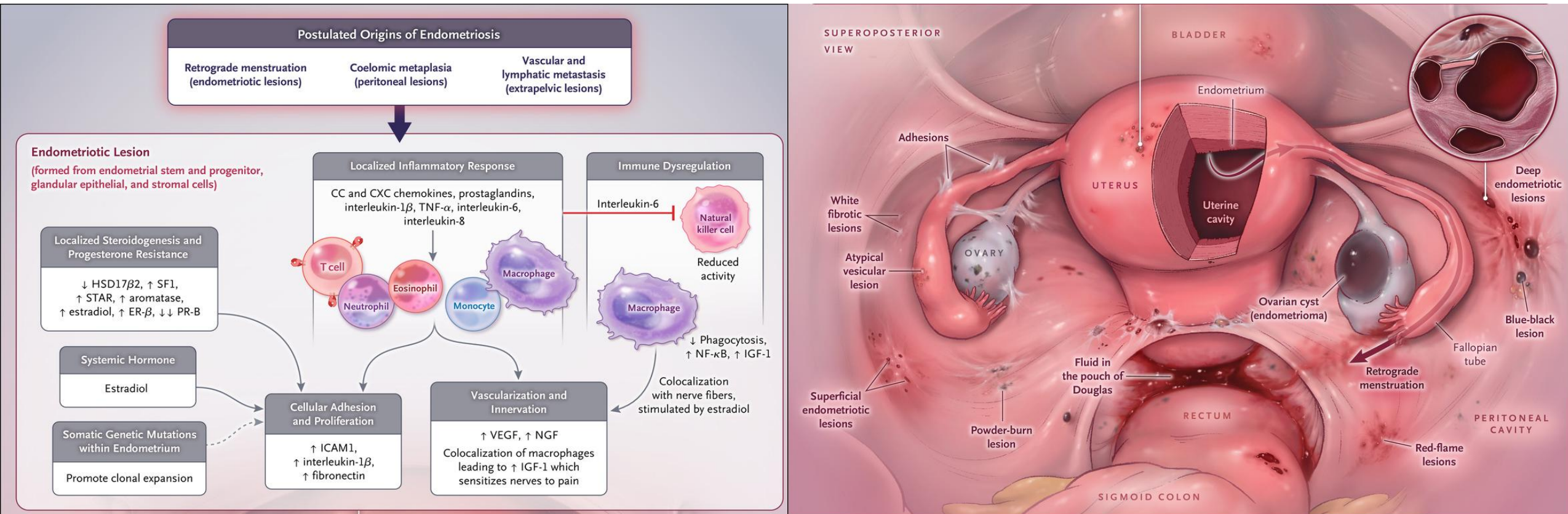
→ Sensibilización central y fenotipos nociplásticos de dolor (Allaire et al., 2024).





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

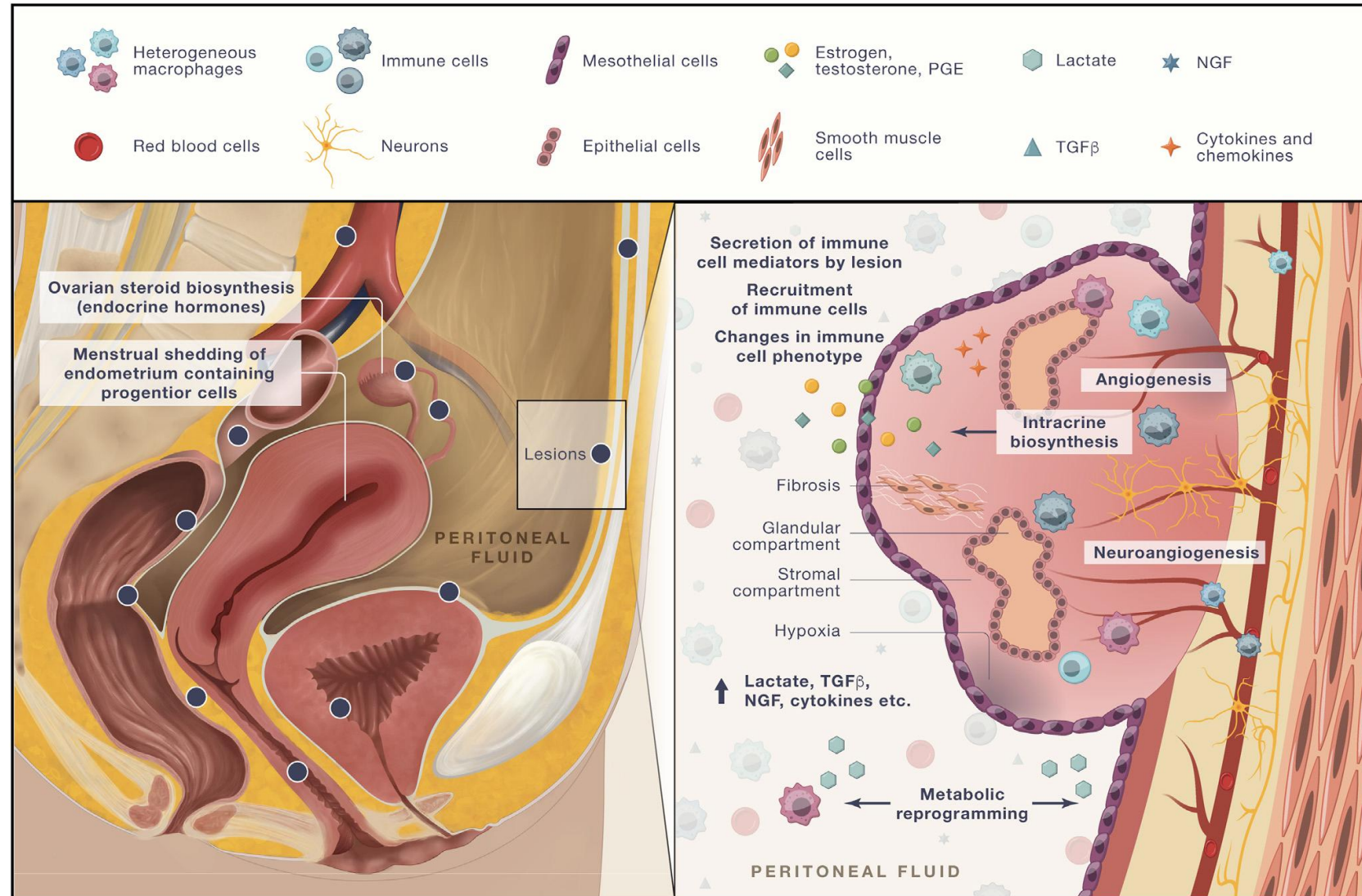




Endometriosis Profunda

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).

¿En cuantas mujeres se presenta y que órganos afecta?

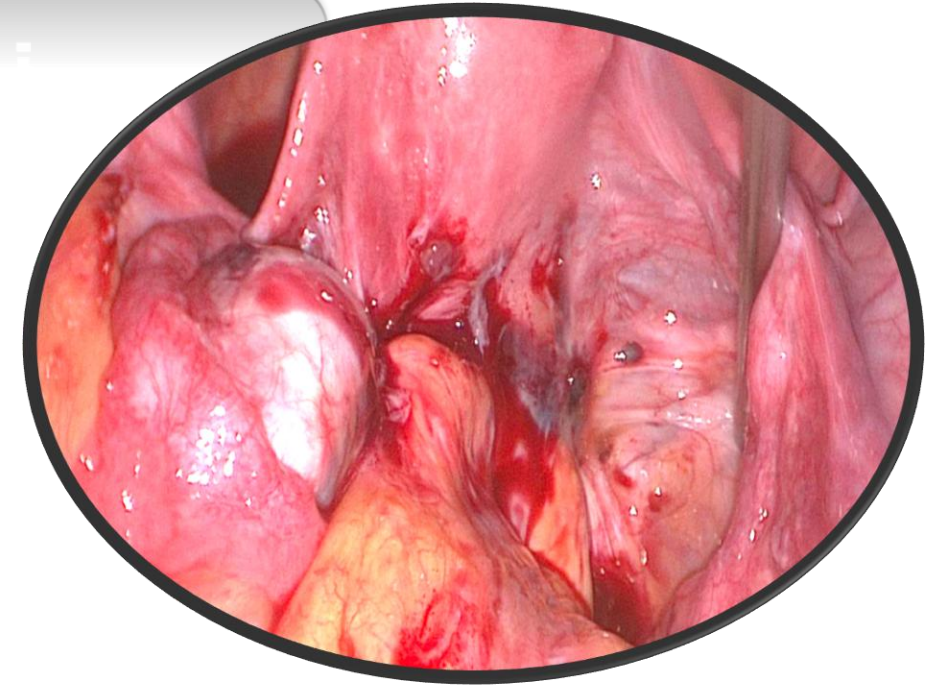
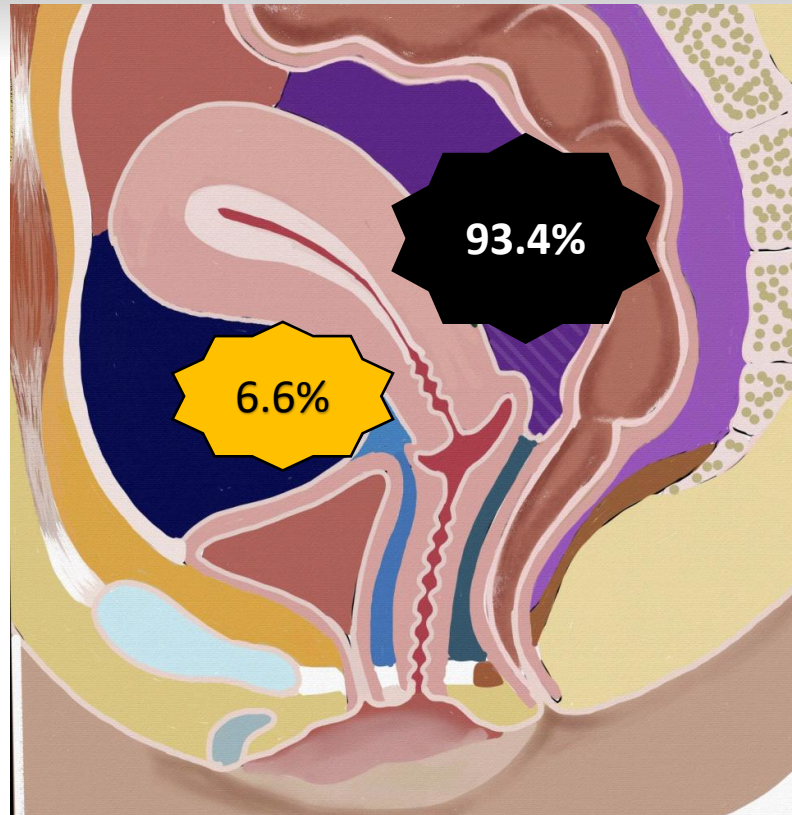
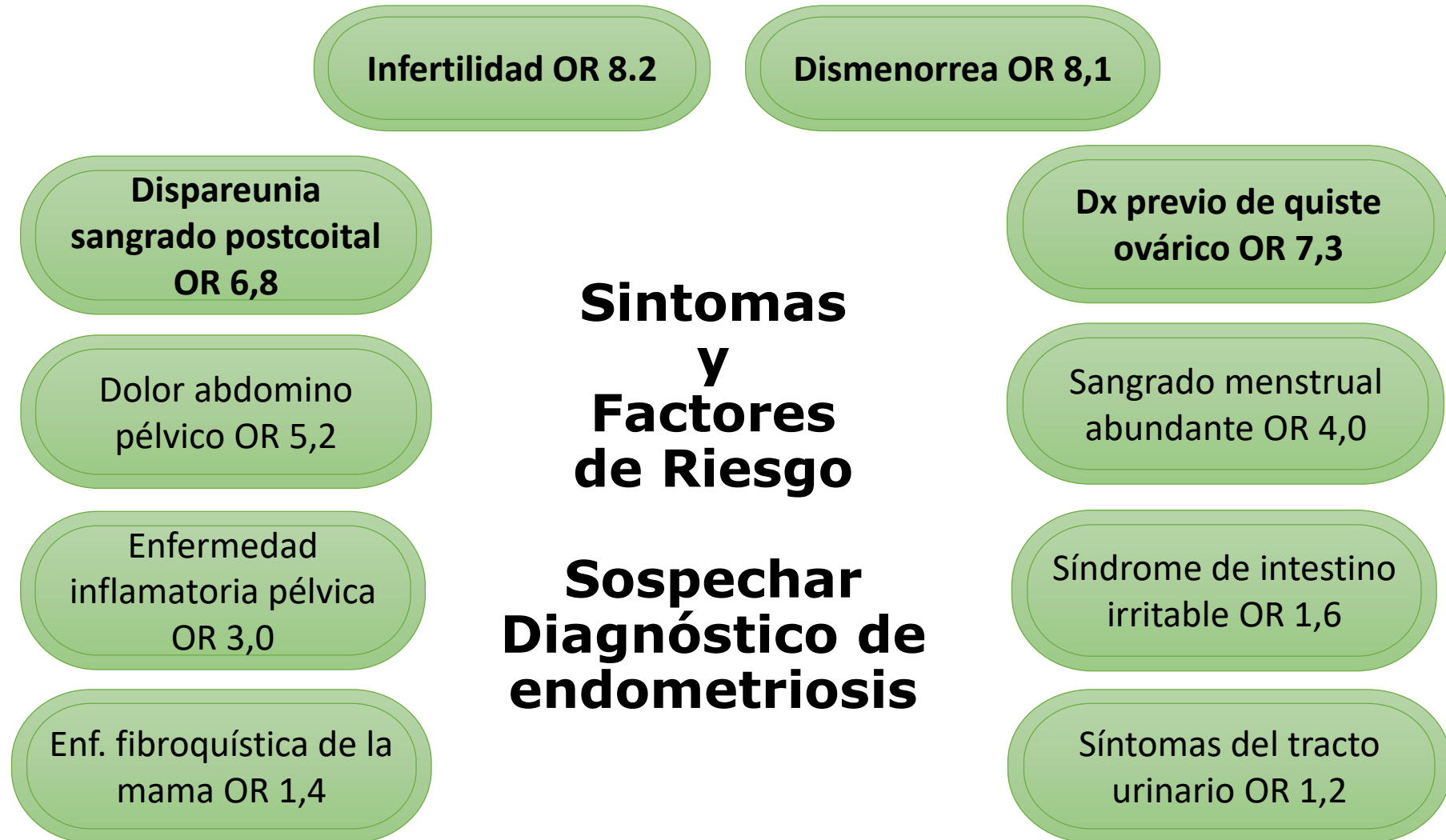


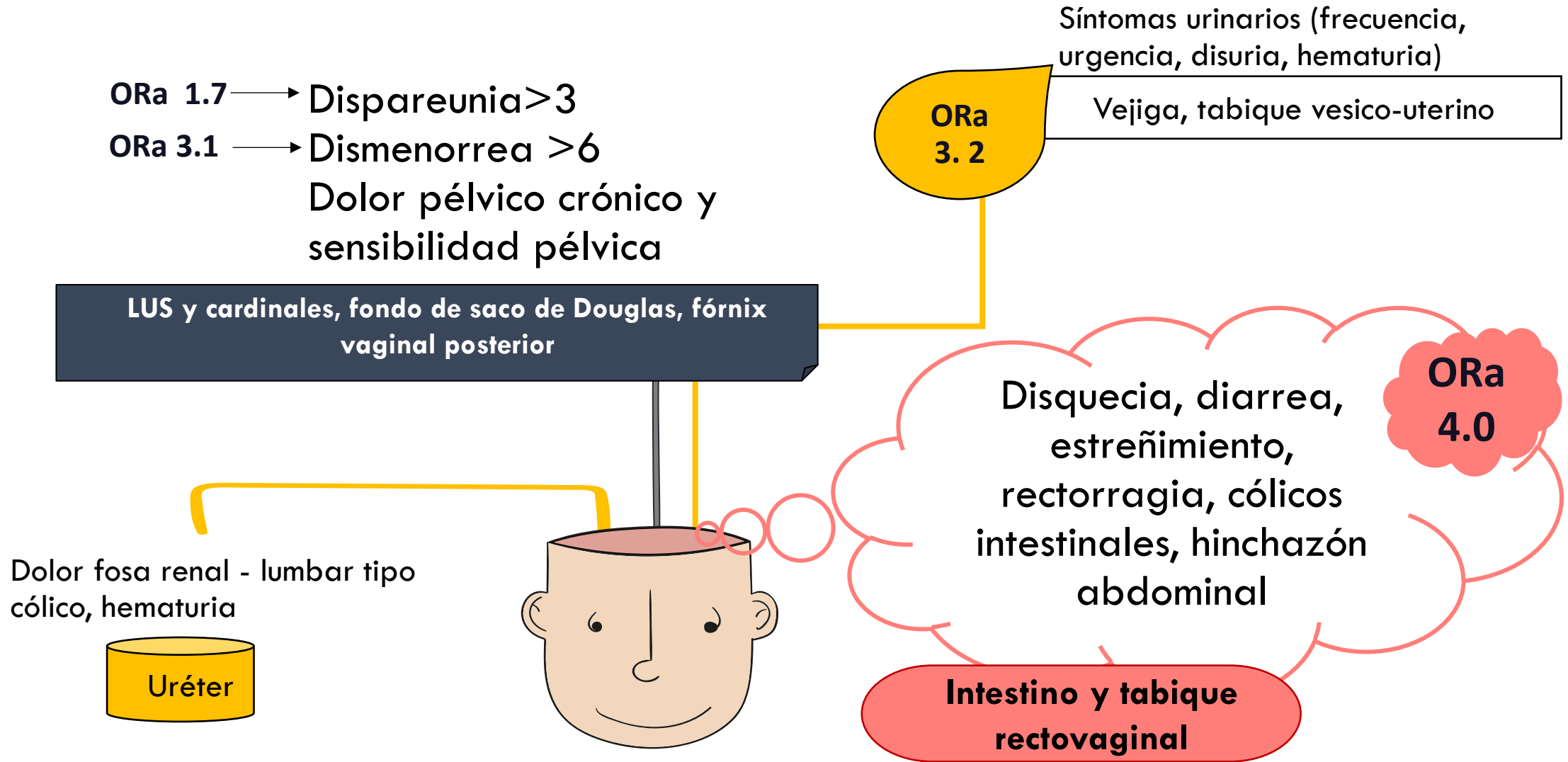
Imagen de: Int J
Fertil Steril, Vol
15, No 2, 2021

Chapron, C. Deeply infiltrating endometriosis: Pathogenetic implications of the anatomical distribution. *Human Reproduction*, 21(7), 1839–1845. (2006).

*D'Alterio MN, D'Ancona G., et al. Management challenges of deep infiltrating endometriosis. *Int J Fertil Steril*. 15(2), 2021.

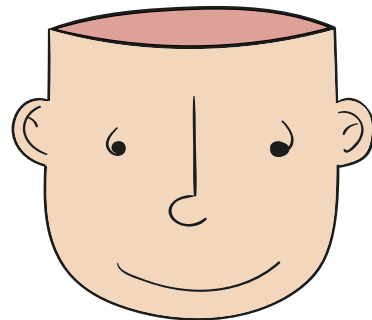


¿Cuándo pensar en Endometriosis Profunda?



¿Cuándo pensar en Endometriosis Profunda?

- ✓ 2-50% de las mujeres pueden estar asintomáticas y tener lesiones de EIP

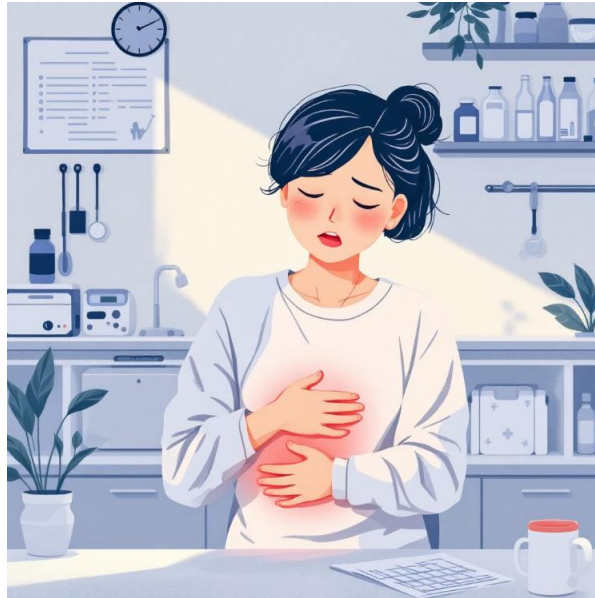




El GDG recomienda a los clínicos **considerar el diagnóstico de endometriosis** en pacientes que presenten los siguientes signos y síntomas cíclicos y no cíclicos: dismenorrea, dispareunia profunda, disuria, disquecia, hemorragia rectal dolorosa o hematuria, dolor en la punta del hombro, neumotórax catamenial, 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	84.7	Probabilidad extrema de enfermedad

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?

Tacto Vaginal

- Nódulo recto sigmoides
S: 72% - E: 54%
- Nódulo retro cervical
S: 68% - E: 46%

Dx EP Rectal/ Rectosigmoidea

Sensibilidad 89%
Especificidad 97%

I
D
E
A

Ecografia de Mapeo



2016

Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements:

A consensus opinion from the **International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group***

- LUS
- Intestino: Recto – Sigmoide – Ciego – Apendice – Ileón
- Vagina
 - ✓ Tamaño de la lesión
 - ✓ Profundidad
 - ✓ % de la circunferencia afectada
 - ✓ Distancia al margen anal
 - ✓ Lesiones multifocales (otras lesiones en un área de 2 cm de la lesión principal)
 - ✓ Multicéntricas (otras lesiones en un área de más de 2 cm de la lesión principal)

Anamnesis (EVA)
Examen Físico

Puntos Clave para un Examen Físico: Técnica para Investigar Posible Endometriosis

1. Evaluación General y Signos Vitales

Medición de Signos Vitales



Pulse



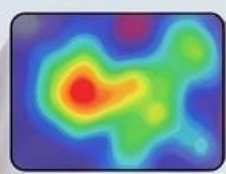
Patient Form	
Ubicación del dolor	
Ubicación del dolor	
Antecedentes familiares	
Antecedentes familiares	

Evaluación del Estado Mental



2. Examen Miofascial Abdominal y Neurológico

Palpación de cicatrices y tono muscular
nerves palpation



alodinia/hiperalgnesia



4. Especuloscopia

Inspección de mucosa



Fondo de Saco Vaginal Posterior



Posible Lesión
(for ejemplo)

3. Examen Bimanual/Tacto Vaginal



Central
(Posición uterina)

Anterior
(Vejiga)

Lateral
(Anexos)

Posterolateral
(Ligamentos uterosacros)





PRIORIDAD AL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Guías actuales (ACOG 2026, ESHRE 2022) no requieren laparoscopia para iniciar tratamiento.

Recomendación fuerte



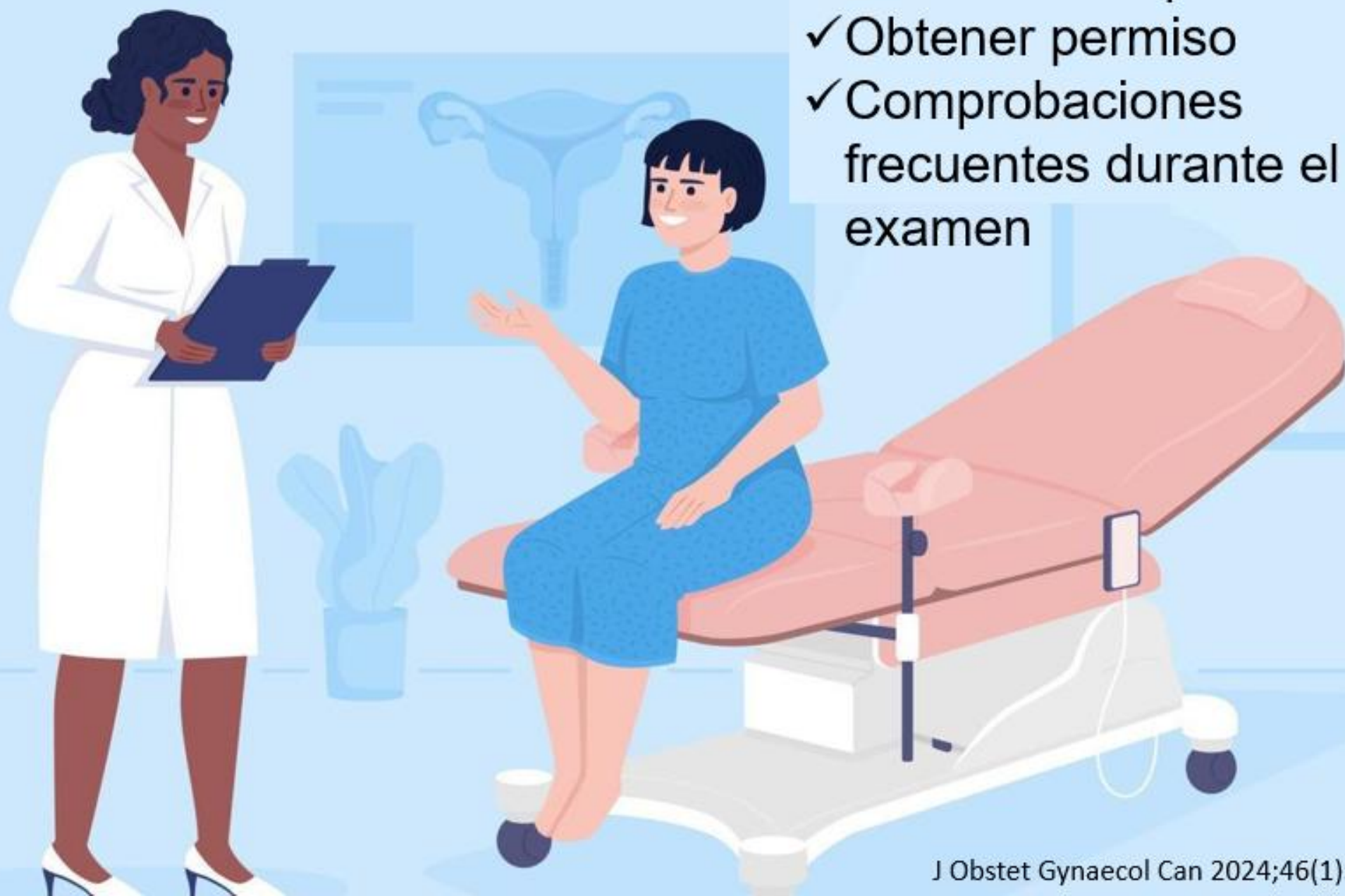
El examen clínico, incluido el examen vaginal cuando se considere oportuno, debe tenerse en cuenta para identificar nódulos profundos o **endometriomas** en pacientes con sospecha de endometriosis, aunque la **precisión diagnóstica es baja**.

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

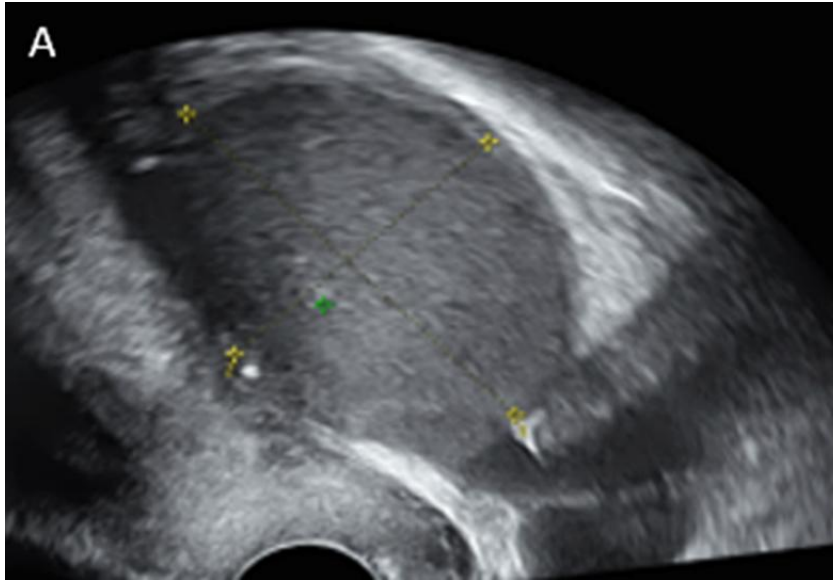


- ✓ Ofrecer acompañante
- ✓ Obtener permiso
- ✓ Comprobaciones frecuentes durante el examen



• Ecografía Transvaginal

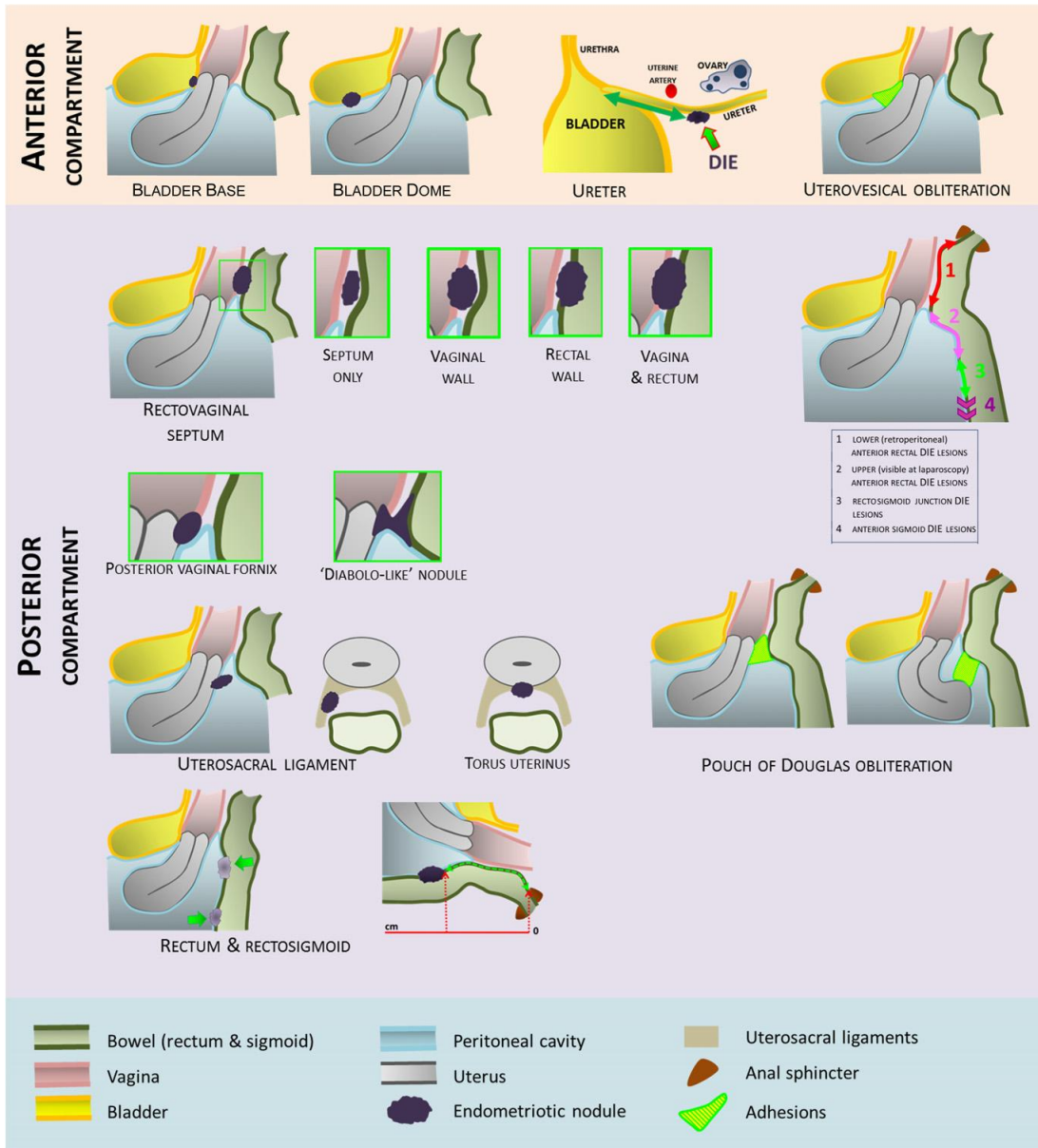
Dx IMAGEN



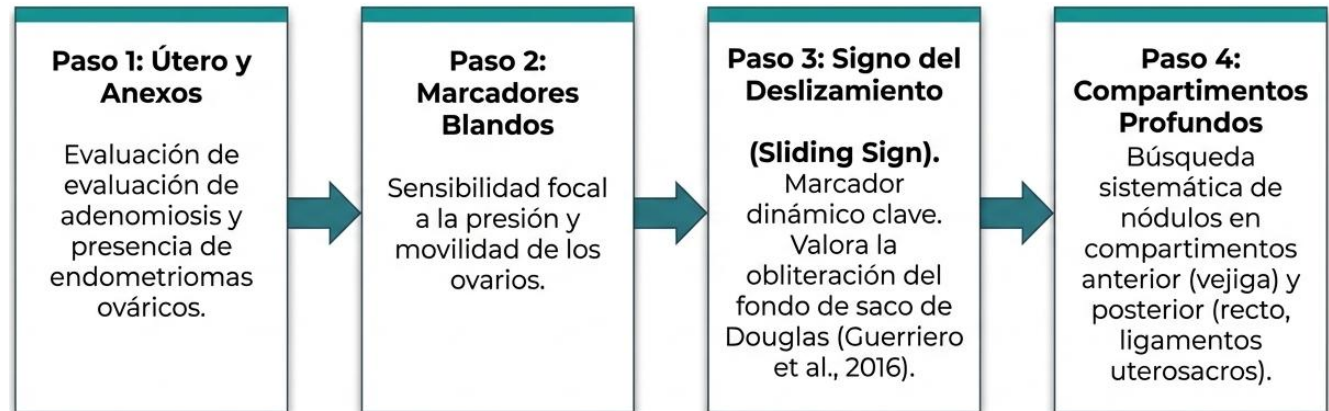
Elección 1°
93 % Sensibilidad
96 % Especificidad

- Sangrado cíclico → variedad en la ecogenicidad
- Patron en “vidrio esmerilado”
 - LR + of 12.3, LR - 0.29 PPV 75.8 %
- ≠ Quistes hemorrágicos





Mapeo de Endometriosis Profunda: Protocolo IDEA



¿Cómo confirmamos que una paciente tiene EP?

Anamnesis (EVA)
Examen Físico

Ecografia de
Mapeo

Colonoscopia

- ✓ Rectorragia -Nódulos grandes
- ✓ Ap familiar de cáncer intestinal

Colon por Enema DC

Obstrucción

S:42-96% E:43-98%

*operador dependiente

Resonancia y otros
estudios

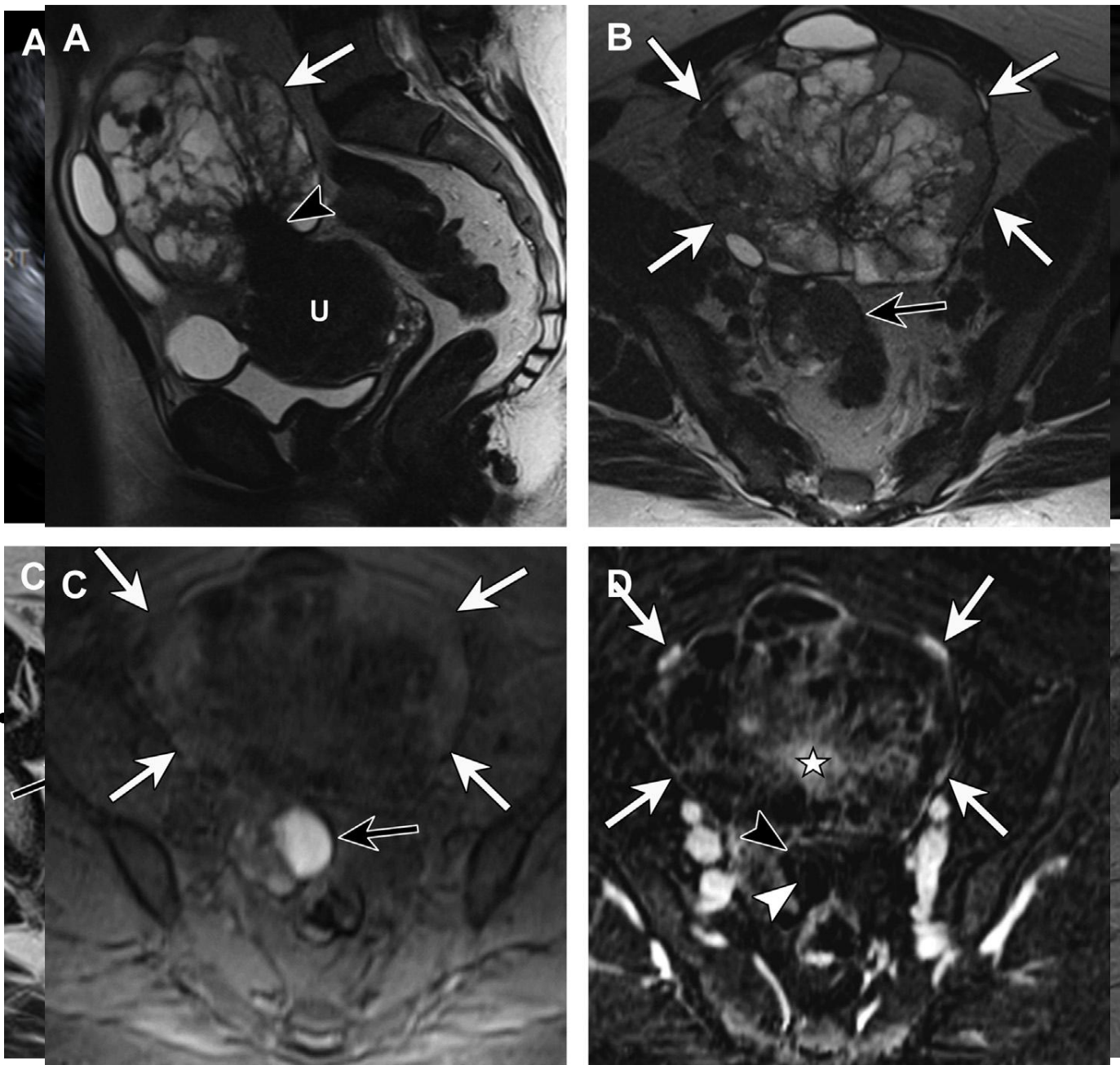
- Gerges, B., Li, W., Leonardi, M., Mol, B. W., & Condous, G. (2021). Optimal imaging modality for detection of rectosigmoid deep endometriosis: systematic review and meta-analysis. In *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* (Vol. 58, (2), 90–200).
- Marc Bazot and Emile Daraï. Diagnosis of deep endometriosis: clinical examination, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and other techniques. *Fertility and Sterility*. 2017. Vol. 108, No. 6.
- (2016). Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 48(3). 318–332.

Dx IMAGEN

RMN

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

Endometrio ma	Sensibilid ad	Especificid ad
Nisenblat (2016)	95	91
Medeiros (2015)	83	90



- Quesada, J., et al. (2023). Endometriosis: A multimodal imaging review. In *European journal of radiology* (Vol. 158, p. 110610).
- Sakala, M. D., et al. (2023). MR Imaging of Endometriosis of the Adnexa. In *Magnetic Resonance Imaging Clinics of North America* (Vol. 31, Issue 1, pp. 121–135).



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.

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.



Biomarcadores No Recomendados:

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

Tecnología	Sensibilidad	Especificidad
 Ecografía Transvaginal	 Alta (especialmente en quistes)	 Alta (especialmente en quistes)
 Resonancia Magnética (RM)	 94%	 77%
 Laparoscopia	Confirmación (si imagen es negativa)	 Alta (con histología)

El Nuevo Estándar de Atención

Síntomas + Examen / Imagen

Diagnóstico Clínico
Presuntivo

Tratamiento Médico
Temprano

Un diagnóstico clínico es suficiente para
iniciar el tratamiento médico empírico.
(Recomendación Fuerte, ACOG)

El Paradigma Anterior

Síntomas

Retraso Diagnóstico

Laparoscopia

Confirmación

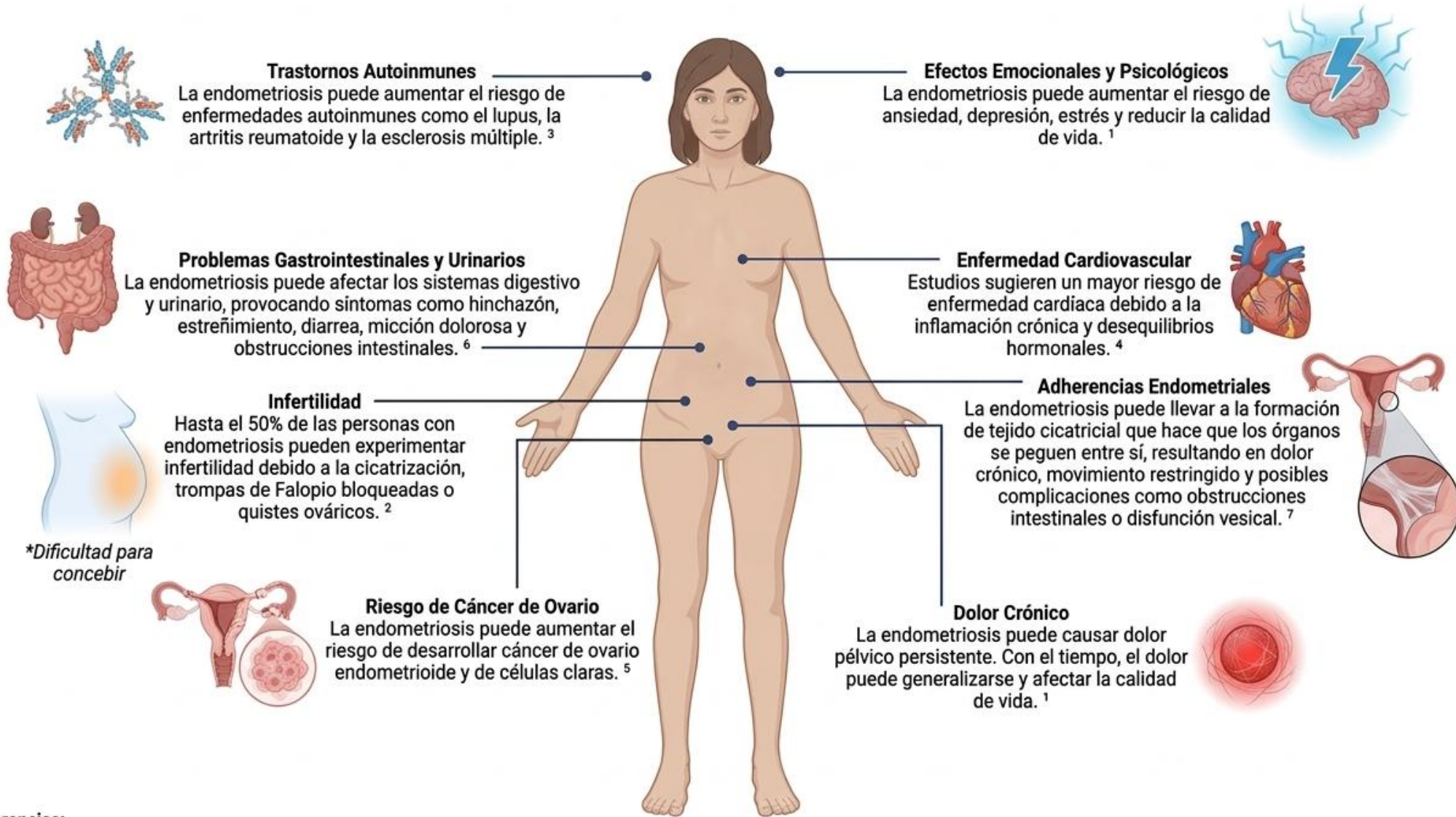
Tratamiento

Nota: Generaba retrasos inaceptables en la atención.

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



Consecuencias a Largo Plazo de la Endometriosis



Referencias:

1. Itani et al., 2024. J Affect Disord. 346.
2. Leone Roberti Maggiore et al., 2024. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 92.
3. Sliigesi et al., 2019. Hum Reprod Update. 25(4).
4. Blom et al., 2023. CM4J Open. 11(2).
5. Barnard et al., 2024. JAMA. 332(5).
6. Charatsi et al., 2018. Adv Med. 2018.
7. Ahd E-Korler et al., 2019. Int J Fertil Steril. 13(1).
8. BioRender, 2025. Consecuencias a Largo Plazo de la Endometriosis [infografía].

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.

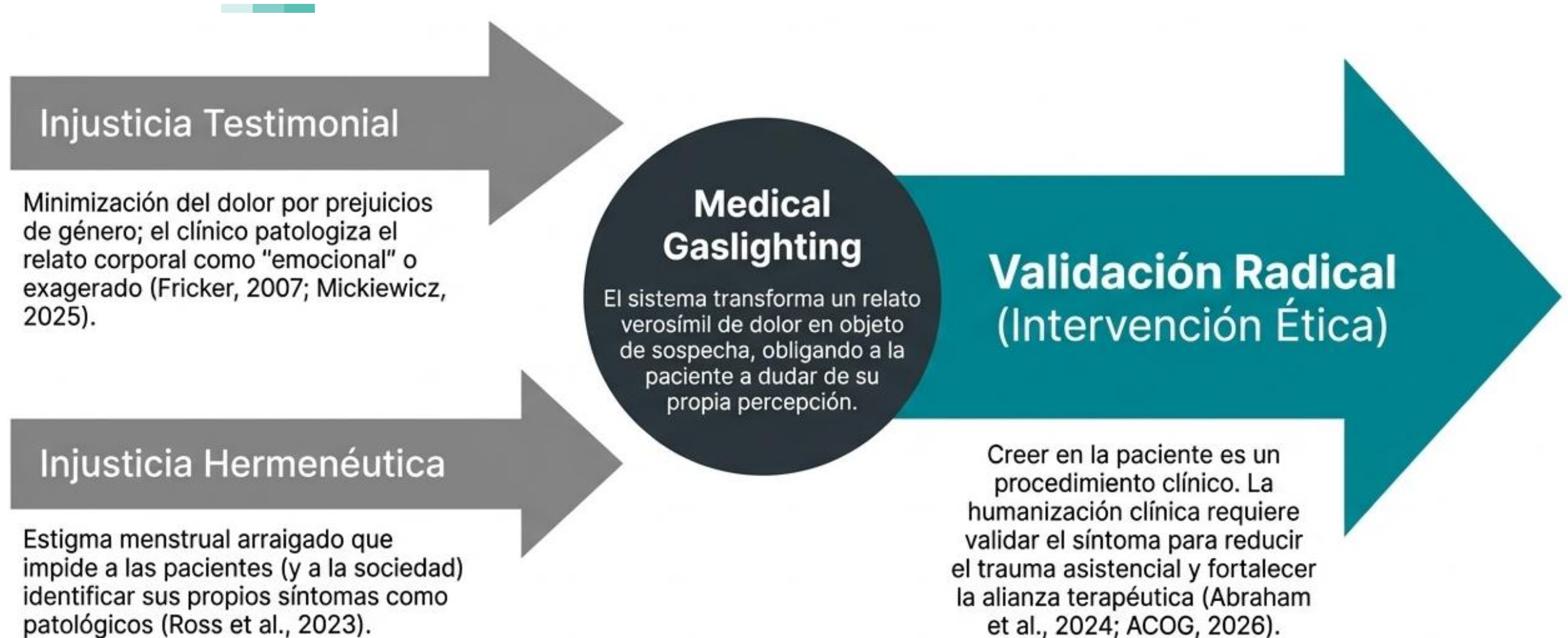
- Herramientas Validadas

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



La humanización no es una actitud amable aislada, sino una organización clínica que reconoce la subjetividad del dolor

Injusticia epistémica y medical gaslighting



Mecanismo	Expresión en la práctica	Daño principal	Respuesta recomendada
Normalización del dolor menstrual	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.
Invalidación clínica	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.
Fragmentación del cuidado	Múltiples consultas sin integración entre niveles, especialidades o hallazgos.	Aumento de tiempos, costos y repetición de pruebas.	Rutas integradas, referencia temprana y coordinación interdisciplinaria.
Sesgo racial o de género	Menor sospecha diagnóstica o menor acceso a especialistas/imágenes.	Inequidad, subdiagnóstico y peores resultados.	Formación en sesgos, auditoría de inequidades y lenguaje incluyente.
Excesiva dependencia de cirugía diagnóstica	Se posterga manejo hasta confirmar por laparoscopia.	Demora terapéutica y mayor carga de enfermedad.	Adoptar diagnóstico clínico presuntivo e imagen experta cuando corresponda.



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

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	Reconoce dolor pélvico crónico, sensibilización central y valor de la relación terapéutica.	Aporta enfoque trauma-informado y biopsicosocial.	Permite integrar salud mental, fisioterapia y manejo interdisciplinario.
ACOG 2026	Autoriza diagnóstico clínico para iniciar tratamiento; TVUS primera línea; biomarcadores no recomendados.	Nombra sesgos raciales y de identidad de género; exige atención centrada en la paciente.	Clave para justificar cambios en práctica clínica y formación médica.
Consenso internacional de imagen IDEA 2024	Estandariza ecografía transvaginal y RM en la evaluación no invasiva.	Disminuye arbitrariedad diagnóstica y mejora la planificación con menos cirugías innecesarias.	Fortalece criterios de calidad en imagen ginecológica.

Enfoque diferencial



Adolescentes (La Urgencia)

Dismenorrea causante de ausentismo escolar. Barrera principal: normalización del dolor por padres y personal médico (SWHR, 2024; EndometrioMedical, 2025).



Menopausia (El Riesgo)

Mito de que la menopausia o la histerectomía 'curan' la enfermedad. Reactivación estrogénica periférica y riesgo de malignidad (0.7-1%) en endometriomas >10cm (Suarez-Weiss et al., 2025).



Población LGBTQ+ (El Estigma)

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).



Capacitación de Proveedores y Formación Inclusiva

- Educar a los proveedores de atención médica sobre el reconocimiento de la endometriosis en hombres transgénero, incluso en aquellos con terapia de
- Fomentar el lenguaje y la atención afirmativos de género para crear un entorno clínico seguro y de apoyo.

Personalized & Integrated Treatment Plans

- Adaptar el manejo de la endometriosis para alinearse con la terapia hormonal de afirmación de género y las preferencias quirúrgicas.
- Considerar opciones de control del dolor no hormonales para aquellos con terapia de testosterona en lugar de tratamientos basados en estrógenos.

Access to Affirming Reproductive Healthcare

- Garantizar que los hombres transgénero reciban un diagnóstico y tratamiento oportunos sin discriminación ni desencadenantes de disforia de género.
- Proporcionar opciones de preservación de la fertilidad y asesoramiento para aquellos preocupados por futuras decisiones reproductivas.

Community Support & Mental Health Resources

- Ofrecer grupos de apoyo entre pares y asesoramiento para ayudar a los pacientes a navegar tanto por la atención afirmativa de género como por el dolor crónico.
- Abordar el impacto psicológico de gestionar una afección ginecológica dentro de un marco de identidad de género diverso.

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:

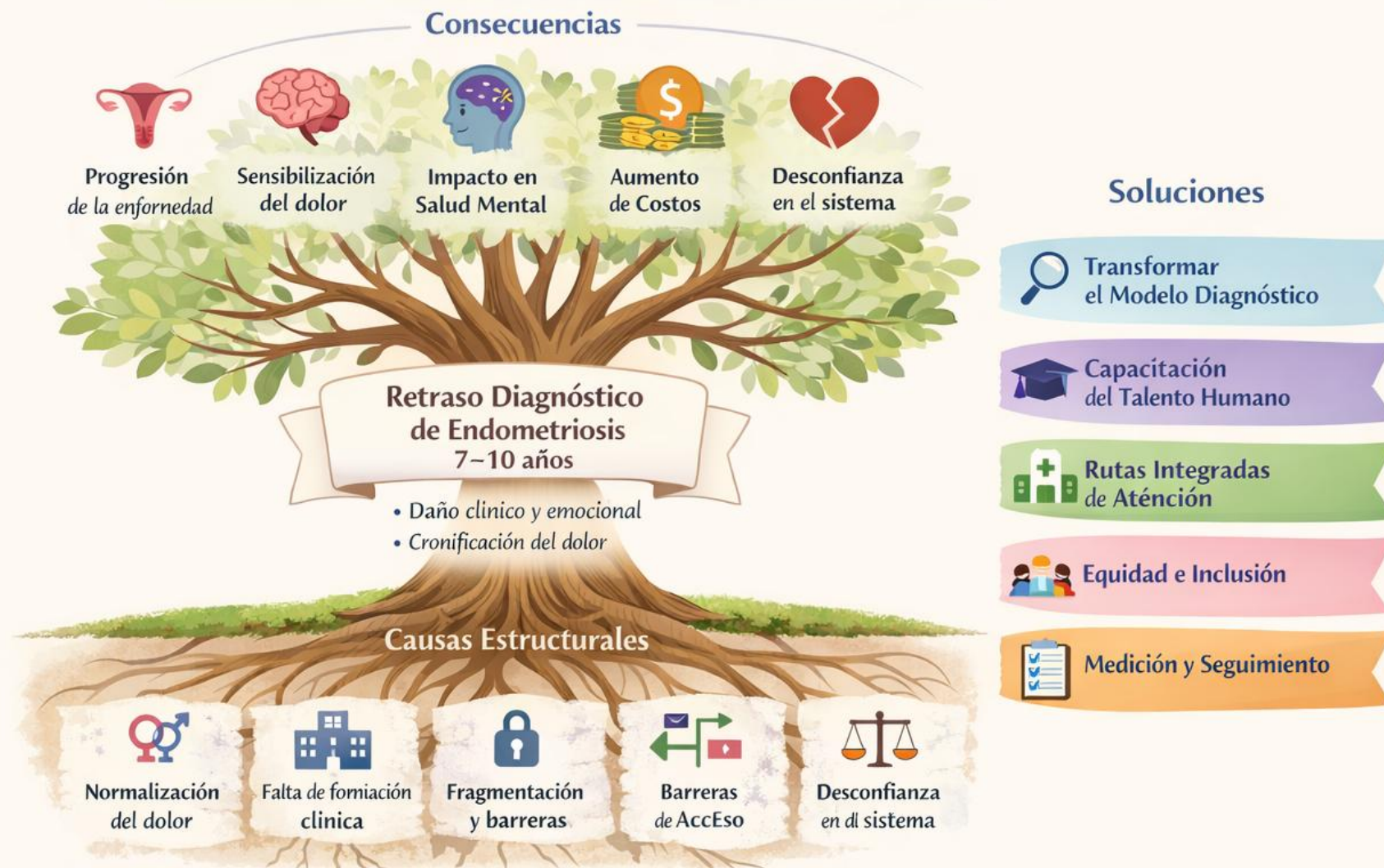
- **Escuchar.** Explicar.
- **Decidir** juntos.



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

Diagnosticar bien
es también humanizar el cuidado

Diagnóstico de Endometriosis: De la Falla Estructural a la Respuesta Sanitaria



El retraso diagnóstico no es inevitable.
Es el resultado de decisiones que el sistema puede cambiar."



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.

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.



Salud

Gracias

☎ 310 852 72 55

✉ dralylap@gmail.com

🌐 www.dralyla.com

📱 @dralyla