



CONSENSO

<https://doi.org/10.18597/rcog.4671>

Abordaje transdisciplinario del dolor pélvico crónico asociado a endometriosis en Colombia: declaración de consenso para una atención centrada en la paciente

Transdisciplinary Approach to Endometriosis-Related Chronic Pelvic Pain in Colombia: A Consensus Statement for Patient-Centered Care

Juan Diego Villegas-Echeverri^{1,2}, Lilian Rubiano Paiva^{3,4}, Luis Fernando García Rodríguez⁵, Jorge Darío López-Isanoa¹, José Fernando de los Ríos Posada⁶, Jerutsa Orjuela Monsalve⁶, Carolina Meza Paul^{7,8}, Claudia Bastidas Guarín⁹, Álvaro José Escobar Flórez¹⁰, Angélica Cuello Salcedo¹¹, Hebert Quintero^{12,13}, Daniel Sanabria^{14,15}, Juan Carlos Ramírez Mejía¹⁶, Lina Grajales Marulanda¹, María Alejandra Santacruz Mosquera^{1,17}, Jimmy Castañeda Castañeda¹⁸⁻²⁰

Recibido: 17 marzo, 2026 Aceptado: 24 marzo, 2026

* **Correspondencia:** Unidad de Laparoscopia Ginecológica Avanzada y Dolor Pélvico. ALGIA. Avenida Juan B. Gutiérrez #18-60, consultorio 1104. Pereira, Colombia. jvillegas@algia.com.co

1. Unidad de Laparoscopia Ginecológica Avanzada y Dolor Pélvico ALGIA. Pereira, Colombia.
2. Salud Comfamiliar. Pereira, Colombia.
3. Postgrado Ginecología y Obstetricia, Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Colombia.
4. Asociación Risaraldense Ginecología y Obstetricia. Pereira, Colombia.
5. Centro de Endometriosis y Dolor Pélvico TecSalud, Tecnológico de Monterrey. Monterrey, México.
6. Unidad de Endometriosis de la Clínica del Prado. Medellín, Colombia.
7. Clínica Medellín, Grupo Quirón Salud Colombia. Medellín, Colombia.
8. Clínica Las Américas Auna Colombia. Medellín, Colombia.
9. Programa de Endometriosis y Dolor Pélvico, Clínica Imbanaco, Grupo Quirón Salud. Cali, Colombia.
10. Ginecología y Obstetricia, Fundación Valle del Lili. Cali, Colombia.
11. Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Endometriosis Clínica Portoazul. Barranquilla, Colombia.
12. Unidad de Endoscopia Ginecológica y Endometriosis de Clínica El Carmen. Barranquilla, Colombia.
13. Unidad de Dolor Pélvico y Endometriosis del Atlántico. Barranquilla, Colombia.
14. Endomed Colombia IPS. Bogotá, Colombia.
15. Clínica del Country. Bogotá, Colombia.
16. Centro Cuidado Clínico Endometriosis Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.
17. Nutrisanté IPS. Pereira, Colombia.
18. Educación, Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG). Bogotá, Colombia.
19. Programa Salud Reproductiva Humana, Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, Colombia.
20. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia.

Cómo citar este artículo: Villegas-Echeverri JD, Rubiano Paiva L, García Rodríguez LF, López-Isanoa JD, de los Ríos Posada JF, Orjuela Monsalve J, et al. Abordaje transdisciplinario del dolor pélvico crónico asociado a endometriosis en Colombia: declaración de consenso para una atención centrada en la paciente. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2026;77:4671. <https://doi.org/10.18597/rcog.4671>

RESUMEN

Objetivo: esta declaración de consenso busca transformar la atención de la endometriosis en Colombia a través de la estandarización del manejo clínico mediante la conformación de equipos transdisciplinarios y el uso de indicadores de calidad, el fortalecimiento de la educación y sensibilización tanto de profesionales como de la comunidad para reducir el retraso diagnóstico, y el impulso de la investigación y la inversión en políticas públicas que garanticen un acceso equitativo y mejoren integralmente la calidad de vida de las pacientes.

Métodos: se conformó un panel transdisciplinario de expertos en dolor pélvico crónico (DPC) y endometriosis en Colombia. Participaron médicos ginecologistas, una fisioterapeuta y una nutricionista. El consenso se desarrolló mediante un proceso participativo estructurado, compartiendo experiencias, evidencia científica disponible y guías internacionales, desde la perspectiva del contexto colombiano. Las afirmaciones se presentan de acuerdo con los objetivos planteados para lograr una

atención equitativa y de calidad del dolor pélvico asociado a la endometriosis, y apoyar a las mujeres que sufren esta condición.

Resultados: el consenso consolidó siete declaraciones y principios estratégicos para la atención de esta condición en Colombia:

1. Construcción de equipos transdisciplinarios de trabajo.
2. Retos a superar en la creación de equipos transdisciplinarios para el DPC asociado a la endometriosis.
3. Estrategias para mejorar la atención del DPC asociado a la endometriosis.
4. Estrategias para un acceso equitativo al manejo del DPC asociado a la endometriosis.
5. Estrategias para reducir el estigma del dolor menstrual y el DPC asociado a la endometriosis.
6. Lineamientos clave para una guía nacional sobre el DPC asociado a la endometriosis.
7. Estrategias de monitoreo y medición de impacto.

Conclusiones: se plantean siete áreas clave y se desarrollan las propuestas iniciales para la atención integral de las mujeres con DPC asociado a la endometriosis. Invitamos a todos los actores del sistema de salud, desde los profesionales de primera línea hasta los líderes nacionales, a unirse a este esfuerzo para que se implementen acciones que promuevan la educación continuada y la investigación en Colombia sobre esta condición y sus consecuencias.

Palabras clave: Dolor pélvico; Endometriosis; Cuidado centrado en el paciente; Cuidado transdisciplinario; Consenso; Obstetricia; Ginecología.

ABSTRACT

Objective: This consensus statement seeks to transform endometriosis care in Colombia by standardizing clinical management through the establishment of transdisciplinary teams and the use of quality indicators; strengthening education and awareness for both professionals and the community

to reduce diagnostic delay; and promoting research and investment in public policies that guarantee equitable access and comprehensively improve the quality of life of patients.

Methods: A transdisciplinary panel of experts in chronic pelvic pain and endometriosis was formed in Colombia. Participants included obstetrician-gynecologists, a physical therapist, and a nutritionist. The consensus was developed through a structured participatory process, sharing experiences, available scientific evidence, and international guidelines from the perspective of the Colombian context. The statements are presented according to the proposed objectives to achieve equitable and high-quality care for pelvic pain associated with endometriosis and to support women suffering from this condition.

Results: The consensus consolidated seven strategic statements and principles for the care of this condition in Colombia:

1. Construction of transdisciplinary work teams.
2. Challenges to overcome in the creation of transdisciplinary teams for CPP associated with endometriosis.
3. Strategies to improve care for CPP associated with endometriosis.
4. Strategies for equitable access to management of CPP associated with endometriosis.
5. Strategies to reduce the stigma of menstrual pain and CPP associated with endometriosis.
6. Key principles for a National Guideline on CPP associated with endometriosis.
7. Monitoring and impact measurement strategies.

Conclusions: Seven key areas are proposed, and initial proposals are developed for the comprehensive care of women with CPP associated with endometriosis. We invite all stakeholders in the healthcare system, from frontline professionals to national leaders, to join this effort so that these actions—promoting continuing education and research in Colombia on this condition and its consequences—are implemented.

Keywords: Pelvic pain; Endometriosis; Patient-centered care; Transdisciplinary care; Consensus; Obstetrics; Gynecology.

INTRODUCCIÓN

Bajo el sistema de clasificación R U MOVING SOMe (1), el dolor pélvico crónico (DPC) se define como el dolor localizado en la región pélvica, de carácter cíclico o no cíclico, que persiste habitualmente por un periodo de tres meses o más tras el fracaso de los esquemas terapéuticos iniciales. Esta entidad se reconoce como una condición desafiante y compleja, derivada de la interacción de múltiples factores como los reproductivos, urinarios, musculoesqueléticos, vulvovaginales, vasculares, neurológicos y gastrointestinales. Asimismo, los componentes de sensibilización central, condiciones de dolor crónico sobrepuestas (COPCs) (2) y salud mental son determinantes críticos que condicionan el pronóstico clínico y el impacto funcional en la paciente (1,2).

Específicamente, el dominio reproductivo (R) representa el 50% de los casos de DPC en la etapa fértil (1). En esta categoría, la endometriosis sobresale como el diagnóstico más frecuente, afectando alrededor de una cuarta parte de las pacientes (1,3). La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica, dependiente del estrógeno, definida como la presencia de tejido similar al endometrio fuera del revestimiento uterino (3). Los factores de riesgo son diversos, entre los que destacan la menarquia temprana, ciclos menstruales cortos, nuliparidad y un marcado componente genético, estimándose que el riesgo es seis veces mayor en mujeres con familiares de primer grado afectados (4–5). Con una prevalencia global aceptada de entre el 10% y el 15% (6), la endometriosis constituye un problema de salud pública que genera una carga socioeconómica considerable para los sistemas de salud y la sociedad a nivel mundial (7). Su impacto no solo se mide en la morbilidad de las pacientes, sino también en los costos directos e indirectos asociados a la enfermedad (8,9).

Su abordaje diagnóstico ha evolucionado hacia la integración de la sospecha clínica con las imágenes especializadas y algunas otras pruebas no invasivas, lo que permite iniciar el manejo sin depender estrictamente de la validación quirúrgica (3,10–13).

No obstante, la laparoscopia sigue siendo una herramienta utilizada porque permite la toma de una muestra de tejido para confirmación histológica y por su valor terapéutico (11).

El manejo de esta condición es multimodal—incluyendo, entre otras, el tratamiento médico farmacológico y no farmacológico, el abordaje quirúrgico, la fisioterapia de piso pélvico, el apoyo psicológico, la rehabilitación física, la terapia ocupacional para el desarrollo de estrategias adaptativas y la asesoría nutricional— (11) y busca mejorar el pronóstico a mediano y largo plazo, impactando directamente en la calidad de vida y el entorno de las pacientes (14). La gestión de la condición se ve dificultada por tasas de recurrencia postquirúrgica que alcanzan entre el 43% y el 60% (15,16) y el riesgo de secuelas funcionales en órganos adyacentes en casos de enfermedad severa (17,18).

En Colombia, aunque no se conoce la prevalencia de la condición (6), la situación podría ser particularmente grave (19). Se dispone de datos de una prevalencia cercana al 9% de dolor pélvico crónico y dismenorrea de Ecuador (20), que podrían ser parcialmente transferibles a Colombia; además, es muy posible que también se presenten situaciones de estigma social y laboral, como se ha descrito en otros países de Latinoamérica (21,22). Estos hechos explican por qué es una condición desatendida en Colombia (17,19).

Frente a este escenario, se ha dado un paso fundamental con la promulgación de la Ley 2338 de 2023, la cual establece un marco integral para garantizar el derecho a la salud de las mujeres con endometriosis (23). Esta legislación, ya sancionada y vigente, reconoce formalmente la condición como una enfermedad crónica e incapacitante, y otorga un mandato para la creación de un Registro Nacional de Pacientes que permita consolidar estadísticas oficiales en un territorio donde hoy no existen (19,23). El alcance normativo incluye la estandarización de protocolos clínicos, la capacitación obligatoria del talento humano en salud y el fomento de la investigación científica en el territorio nacional. No obstante, el principal desafío

actual radica en la ejecución operativa de la norma para identificar y atender a una población que, bajo el supuesto de una población de 48,2 millones de habitantes para el año 2018 según el último censo (24) y la prevalencia global de entre el 10% y el 15%, se estima que afecta a una cifra de entre 1,4 y 3,6 millones de colombianas.

Para que esta atención sea sostenible, se requiere que el sistema de aseguramiento en salud, ya sea público, privado o mixto, incorpore en su plan de atención a esta condición. En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ofrece a través de aseguramiento privado (25) un plan de beneficios en salud (PBS) y el cubrimiento de los costos en un monto asignado por persona para el periodo de un año, llamado unidad de pago por capitación (UPC). Se requiere que el plan de beneficios y la UPC incorporen el uso de las tecnologías y servicios requeridos para el manejo del DPC asociado a la endometriosis en la red de instituciones de atención en salud (25). La transición efectiva, escalonada y sostenible de este marco legal hacia la práctica asistencial es necesaria para reducir las barreras diagnósticas, mitigar el impacto socioeconómico de la patología y asegurar la atención oportuna y de calidad para el manejo del dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis (23).

En este complejo contexto, surge la necesidad de adoptar un modelo de atención basado en equipos transdisciplinarios (11,26,27) para superar barreras críticas como una frecuencia de error inicial del 65% (28) con un el retraso diagnóstico que oscila entre los 6 y 11 años (29,30), y que obliga a las pacientes a múltiples consultas antes de un hallazgo certero. Estos equipos, integrados por ginecólogos, cirujanos generales, coloproctólogos, nutricionistas, urólogos, psicólogos y fisiatras, entre otros, permiten reducir la fragmentación mediante planes individualizados que mitigan el impacto del DPC asociado a la endometriosis y mejoran el pronóstico y el desempeño de la paciente (31–33). La constitución de estos equipos facilita una discusión unificada y la elaboración de planes de tratamiento individualizados, priorizando la calidad de vida de la paciente.

La presente declaración de consenso surge como un aporte técnico de la Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) a la política pública, integrando las particularidades del modelo de aseguramiento del SGSS en Colombia, y pretende facilitar la estandarización de los procesos de diagnóstico y tratamiento para reducir la variabilidad clínica, mitigar el retraso diagnóstico en el territorio nacional (19) y disminuir las barreras en la atención (34), con el fin último de mejorar la calidad de vida y el pronóstico de las pacientes. Este enfoque se realizó con un abordaje centrado en la paciente, considerando sus necesidades, experiencias y perspectivas (35).

OBJETIVOS

Esta declaración de consenso busca transformar la atención de la endometriosis en Colombia a través de tres ejes estratégicos:

- Primero, estandarizar el manejo clínico mediante la conformación de equipos transdisciplinarios y el uso de indicadores de calidad.
- Segundo, fortalecer la educación y sensibilización tanto de profesionales como de la comunidad para reducir el retraso diagnóstico.
- Tercero, impulsar la investigación y la inversión en políticas públicas que garanticen un acceso equitativo y mejoren integralmente la calidad de vida de las pacientes.

Se espera que la publicación y disseminación de este consenso contribuya a mejorar la calidad de la atención y optimizar los tratamientos de las mujeres afectadas por esta condición en Colombia.

POBLACIÓN DE USUARIOS

Esta declaración de consenso está dirigida a un amplio espectro de actores clave en el sistema de salud colombiano, incluyendo:

- Profesionales de la salud: involucrados en el diagnóstico y manejo del dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis (médicos

generales y familiares, ginecólogos, urólogos, gastroenterólogos, cirujanos generales, coloproctólogos, fisiatras, psiquiatras, psicólogos, terapeutas físicos y ocupacionales, nutricionistas y enfermería).

- Gestores y tomadores de decisiones: responsables de políticas de salud a nivel nacional y regional, así como directores médicos y científicos de instituciones públicas y privadas.
- Comunidad académica: investigadores que busquen profundizar en el conocimiento de la endometriosis.
- Sociedad civil: organizaciones de pacientes y grupos de apoyo dedicados a la defensa de los derechos de las mujeres con esta condición.

POBLACIÓN BLANCO DEL BENEFICIO DE LA DECLARACIÓN

Mujeres residentes en Colombia que padecen dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis.

ALCANCE

Esta declaración abordará los siguientes aspectos fundamentales en el contexto colombiano:

- Diagnóstico: identificación de mejores prácticas clínicas, por imágenes y quirúrgicas.
- Tratamiento: articulación de un manejo terapéutico integral, incluyendo enfoques médicos, quirúrgicos y terapias complementarias.
- Modelo de atención: la conceptualización y estructura de los equipos transdisciplinarios de atención, así como la estructuración, promoción de su formación y disponibilidad en el país.
- Enfoque humano: implementación de un abordaje centrado en la paciente que integre sus experiencias en la toma de decisiones clínicas.
- Investigación: identificación de brechas de conocimiento y propuesta de futuras líneas de investigación para el contexto colombiano.

METODOLOGÍA

El presente documento se elaboró mediante un proceso participativo basado en la técnica de grupo focal estructurado. El panel de expertos incluyó 16 referentes académicos y clínicos representantes de sociedades científicas y de grupos de trabajo nacionales e internacionales provenientes de los principales nodos de salud de Colombia (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Pereira), asegurando una representatividad territorial de la práctica médica nacional. Hubo especialistas en ginecología y obstetricia, dolor pélvico, cirugía de mínima invasión, nutrición y terapeutas de piso pélvico. Se integró la perspectiva regional mediante la participación de un ginecobstetra experto de TecSalud (Monterrey, México), lo que permitió el contraste de los estándares locales con la práctica internacional (36).

La metodología se estructuró a partir de un proceso de consenso dirigido. Previo al encuentro presencial, se distribuyó un cuestionario técnico con preguntas preestablecidas sobre dominios críticos. Durante el Encuentro Nacional de Grupos de Trabajo en Pereira (mayo 24 y 25 de 2025), se realizó un debate estructurado en el cual cada experto aportó la experiencia derivada de sus respectivos grupos de práctica (11,36). Para garantizar la integridad de las recomendaciones, la totalidad del conversatorio fue grabada y transcrita. Este material fue sometido a un análisis de contenido temático, del cual se extrajeron las declaraciones de consenso. La información derivada de este proceso se presenta de forma narrativa, priorizando la claridad conceptual sobre la exposición de datos crudos (37) y abordando de manera transversal los desafíos del sistema de salud colombiano. La organización del contenido se estructura por pregunta o aspecto a abordar, de tal manera que se presenta primero la experiencia y los conceptos aportados por los expertos, y cómo estos se conectan con la evidencia científica disponible (38). Asimismo, se integran ejes transversales que permiten abordar temas recurrentes en diversos dominios de la discusión, facilitando una comprensión integral del dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis (36).

Las declaraciones están estructuradas para proporcionar una hoja de ruta hacia la optimización del diagnóstico y manejo integral del dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis, organizándose en indicadores de impacto, resultado, proceso, estructura, gestión, seguridad y satisfacción de las usuarias. Pretenden estar adaptadas a las particularidades del contexto colombiano.

DECLARACIONES:

- **Declaración 1: se considera importante la construcción de los equipos de trabajo transdisciplinarios.**

La forma más adecuada de abordar a las pacientes con dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis es conformando grupos de trabajo transdisciplinarios, ya que el trabajo individual no favorece su manejo integral (3,26). Los puntos clave en común para la construcción de estos equipos incluyen:

- o **Declarar abiertamente las limitaciones del manejo atomizado:** reconocer el efecto negativo del manejo fragmentado del dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis en Colombia, que los expertos consideran inaceptable, por su impacto en resultados clínicos y calidad de vida. Es imperativo avanzar hacia modelos integrales y transdisciplinarios (11,26,32,33).
- o **Identificar profesionales comprometidos y que entiendan la complejidad del problema:** es fundamental construir un equipo con miembros comprometidos que tengan el conocimiento técnico y la disposición para abordar el dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis de manera integral y coordinada (11).
- o **Identificar las disciplinas esenciales:** para un enfoque transdisciplinario, es crucial la participación de múltiples prestadores de salud que incluyen médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales (26,32). Respecto al grupo médico, deben participar los ginecólogos, que idealmente deben asumir el liderazgo de los equipos; cirujanos generales, coloproctólogos, urólogos, gastroenterólogos, especialistas en reproducción, sexólogos, especialistas en el tratamiento del dolor crónico benigno de adultos, radiólogos, fisiatras, cirujanos de tórax, anestesiólogos y psiquiatras (1,27,32,33,39,40).
- o **Definir roles claros:** cada miembro del equipo debe tener una función específica y aportar valor, evitando la duplicación de esfuerzos y asegurando la coordinación (32,33).
- o **Fomentar la comunicación y el trabajo en equipo:** la comunicación efectiva es fundamental, en cuanto permite crear espacios regulares para la discusión de casos, revisiones académicas y toma de decisiones conjuntas, fomentando una cultura de aprendizaje y responsabilidad compartida (11,32).
- o **Promover una visión centrada en la paciente:** el objetivo principal debe ser mejorar la calidad de vida de las pacientes, escuchando sus necesidades, involucrándolas en las decisiones y ofreciendo un plan de tratamiento individualizado basado en evidencia y sus preferencias (41).
- o **Superar las barreras jerárquicas:** es fundamental que cada miembro se sienta valorado y confíe en expresar ideas y preocupaciones, priorizando el bienestar de las pacientes, fomentando una cultura de retroalimentación constructiva y evitando la crítica personal en un entorno colaborativo (27,32).
- o **Educación continua:** la construcción de un equipo transdisciplinario requiere un enfoque deliberado con educación continuada y construcción de

- conocimiento, facilitando espacios para compartir experiencias y desafíos (11,42).
- o **La proyección hacia la comunidad médica y la sociedad:** los grupos de expertos deben sensibilizar a la comunidad médica sobre la carga del dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis, y proyectarse a la sociedad para dar visibilidad y voz a las pacientes, empoderándolas y facilitando la comunicación con profesionales de la salud (3,43).
 - o **Consideraciones económicas y sistémicas:** los expertos consideran que es fundamental ser consciente de las dificultades económicas y sistémicas que obstaculizan el mantenimiento de estos grupos, buscando soluciones y opciones de remuneración adecuada para su sostenibilidad.
- **Declaración 2: retos en la creación de equipos transdisciplinarios para el dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis en Colombia.**
 - o **Falta de conciencia y educación:** los expertos consideran que no hay suficiente sensibilización de profesionales de la salud sobre la importancia del dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis y los beneficios del enfoque transdisciplinario (11,44).
 - o **Fragmentación del sistema de salud:** genera dificultades en la comunicación y coordinación entre niveles de atención y especialidades, llevando a duplicidad y falta de continuidad en la atención (26).
 - o **Resistencia al cambio y barreras culturales:** se requiere un enfoque colaborativo que permita superar las diferencias en formación y las barreras sociales y culturales para discutir de manera abierta los aspectos relacionados con el dolor menstrual y la sexualidad (34,45).
 - o **Recursos limitados:** se percibe que hay escasez de recursos financieros,
 - de personal y de infraestructura, que restringen la capacidad de los equipos y la inversión requerida en formación y centros especializados (3,46,47).
 - o **Ausencia de políticas públicas:** se percibe que son insuficientes las políticas públicas que aborden el problema y reflejen la magnitud del dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis, su impacto y la necesidad de optimizar su diagnóstico y tratamiento, junto a restricciones de financiación y obstáculos regulatorios (48).
 - o **Medición de resultados:** es evidente la necesidad de incrementar el volumen de investigación local, publicación de resultados e indicadores estandarizados para evaluar el impacto del abordaje (49).
 - o **Medir indicadores de proceso:** es importante medir indicadores que describen las acciones, métodos y actividades llevadas a cabo para la atención del dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis (11,49).
- **Declaración 3: estrategias para mejorar la atención del dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis en Colombia.**

Se identificaron las siguientes estrategias exitosas para mejorar la atención:

 - o **Educación y concientización:** dirigida a profesionales de la salud para actualizar conocimientos, y a pacientes/comunidad para aumentar la conciencia pública, facilitar el acceso temprano y reducir el estigma (44).
 - o **Implementación de políticas públicas:** reconocer el dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis como problema de salud pública y promover políticas que atiendan su magnitud e impacto (23,48).
 - o **Financiamiento para investigación y programas de atención:** destinar recursos para la investigación y el desarrollo de programas de atención integral (50,51).
 - o **Optimización del diagnóstico:** se considera importante impulsar el acceso

a técnicas innovadoras no invasivas y costo-efectivas para un diagnóstico temprano y adecuado, tales como el mapeo ecográfico transvaginal especializado para endometriosis profunda (52,53), la resonancia magnética de protocolo específico (54), el uso de inteligencia artificial y modelos predictivos basados en síntomas (55), y la implementación de biomarcadores moleculares en saliva o sangre, integrando estas herramientas con educación continua para profesionales y socialización a la comunidad para mitigar el retraso diagnóstico (56).

- o **Acceso a tecnologías y tratamientos innovadores:** garantizar el acceso a terapias médicas farmacológicas y no farmacológicas, intervenciones quirúrgicas de alta complejidad y terapias complementarias (57).
- o **Participación de pacientes y grupos de apoyo:** involucrar a las pacientes (y sus círculos) en la toma de decisiones y promover la creación de grupos de apoyo (58).

- **Declaración 4: estrategias para un acceso equitativo al manejo del dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis en Colombia.**

Para lograr el acceso equitativo al diagnóstico y manejo integral, se deben implementar las siguientes estrategias:

- o **Fortalecer la atención primaria:** capacitar al personal de salud en el nivel primario de atención (tanto a enfermeras como a médicos generales) para identificar el dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis de manera temprana, estableciendo protocolos de referencia claros sin demoras (11).
- o **Crear rutas de atención integrales:** diseñar rutas universales, inclusivas y adaptadas para el acceso oportuno a todos los componentes del manejo integral en el SGSSS.

- o **Atención en zonas remotas:** implementar herramientas tecnológicas para superar barreras geográficas, facilitando el acceso a la atención especializada mediante el uso de telemedicina para consultas virtuales y seguimiento clínico (59), junto con el despliegue de aplicaciones móviles para el manejo de síntomas y el monitoreo remoto en tiempo real (60). Asimismo, se propone el uso de plataformas de salud digital para la interpretación de imágenes diagnósticas a distancia, la realización de reuniones virtuales de equipos multidisciplinarios para la discusión de casos complejos desde diversas regiones y la integración de inteligencia artificial para el triage y la identificación temprana de riesgos en poblaciones con acceso limitado a especialistas (61,62).
- o **Implementar subsidios y programas de apoyo viables:** establecer programas con mecanismos financieros y operativos claros para garantizar el acceso universal y de calidad, con énfasis en pacientes de grupos desatendidos, asegurando su sostenibilidad (47,50).
- o **Garantizar la disponibilidad de recursos:** asegurar los recursos humanos, infraestructura y tecnología necesarios en todo el país para una atención integral (46,47).

- **Declaración 5: estrategias para superar el estigma del dolor menstrual y el dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis en Colombia.**

- o **Educación integral:** el grupo considera que es importante abordar la salud menstrual, integrando este concepto en los planes de estudio escolares, enfatizando que el dolor menstrual no debe normalizarse y requiere estudios y atención médica. El grupo de expertos declara que debe generarse conciencia y cortarse el círculo de normalización, estigmatización y sufrimiento (43,63).

- o **Campañas de concientización pública:** implementar campañas en medios de comunicación para aumentar la comprensión y superar ideas falsas (63).
- o **Capacitación de profesionales de la salud:** proporcionar educación continua y transversal sobre el diagnóstico y el manejo del dolor menstrual, enfatizando la comunicación empática con el paciente (44).
- o **Redes de apoyo:** facilitar el desarrollo de grupos de apoyo para que las mujeres con endometriosis compartan experiencias y encuentren apoyo emocional (11).
- **Declaración 6: lineamientos clave para una guía nacional sobre el dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis en Colombia.**

Aunque el esfuerzo de FECOLSOG es un avance, es crucial actualizar y adaptar las guías (11), incorporando nueva evidencia científica y local para mejorar la atención. Los lineamientos deben incluir elementos clave para su implementación en los diferentes niveles de atención:

 - o **Enfoque transdisciplinario y centrado en los pacientes:** promover la colaboración entre profesionales para una atención integral y coordinada, centrada en las necesidades, preferencias y valores de la paciente, fomentando su participación activa en la toma de decisiones (64).
 - o **Adaptación a los niveles de atención:** recomendaciones adaptables a los diferentes niveles del sistema de salud colombiano (incluido el servicio de urgencias) y a las realidades sociales y económicas, con pautas específicas según recursos y competencias del personal (23).
 - o **Conciliación de evidencia científica y contexto colombiano:** basarse en la mejor evidencia científica disponible, adaptada a las particularidades de la población, el sistema de salud y los recursos de Colombia (19,23).
- o **Énfasis en el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno:** promover el diagnóstico temprano y el inicio oportuno del tratamiento para prevenir la cronificación del dolor, secuelas y mejorar la calidad de vida (65,66).
- o **Entendimiento del dolor pélvico crónico como condición multicausal:** reconocer que el dolor pélvico crónico trasciende la endometriosis y es una condición compleja con múltiples factores contribuyentes. Los expertos enfatizan en la necesidad de la evaluación integral de las pacientes con dolor pélvico crónico para garantizar la identificación de todos los posibles generadores de dolor y un abordaje integral y transdisciplinario (11,32,33).
- o **Inclusión de terapias no farmacológicas:** recomendar fisioterapia, nutrición, terapia ocupacional, terapia cognitivo-conductual y otras modalidades eficaces (3,11,32).
- o **Consideración de los aspectos psicosociales:** reconocer la importancia de los aspectos psicosociales y promover la evaluación y el tratamiento de los problemas emocionales y conductuales para mejorar la salud mental (67–69).
- o **Promoción de la educación y la autogestión:** promover la educación de las pacientes sobre su condición, pronóstico, metas y expectativas, fomentando la autogestión para su participación activa en el cuidado (3,70,71).
- o **Implementación y evaluación:** incluir estrategias para la implementación de las guías y su evaluación periódica para asegurar su efectividad (11,32,33).
- **Declaración 7: estrategias de monitoreo y medición de impacto.**

Es fundamental construir indicadores técnicos e implementar un sistema de monitoreo continuo, basado en una historia clínica unificada, para evaluar la calidad de la atención y optimizar los resultados

clínicos en pacientes con dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis. Estos indicadores deberán evaluar los resultados y el impacto de la atención en la salud de las pacientes y en el sistema, y estructurarse bajo las siguientes dimensiones de calidad (72):

- **Impacto (cambios a largo plazo en salud poblacional)**
 - Mejoría de la calidad de vida –medida por EHP-30 (73) y otros índices específicos– pre y post tratamiento.
 - Tasa de embarazo (natural y con técnicas de reproducción asistida – TRA) post-tratamiento quirúrgico.
 - Medición de la incapacidad médica o discapacidad social.
- **Resultado (efectividad clínica directa)**
 - Mejoría del dolor según la escala visual análoga (EVA) (74) pre y post-tratamiento.
 - Porcentaje de sensibilización central medida con Central Sensitization Inventory (CSI) (75).
- **Proceso (cumplimiento de actividades y protocolos)**
 - Porcentaje de pacientes llevadas a manejo médico o quirúrgico.
 - Correlación entre hallazgos ecográficos e intraoperatorios.
- **Estructura (recursos y capacidad)**
 - Medición de la adquisición de tecnología para procedimientos complejos.
- **Gestión (eficiencia y administración)**
 - Tiempo entre inicio de síntomas y diagnóstico/acceso a consulta especializada, imágenes o tratamientos.
 - Porcentaje de pacientes remitidas al siguiente nivel de atención.
- **Seguridad (eventos adversos)**
 - Complicaciones quirúrgicas (grados I-II y III-IV según Clavien Dindo) (76).
 - Porcentaje de efectos secundarios o intolerancia a tratamientos farmacológicos prolongados.
 - Porcentaje de pacientes que requieren una nueva cirugía por persistencia postoperatoria del dolor.

- **Satisfacción del usuario**

- Encuesta global de satisfacción con la atención recibida por el grupo transdisciplinario.

Es crucial adaptar estos indicadores al contexto colombiano y asegurar su recolección de forma práctica y efectiva. El análisis regular de estos indicadores permitirá identificar áreas de mejora, estandarizar la atención y garantizar el seguimiento adecuado de las pacientes con DPC y endometriosis.

CONCLUSIONES

Se plantean siete áreas clave y se desarrollan las propuestas iniciales para la atención integral de las mujeres con DPC asociado a la endometriosis. Invitamos a todos los actores del sistema de salud, desde los profesionales de primera línea hasta los líderes nacionales, a unirse a este esfuerzo para que se implementen acciones que promuevan la educación continuada y la investigación en Colombia sobre esta condición y sus consecuencias.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

De acuerdo con los requisitos uniformes para ser considerado como autor, los firmantes declaran haber cumplido simultáneamente con los criterios de contribución sustancial en la concepción, diseño, análisis, revisión y aprobación del presente trabajo. La participación específica se detalla a continuación:

Juan Diego Villegas-Echeverri: realizó la concepción y diseño del ejercicio de consenso, convocó al panel de expertos y coordinó la ejecución integral del trabajo. Llevó a cabo la transcripción de audio a texto de las sesiones presenciales y circuló de manera iterativa las versiones sucesivas para la construcción del texto final. Participó activamente en la reunión de consenso, aportando ideas fundamentales y liderando la discusión técnica. Realizó la revisión del contenido intelectual y otorgó la aprobación final de la versión para ser publicada.

Todos los autores participaron presencialmente en la reunión de consenso, aportando las ideas fundamentales y liderando la discusión técnica sobre el abordaje transdisciplinario del dolor pélvico

crónico asociado a endometriosis. Todos realizaron la revisión minuciosa del texto final, aportaron correcciones intelectuales importantes y aprobaron unánimemente la versión definitiva para que fuera sometida a publicación.

REFERENCIAS

- Lamvu G, Villegas-Echeverri JD, Allaire C, As-Sanie S, Carrillo J, Khalil S, et al. Developing the FIGO-IPPS “R U MOVING SOME” classification system for female chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet* 2025 Nov;171(2):550–65. doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.70522>
- Kumar R, Scott K. Chronic Pelvic Pain and the Chronic Overlapping Pain Conditions in Women. *Curr Phys Med Rehabil Rep* 2020 Sep;8(3):207–16. doi: <https://doi.org/10.1007/s40141-020-00267-3>
- As-Sanie S, Mackenzie SC, Morrison L, Schrepf A, Zondervan KT, Horne AW, et al. Endometriosis: A Review. *JAMA* 2025 May 5. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2025.2975>
- Zhang Y, Ma NY. Environmental Risk Factors for Endometriosis: An Umbrella Review of a Meta-Analysis of 354 Observational Studies With Over 5 Million Populations. *Front Med* 2021 Oct 25;8:680833. doi: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.680833>
- Ottolina J, Schimberni M, Makieva S, Bartiromo L, Fazia T, Bernardinelli L, et al. Early-life factors, in-utero exposures and endometriosis risk: a meta-analysis. *Reprod Biomed Online* 2020 Aug;41(2):279–89. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.04.005>
- Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health* 2006 Jul 6;6:177. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-177>
- Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997 Jun;24(2):235–58. doi: [https://doi.org/10.1016/S0889-8545\(05\)70302-8](https://doi.org/10.1016/S0889-8545(05)70302-8)
- Soliman AM, Surrey E, Bonafede M, Nelson JK, Castelli-Haley J. Real-World Evaluation of Direct and Indirect Economic Burden Among Endometriosis Patients in the United States. *Adv Ther* 2018 Mar;35(3):408–23. doi: <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0667-3>
- Armour M, Lawson K, Wood A, Smith CA, Abbott J. The cost of illness and economic burden of endometriosis and chronic pelvic pain in Australia: A national online survey. *PLoS One* 2019;14(10):e0223316. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223316>
- Monnaka VU, Hernandez C, Heller D, Podgac S. Overview of miRNAs for the non-invasive diagnosis of endometriosis: evidence, challenges and strategies. A systematic review. *Einstein* 2021;19:eRW5704. doi: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021RW5704
- Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, et al. ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2022;2022(2):hoac009. doi: <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009>
- Pascoal E, Wessels JM, Aas-Eng MK, Abrao MS, Condous G, Jurkovic D, et al. Strengths and limitations of diagnostic tools for endometriosis and relevance in diagnostic test accuracy research. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2022 Sep;60(3):309–27. doi: <https://doi.org/10.1002/uog.24892>
- Avery JC, Deslandes A, Freger SM, Leonardi M, Lo G, Carneiro G, et al. Noninvasive diagnostic imaging for endometriosis part 1: a systematic review of recent developments in ultrasound, combination imaging, and artificial intelligence. *Fertil Steril*. 2024 Feb;121(2):164–88. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.12.008>
- Jia SZ, Leng JH, Shi JH, Sun PR, Lang JH. Health-related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. *J Ovarian Res*. 2012 Oct 18;5(1):29. doi: <https://doi.org/10.1186/1757-2215-5-29>
- Alborzi S, Roman H, Askary E, Poordast T, Shahraki MH, Alborzi S, et al. Colorectal endometriosis: Diagnosis, surgical strategies and post-operative complications. *Front Surg*. 2022;9:978326. doi: <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.978326>
- Leborne P, Huberlant S, Masia F, de Tayrac R, Letouzey V, Allegre L. Clinical outcomes following surgical management of deep infiltrating endometriosis. *Sci Rep*. 2022 Dec 16;12(1):21800. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-25751-9>

17. Zambrano-Moncayo CP, Villegas-Echeverri JD, López-Jaramillo JD, López-Isanoa JD, Herrera-Betancourt AL, Piedrahíta-Gutiérrez DL, et al. Seguridad del manejo laparoscópico de pacientes con endometriosis infiltrativa profunda, en un centro de referencia en Pereira, Colombia. Cohorte retrospectiva, 2007-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2019 Sep 30;70(3):181–8. doi: <https://doi.org/10.18597/rcog.3288>
18. Maguire B, DeMaio A, O'Neill A, Clancy C. A quality-of-life meta-analysis comparing pre- and postoperative symptoms in women undergoing colorectal resection for deep infiltrating endometriosis. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel* 2025 Feb;27(2):e70036. doi: <https://doi.org/10.1111/codi.70036>
19. Manrique Ardila L, Bravo Medina NY. Reivindicación del derecho a la salud sexual de las mujeres en Colombia: análisis de la Ley 2338 de 2023 sobre endometriosis. *Rev Arista Juríd-Política*. 2024 Dec 18;1(1):99–108. doi: <https://doi.org/10.22490/30730252.9062>
20. de Las Mercedes Villa Rosero CY, Mazin SC, Nogueira AA, Vargas-Costales JA, Rosa-E-Silva JC, Candido-Dos-Reis FJ, et al. Prevalence of chronic pelvic pain and primary dysmenorrhea in women of reproductive age in Ecuador. *BMC Womens Health*. 2022 Sep 2;22(1):363. doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01948-y>
21. Matías-González Y, Sánchez-Galarza A, Rosario-Hernández E, Flores-Caldera I, Rivera-Segarra E. Stigma and social support and their impact on quality of life and self-esteem among women with endometriosis in Latin-America and the Caribbean. *PLOS Glob Public Health*. 2022;2(12):e0001329. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001329>
22. Matías-González Y, Sánchez-Galarza AN, Flores-Caldera I, Rivera-Segarra E. “Es que tú eres una changa”: stigma experiences among Latina women living with endometriosis. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2021 Mar;42(1):67–74. doi: <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1822807>
23. Ley 2338 de 2023. Disponible en: https://sidn.ramajudicial.gov.co/SIDN/NORMATIVA/TEXTOS_COMPLETOS/7_LEYES/LEYES%202023/Ley%202338%20de%202023.pdf
24. Censo de Población y Vivienda. DANE. Colombia, 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>
25. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 (23 de diciembre). Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
26. Chen I, Money D, Yong P, Williams C, Allaire C. An Evaluation Model for a Multidisciplinary Chronic Pelvic Pain Clinic: Application of the RE-AIM Framework. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. 2015 Sep;37(9):804–9. doi: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30151-1](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30151-1)
27. Centemero A, Rigatti L, Giraudo D, Mantica G, De Marchi D, Chiarulli EF, et al. The role of the multidisciplinary team and multi-disciplinary therapeutic protocol in the management of the chronic pelvic pain: There is strenght in numbers! *Arch Ital Urol E Androl* 2021 Jun 28;93(2):211–4. doi: <https://doi.org/10.4081/aiua.2021.2.211>
28. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N, Missmer SA, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol* 2019 Apr;220(4):354.e1-354.e12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.12.039>
29. Staal AHJ, Van Der Zanden M, Nap AW. Diagnostic Delay of Endometriosis in the Netherlands. *Gynecol Obstet Invest* 2016;81(4):321–4. doi: <https://doi.org/10.1159/000441911>
30. Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, Niehues C, Oppelt P, Haas D, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Hum Reprod* 2012 Dec 1;27(12):3412–6. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/des316>
31. Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A. Chronic Pelvic Pain in Women: A Review. *JAMA* 2021 Jun 15;325(23):2381–91. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.2631>
32. Allaire C, Yong PJ, Bajzak K, Jarrell J, Lemos N, Miller C, et al. Guideline No. 445: Management of Chronic Pelvic Pain. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC* 2024 Jan;46(1):102283. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2023.102283>
33. Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. *Obstet Gynecol* 2020 Mar;135(3):e98–109. doi: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003716>
34. Nieto Rey N, Lopez I JD, Quintero M AM, Sanabria P LF, Villegas-Echeverri JD. Breaking Down Barriers: Improving Access to Quality Endometriosis Care. *Semin Reprod Med* 2025 Sep;43(3):180–8. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0045-1811188>

35. Villegas-Echeverri JD, Robert M, Carrillo JF, Green I, Meinhold-Heerlein I, Attar R, et al. FIGO-IPPS consensus statement: Addressing the global unmet needs of women with chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet* 2025 Apr 2. doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.70093>
36. Wortman PM. Consensus Panels: Methodology. In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Elsevier 2001 [cited 2025 Jun 5]. p. 2609–13. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B0080430767007580> doi: <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/00758-0>
37. Sarkar S, Bhatia G. Writing and appraising narrative reviews. *J Clin Sci Res* 2021 Jul;10(3):169–72. doi: https://doi.org/10.4103/jcsr.jcsr_1_21
38. Gattrell WT, Logullo P, van Zuuren EJ, Price A, Hughes EL, Blazey P, et al. ACCORD (ACcurate COnsensus Reporting Document): A reporting guideline for consensus methods in biomedicine developed via a modified Delphi. *PLoS Med* 2024 Jan;21(1):e1004326. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004326>
39. Ross WT, Buday S, Yakel E, Khabele D, Balls-Berry J, As-Sanie S, et al. Does interdisciplinary group care for the treatment of endometriosis improve pain interference: protocol for a pilot randomised controlled trial at an urban academic medical centre. *BMJ Open* 2025 Mar;15(3):e097372. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-097372>
40. Lamvu G, Ouyang C, Rapkin A. A Review of Chronic Pelvic Pain in Women-Reply. *JAMA* 2021 Dec 7;326(21):2207–8. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.17989>
41. Parmar G, Howard AF, Noga H, Tannock L, Abdulai AF, Allaire C, et al. Pelvic pain & endometriosis: the development of a patient-centred e-health resource for those affected by endometriosis-associated dyspareunia. *BMC Med Inform Decis Mak* 2025 Feb 13;25(1):79. doi: <https://doi.org/10.1186/s12911-025-02907-x>
42. Mardon AK, Leake HB, Szeto K, Moseley GL, Chalmers KJ. Recommendations for patient education in the management of persistent pelvic pain: a systematic review of clinical practice guidelines. *Pain* 2024 Jun 1;165(6):1207–16. doi: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003137>
43. Reinhardt A, Eitze S. Breaking the endometriosis silence: a social norm approach to reducing menstrual stigma and policy resistance among young adults. *Psychol Health* 2025 Jun;40(6):881–903. doi: <https://doi.org/10.1080/08870446.2023.2277838>
44. Castellanos ME, Carrillo JF, Green I, Milspaw A, Lamvu G. Identifying Gaps in Pelvic Pain Education: A Scoping Review and Structured Analysis of Obstetrics and Gynecology Training Milestones. *J Minim Invasive Gynecol* 2024 Mar;31(3):180–92. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2023.12.002>
45. Batista-Mendoza G, Amaya-Frías DY, Forero-Buevas MC, Herrera-Florez DM, Bolaño-Romero MP. Social and cultural beliefs about pain associated with endometriosis: barriers to its management in third world countries. *Minerva Obstet Gynecol* 2022 Feb;74(1):113–5. doi: <https://doi.org/10.23736/S2724-606X.21.04923-X>
46. Hutton D, Mustafa A, Patil S, Rathod S, Shrikhande G, Advincula A, et al. The burden of Chronic Pelvic Pain (CPP): Costs and quality of life of women and men with CPP treated in outpatient referral centers. *PloS One* 2023;18(2):e0269828. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269828>
47. Gao X, Outley J, Botteman M, Spalding J, Simon JA, Pashos CL. Economic burden of endometriosis. *Fertil Steril* 2006 Dec;86(6):1561–72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.06.015>
48. Using Policy and Law to Help Reduce Endometriosis Diagnostic Delay. *AMA J Ethics* 2025 Feb 1;27(2):E104–109. doi: <https://doi.org/10.1001/amajethics.2025.104>
49. Meinhold-Heerlein I, Zeppernick M, Wölfler MM, Janschek E, Bornemann S, Holtmann L, et al. QS ENDO Pilot - A Study by the Stiftung Endometrioseforschung (SEF) on the Quality of Care Provided to Patients with Endometriosis in Certified Endometriosis Centers in the DACH Region. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2023 Jul;83(7):835–42. doi: <https://doi.org/10.1055/a-2061-6845>
50. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Lond Engl* 2020 Oct 17;396(10258):1204–22. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
51. Giudice LC, Horne AW, Missmer SA. Time for global health policy and research leaders to prioritize endometriosis. *Nat Commun* 2023 Dec 4;14(1):8028. doi: <https://doi.org/10.1038/s41467-023-43913-9>

52. Bafort C, Condous G, Van Schoubroeck D, Szabó G, Hudelist G, Pashkunova D, et al. Ultrasound as a noninvasive diagnostic tool to detect deep endometriosis using the International Deep Endometriosis Analysis terminology. *Fertil Steril* 2025 Dec 29;S0015-0282(25)02310-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2025.12.021>
53. Goncalves MO, Siufi Neto J, Andres MP, Siufi D, de Mattos LA, Abrao MS. Systematic evaluation of endometriosis by transvaginal ultrasound can accurately replace diagnostic laparoscopy, mainly for deep and ovarian endometriosis. *Hum Reprod Oxf Engl* 2021 May 17;36(6):1492–500. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/deab085>
54. Shenoy-Bhangle AS, Movilla PR, Joyce S, Ghosh S, Goldstone RN, Kilcoyne A, et al. The Role of MRI in Diagnosis and Pre-Surgical Mapping of Endometriosis. *J Magn Reson Imaging JMRI* 2026 Jan;63(1):39–59. doi: <https://doi.org/10.1002/jmri.70039>
55. Mittal S, Tong A, Young S, Jha P. Artificial intelligence applications in endometriosis imaging. *Abdom Radiol* 2025 Oct;50(10):4901–13. doi: <https://doi.org/10.1007/s00261-025-04897-w>
56. Condous G, Gerges B, Thomassin-Naggara I, Becker CM, Tomassetti C, Krentel H, et al. Non-Invasive Imaging Techniques for Diagnosis of Pelvic Deep Endometriosis and Endometriosis Classification Systems: An International Consensus Statement. *J Minim Invasive Gynecol* 2024 Jul;31(7):557–73. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2024.04.006>
57. Kaspute G, Bareikiene E, Prentice U, Uzieliene I, Ramasauskaite D, Ivaskiene T. A Comprehensive Review of Advanced Diagnostic Techniques for Endometriosis: New Approaches to Improving Women's Well-Being. *Med Kaunas Lith* 2024 Nov 14;60(11):1866. doi: <https://doi.org/10.3390/medicina60111866>
58. Lerch SP, Hänggi R, Bussmann Y, Lörwald A. A model of contributors to a trusting patient-physician relationship: a critical review using a systematic search strategy. *BMC Prim Care* 2024 Jun 1;25(1):194. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02435-z>
59. Dungate B, Tucker DR, Goodwin E, Yong PJ. Assessing the Utility of artificial intelligence in endometriosis: Promises and pitfalls. *Womens Health*. 2024;20:17455057241248121. doi: <https://doi.org/10.1177/17455057241248121>
60. Kaya C, Usta T, Oral E. Telemedicine and Artificial Intelligence in the Management of Endometriosis: Future Forecast Considering Current Progress. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2023 Jan;83(1):116–7. doi: <https://doi.org/10.1055/a-1950-6634>
61. Mariani G, Kasznia-Brown J, Paez D, Mikhail MN, H Salama D, Bhatla N, et al. Improving women's health in low-income and middle-income countries. Part I: challenges and priorities. *Nucl Med Commun* 2017 Dec;38(12):1019–23. doi: <https://doi.org/10.1097/MNM.0000000000000751>
62. Perelmuter S, Shin JH. Enhancing endometriosis care with telehealth: Opportunities and challenges. *J Telemed Telecare* 2024 Oct 16;1357633X241287969. doi: <https://doi.org/10.1177/1357633X241287969>
63. Critchley HOD, Babayev E, Bulun SE, Clark S, Garcia-Grau I, Gregersen PK, et al. Menstruation: science and society. *Am J Obstet Gynecol* 2020 Nov;223(5):624–64. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.06.004>
64. Liu PL, Zhang L, Ma X, Zhao X. Communication Matters: The Role of Patient-Centered Communication in Improving Old Adults' Health Competence and Health Outcomes. *Health Commun* 2024 Apr;39(2):363–75. doi: <https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2166209>
65. Mijatovic V, Vercellini P. Towards comprehensive management of symptomatic endometriosis: beyond the dichotomy of medical versus surgical treatment. *Hum Reprod Oxf Engl* 2024 Mar 1;39(3):464–77. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/dead262>
66. Mick I, Freger SM, van Keizerswaard J, Gholiof M, Leonardi M. Comprehensive endometriosis care: a modern multimodal approach for the treatment of pelvic pain and endometriosis. *Ther Adv Reprod Health* 2024;18:26334941241277759. doi: <https://doi.org/10.1177/26334941241277759>
67. Sims OT, Gupta J, Missmer SA, Aninye IO. Stigma and Endometriosis: A Brief Overview and Recommendations to Improve Psychosocial Well-Being and Diagnostic Delay. *Int J Environ Res Public Health* 2021 Aug 3;18(15):8210. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18158210>
68. Dinoff BL, Meade-Pruitt SM, Doleys DM. Mental health care providers: resource rather than last resort in patients with chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 2003 Dec;46(4):804–10. doi: <https://doi.org/10.1097/00003081-200312000-00010>

69. Kocas HD, Rubin LR, Lobel M. Stigma and mental health in endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2023 Sep;19:100228. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2023.100228>
70. Burke E, Di Renna T, Mustafa N, Ginter C, Carter W, Corkery C, et al. Empowered management for pelvic pain: The experiences of women with persistent pelvic pain participating in an online self-directed self-management program while they wait for interprofessional care. *Womens Health Lond Engl* 2024;20:17455057231224960. doi: <https://doi.org/10.1177/17455057231224960>
71. O'Hara R, Rowe H, Fisher J. Self-management in condition-specific health: a systematic review of the evidence among women diagnosed with endometriosis. *BMC Womens Health* 2019 Jun 19;19(1):80. doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0774-6>
72. Berwick D, Fox DM. "Evaluating the Quality of Medical Care": Donabedian's Classic Article 50 Years Later. *Milbank Q* 2016 Jun;94(2):237-41. doi: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12189>
73. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Evaluating the responsiveness of the Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-30. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil* 2004 Apr;13(3):705-13. doi: <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000021316.79349.af>
74. Huskisson EC. MEASUREMENT OF PAIN. *The Lancet* 1974 Nov;304(7889):1127-31. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)90884-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)90884-8)
75. Mayer TG, Neblett R, Cohen H, Howard KJ, Choi YH, Williams MJ, et al. The development and psychometric validation of the central sensitization inventory. *Pain Pract Off J World Inst Pain* 2012 Apr;12(4):276-85. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2011.00493.x>
76. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004 Aug;240(2):205-13. doi: <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae>

USO DE TECNOLOGÍAS DE ASISTENCIA

En la elaboración de este manuscrito se integraron herramientas de inteligencia artificial. Se empleó Jenni.ai estrictamente para la optimización de la ortografía, gramática, la métrica y el ritmo narrativo del documento. Asimismo, la captura del contexto de las discusiones y la transición de audio a texto de las sesiones presenciales en Pereira se realizó mediante el software Microsoft Word Transcribe. Para la gestión técnica de las referencias bibliográficas se utilizó la plataforma Zotero.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Los autores declaran que la totalidad del texto fue revisada, validada y corregida de forma integral por ellos, y que asumen la responsabilidad absoluta sobre el contenido final, las recomendaciones y las conclusiones científicas presentadas.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Este trabajo fue financiado íntegramente con recursos propios de los investigadores y sus instituciones académicas de origen. No se contó con el apoyo de becas, donaciones ni financiamiento de entidades externas como el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Banco de la República o la industria farmacéutica. En consecuencia, no existió participación de patrocinadores externos en el diseño del estudio, recolección, análisis de información o redacción del informe.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado con el desarrollo de este ejercicio de consenso nacional, más allá de sus afiliaciones asistenciales, docentes y gremiales.