



# gineco

## FLASOG

REVISTA MÉDICA CON ARTÍCULOS DE REVISIÓN Y CONSULTA  
ÓRGANO DE DIFUSIÓN DE LA  
FEDERACIÓN LATINOAMERICANA  
DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA  
Y GINECOLOGÍA

### EDITORIAL

## EL CONOCIMIENTO MÉDICO. EL CAMBIO DE PARADIGMA EN MARCHA.

Dra. Patricia Cingolani

### ENDOMETRIOSIS PROFUNDA STATEMENT

Dr. Alfredo Celis L.  
Dr. José Negrón R.  
Ma. Ángela Pascual M.  
Dr. Humberto José Dionisi

### CURRÍCULOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR PARA AMÉRICA LATINA

Pío Iván Gómez-Sánchez  
Alexandra Ortiz Rovira  
Luisa Fernanda Vásquez Vélez  
Ingrid Arévalo Rodríguez



**SÍGUENOS**  
**EN NUESTRAS REDES**

   /@FLASOG

VISITA NUESTRO NUEVO SITIO WEB  
[www.flasog.org](http://www.flasog.org)

**COMPÁRTENOS**  
**TUS CONTENIDOS CIENTÍFICOS**



# COMITÉ EJECUTIVO

2017 - 2020

# FLASOG

**DR. SAMUEL KARCHMER K.**

Presidente

**DR. JORGE MÉNDEZ TRUJEQUE**

Vicepresidente

**DR. LUIS R. HERNÁNDEZ G.**

Secretario

**DR. ALFONSO ARIAS**

Tesorero

**DR. NÉSTOR C. GARELLO**

Presidente Electo

**DR. EDGAR IVÁN ORTÍZ L.**

Past President

**DR. MIGUEL A. MANCERA R.**

Director Científico

**DR. JOSÉ F. DE GRACIA**

Director Administrativo

**DR. RICARDO FESCINA**

Director Ejecutivo



ÓRGANO DE DIFUSIÓN DE LA FEDERACIÓN  
LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA  
Y GINECOLOGÍA

## CONTENIDO

### EDITORIAL

#### EL CONOCIMIENTO MÉDICO.

#### EL CAMBIO DE PARADIGMA EN MARCHA.

Dra. Patricia Cingolani

pg.5

### ENDOMETRIOSIS PROFUNDA STATEMENT

Dr. Alfredo Celis L.

Dr. José Negrón R.

Ma. Ángela Pascual M.

Dr. Humberto José Dionisi

pg.9

### CURRÍCULOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR PARA AMÉRICA LATINA

Pío Iván Gómez-Sánchez

Alexsandra Ortiz Rovira

Luisa Fernanda Vásquez Vélez

Ingrid Arévalo Rodríguez

pg.27

### EDITOR

Dr. Jorge Méndez Trujeque  
(México)

### EDITOR ASOCIADO

Dr. Néstor Garelo

(Argentina)

Dr. Ariel Marrufo Soda

(México)

Dr. Samuel Karchmer K.

(México)

### CONSEJO CONSULTIVO

#### EDITORIAL

Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz

(México)

Dr. Emilio Valerio Castro

(México)

Dra. Wendy Cárcamo

(Honduras)

Dr. Juan Diego Viillegas Echeverri

(Colombia)

Dra. Blanca Lilia Fretes

(Paraguay)

### COMITÉ EDITORIAL

Dr. Paulo Meade Treviño

(México)

Dra. Desiree Mostajo Flores

(Bolivia)

Dra. María Cecilia Arturo Rojas

(Colombia)

Dra. Mercedes Pérez

(Venezuela)

Dr. Dalton Ávila Gamboa

(Ecuador)

Dra. Ivonne Díaz Yamal

(Colombia)

Dr. Alfredo Célis López

(Perú)

Dr. Gustavo Ferreiro Delgado

(Uruguay)

Dra. Viridiana Gorbea Chávez

(México)

Dr. Claudio Sosa

(Uruguay)

Dr. Samuel Seiref

(Argentina)

Dr. Rodrigo Zamora

(México)

Dr. Edgar Iván Ortíz

(Colombia)

### Coordinador gráfico

Lic. Oskar Magaña

### Diseñadora editorial

Lic. Ximena Miranda

### Coordinadora editorial

Lic. Teresa Suárez

Esta publicación es editada a través de la FLASOG con artículos de los ginecólogos y obstetras de Latinoamérica. Los análisis, opiniones y comentarios aquí expresados no representan la postura de la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia. Todos los derechos intelectuales son propiedad de los autores. Los permisos para su reproducción total o parcial son reservados a los mismos. Esta publicación es elaborada por Interactive Marketing S.A. de C.V. con sede en Cancún, México.



El consejo editorial de la revista *Gineco FLASOG* invita a los gineco-obstetras latinoamericanos a enviar sus trabajos para publicación; el único requisito es que tengan alguna relación directa con la Ginecoobstetricia. Los trabajos serán recibidos en Word al correo [editorial@flasog.org](mailto:editorial@flasog.org)

## EL CONOCIMIENTO MÉDICO. EL CAMBIO DE PARADIGMA EN MARCHA.

**Dra. Patricia Cingolani**  
Directora Publicaciones  
FASGO

Es claro que la educación médica posterior a la formación de postgrado no se encuentra adecuadamente estructurada, y que estar al día con los avances de su especialidad depende en gran medida de la iniciativa de cada profesional.

La oferta educativa disponible, en general, no tiene en cuenta la diversidad geográfica ni social en las que se encuentra el profesional, ni sus recursos disponibles, ni sus años de servicio.

Para cumplir el objetivo de mejorar su calidad de atención en la salud de sus pacientes, el médico debe considerar seriamente su formación continua y permanente; al tiempo que debe adaptarse al constante y vertiginoso avance de los conocimientos.

Años atrás un médico podía confiar en los conocimientos extraídos de los libros de textos y revistas de la especialidad de divulgación periódica. En la actualidad dispone de otras opciones de capacitación:

- La asistencia a jornadas, cursos, congresos, etc. Esta alternativa implica un coste económico: el valor de la inscripción a los mismos, el periodo en el cual deja su trabajo (lucro cesante) en pos de su actualización, los traslados a los diferentes lugares en los que las formaciones se llevan a cabo, entre

otros. Por otro lado, tiene la ventaja del contacto personal con colegas y profesores, el intercambio de experiencias, el conocimiento de otras realidades socio-económico-culturales y, por supuesto un mayor o menor grado de actividad social no vinculada estrictamente a lo académico.

- Otras surgen en sus lugares de trabajo, donde realizan su actividad asistencial. Allí comparten con sus colegas experiencias que surgen de sus actividades cotidianas o asistiendo a ateneos programados, si cuentan con la fortuna de que éstos sean considerados de importancia por la institución.

No se niega la relevancia de estos intercambios, pero sí es imperioso que el médico reciba una instrucción formal que lo **capacite en su práctica diaria**, que no puede quedar librada solamente a su experiencia personal o intuición como base de sus destrezas.

- La lectura, actividad tan necesaria como complicada en cuanto al tiempo disponible, requiere por parte del profesional de una competencia voluntaria e individual de capital importancia para encararla, generalmente en soledad: **la disciplina**. Aún así, ante tanta información disponible, no se

## EL CONOCIMIENTO MÉDICO. EL CAMBIO DE PARADIGMA EN MARCHA.

---

trata de acumular una enorme cantidad de **datos**, en su gran mayoría **prescindibles** o de dudosa utilidad, sino de participar activamente y por propia iniciativa en su capacitación, de un modo que se adecue a un momento en el cual la tecnología y la ciencia avanzan a un ritmo que requieren de él su compromiso para evitar la obsolescencia de su conocimiento.

- La realización de cursos a distancia a través de material impreso.

- La realización de cursos e-learning (educación a través de internet vinculando la educación a distancia con el uso de las **Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs)**

- La participación en múltiples opciones de programas de actualización y capacitación disponibles en diferentes plataformas virtuales.

**La propuesta educativa** debe adecuarse a las circunstancias que nos impone hoy un mundo cambiante en todos los aspectos:

- El **avance tecnológico** (electrónico/digital) a nivel comunicación, hábilmente manejado por los más jóvenes y al cual, la generación precedente ha debido y debe adaptarse en forma constante.

- Las **demandas sociales**, tan numerosas como disímiles, que desafían al profesional en la toma de decisiones y elaboración de estrategias terapéuticas acordes a los recursos disponibles y al nivel sociocultural del lugar donde se desempeñe.

Ya en 2005 se decía que la vida media de una verdad científica médica era de aproximadamente 50 años, pasados los cuales la mitad de tales

“conocimientos ciertos” habían sido refutados o modificados.

Robin Warren, Premio Nobel de Medicina y Fisiología 2005, sostenía que: “es mejor que los científicos hablen de **hechos y no de verdades**”. Él fue quien echó por tierra el concepto de que ninguna bacteria era capaz de sobrevivir en el medio ácido del estómago, claro ejemplo de una “verdad científica” no del todo cierta. Según su decir “no se trata tanto de refutar como de afinar teorías”, ya que cada vez tenemos más datos que las modifican.

Datos del año 2014 indicaban que cada 15 años se duplicaba el número de publicaciones científicas. Desde el principio de la humanidad hasta el 2003 se acumularon 5 exabytes de información. Hoy se produce un exabyte (EB: unidad de medida de almacenamiento de datos, equivalente a 10<sup>18</sup> bytes) por día o más. Según CISCO para el año 2022 habrá más tráfico anual de internet que en toda su historia (32 años desde su comienzo) y, según la misma fuente, el tamaño de internet, en cuanto a su almacenamiento digital global, se estimaba en 2016 en un Zettabyte (ZB: 10<sup>21</sup> bytes, es decir 1.099.511.627.776 gigas).

¿Estamos preparados para absorber tanta información? Sin duda que no. Nuestra imaginación es desbordada por una sensación de vértigo informático expresado en unidades de medida que no alcanzan nuestra comprensión.

Desde otro punto de vista, tomemos en cuenta el alcance y la velocidad de la difusión de la

información. A la radio le llevó 38 años llegar a tener 50 millones de usuarios, a la televisión 13 años, al iPod 4 años, a internet 3 años, a Facebook 1 año y a Twitter solo 9 meses.

Hoy un teléfono móvil tipo iPhone tiene más tecnología que la NASA en tiempos de la llegada del hombre a la luna (1969), cuando los procesadores de la época tenían 64K. Actualmente en muchos de nuestros celulares tenemos 320 gigabytes.

Si es una obviedad que el mundo cambia vertiginosamente, ¿cuál debería ser el parámetro de medición a utilizar que nos permitiese cuantificar dicho cambio? Y, realizado el cálculo: ¿cuánto tiempo duraría el resultado del mismo, si lo que trata de medir es tan desenfundadamente cambiante?

Los ordenadores nos ofrecen información y conocimiento y duplican su potencia cada dos años según la ley de Moore. Esto gracias a que la tecnología es capaz de meter más transistores en el mismo espacio en dicho periodo. Esta observación realizada por Gordon Moore en 1965 sigue vigente en la actualidad. Muchos atribuyen a esta observación de Moore el concepto de que “el conocimiento se duplica cada dos años”; pero esta ley (empírica) se refiere a la capacidad de los ordenadores de almacenar datos.

El arquitecto, escritor e inventor estadounidense Richard Buckminster Fuller ideó a principios del siglo pasado la “Curva de duplicación del conocimiento de la humanidad”, y graficó con una serie de variables cómo en el año 1900 el

conocimiento de la humanidad se duplicaba cada 100 años, en 1945 cada 23 años, en 1975 cada 12 años y actualmente no supera los 2 años. Sin embargo, el internet logrará que en breve el mundo duplique la información cada 11 horas. Por tanto, si esto fuese así, lo aprendido durante una mañana será quizás ya obsoleto por la noche...

Sin embargo, a pesar de que se asevere que el conocimiento se duplica cada 18/24 meses, hay quienes aseveran (Carlos Jarque) que lo que se duplica en ese periodo no son los conocimientos sino los datos en circulación. Y a esto agrega que son los mismos datos, solo que actualizados. Si los ordenadores acumulan datos a ese ritmo, ¿nuestras mentes son capaces de hacer uso de los mismos para pensar, sacar conclusiones o hacer juicios de valor?

Si bien es mayor la disponibilidad de conocimientos/datos y es más fácil y económico acceder a ellos, las personas ¿son más capaces de aprender a buscar y encontrar eficazmente la información que necesitan?

Saber qué información se busca, saber encontrarla, ser capaces de seleccionarla a la velocidad adecuada, son las habilidades que actualmente necesitamos para dar un salto, en términos de adquisición de un mayor conocimiento, entre la miríada de bytes de internet que hoy nos desbordan.

Es así pues que la educación permanente debemos entenderla hoy como una **adaptación a los cambios** pasmosamente veloces del conocimiento

## EL CONOCIMIENTO MÉDICO. EL CAMBIO DE PARADIGMA EN MARCHA.

---

científico y de la tecnología; y para ello se requiere ineludiblemente una **revisión de los clásicos conceptos de la educación**.

Son estos aspectos los que las sociedades científicas debieran tener en cuenta al brindar una propuesta educativa, de modo de incluir diversas modalidades que se adecuen a lo mencionado y que, a su vez, brinden al profesional la posibilidad de elección y planificación de aquellos programas que más se adapten a su realidad.

Sin dudarlo, lo realmente importante es qué tipo de relación debemos establecer con el conocimiento y cuáles son las habilidades que deberemos desarrollar para establecer un vínculo eficiente con él.

Los avances en las comunicaciones obligan a los médicos a la adquisición de conocimientos técnicos y destrezas que les permitan hacer un uso adecuado de los mismos. El acceso al material de divulgación científica en permanente actualización y las plataformas a través de las cuales profesores y alumnos realizan sus intercambios a distancia requiere de un aprendizaje para el correcto aprovechamiento de estas modalidades. Esto conlleva cierto esfuerzo personalizado en el manejo de cada opción en particular. ¿Estamos todos dispuestos a realizarlo?

Si hasta ahora el modelo educativo se ha sustentado en uno de “acumulación de conocimientos”, ¿no sería la “flexibilidad para **aprender a aprender**” el eje central de esta sociedad de cambio en tiempo real?

La adaptación a este nuevo modelo nos pide dejar atrás antiguos paradigmas. Un desafío que implica abandonar nuestra zona de confort y movernos con cierto esfuerzo personal y del modo más armonioso posible, hacia una zona incierta en la cual el cambio, sin lugar a dudas, será una constante, dentro un contexto de mutación continua.

# ENDOMETRIOSIS PROFUNDA STATEMENT

## **Dr. Alfredo Celis L.**

Vicepresidente de la Sociedad Peruana de Endometriosis

Clínica Angloamericana

Lima - Perú

## **Dr. José Negrón R.**

Centro de Endometriosis y Dolor Pélvico

Clínica Montesur

Lima-Perú

## **Ma. Ángela Pascual M.**

Cap de Servei i Directora I+D de Diagnostic Ginecologic per Imatge

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción

Hospital Universitario Dexeus

## **Dr. Humberto José Dionisi**

Presidente de la Sociedad Argentina de Endometriosis

Director del CEDEM

Córdoba - Argentina

La endometriosis es definida como la presencia de mucosa endometrial (glándulas y estroma) por fuera de la cavidad uterina, lo cual induce una reacción inflamatoria crónica<sup>1</sup>. Es una enfermedad ginecológica frecuente, de naturaleza benigna y multifactorial que afecta a más del 10% de mujeres en edad reproductiva y en particular aquellas con dolor pélvico e infertilidad<sup>2,3</sup>. La endometriosis infiltrativa profunda es considerada como la forma de presentación más agresiva y se define como la presencia de lesiones endometriósicas, las cuales infiltran la superficie peritoneal con una profundidad mayor de 5 mm y que comprometen órganos adyacentes como los ligamentos útero-sacros, tabique recto vaginal, intestino, vejiga y uréteres

y que frecuentemente altera la calidad de vida de la mujer por presencia de dolor pélvico severo<sup>4,5</sup>.

La incidencia real es poco precisa debido a que muchas veces las lesiones son retroperitoneales y aún con la laparoscopia no siempre es posible poder verlas, hay reportes con incidencia de 33%<sup>6</sup> y prevalencia de 3 y 10%<sup>7,8</sup>.

Las lesiones se ubican más frecuentemente en los ligamentos útero-sacros y fondo de saco de Douglas ( 52.7%), intestino (22.7%), vagina (16,2%), vejiga (6.3%) y uréter (2.8%)<sup>9</sup>.

Los síntomas más frecuentes asociados a la endometriosis profunda son dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia profunda y disquecia, la infertilidad también es un acompañante frecuente

## ENDOMETRIOSIS PROFUNDA STATEMENT

de este tipo de presentación de endometriosis. El tratamiento debe ser quirúrgico en primer orden, y secundariamente médico; depende básicamente de la sintomatología de la paciente, edad, del deseo de fertilidad y debe dirigirse principalmente a disminuir los síntomas, reducir las posibilidades de recidiva y conservar y mejorar la fertilidad.

**Clasificación:** Existen diversas clasificaciones, pero se puede considerar que la clasificación de

Chapron (2003) es bastante útil porque permite establecer una relación entre la localización de la enfermedad y la vía de abordaje. En la misma se puede observar que la laparotomía es aún considerada, pero en el momento actual la mayoría de localizaciones pueden ser resueltas por vía laparoscópica, independientemente de la extensión de la enfermedad.

| CLASIFICACIÓN DE ENDOMETRIOSIS INFILTRATIVA PROFUNDA |   |
|--|---|
| Clasificación DIE                                    | Procedimiento quirúrgico  |
| A: Anterior  |   |
| A1: vejiga   | Excisión parcial laparoscópica  |
| P: Posterior   |   |
| P1: Ligamento utero sacro (LUS)                      | Resección laparoscópica de LUS  |
| P2: Vagina   | Resección laparoscópica asistida vía vaginal                            |
| P3: Intestino  |   |
| <b>Localización Intestinal única :</b>               |   |
| Sin compromiso de vagina                             | Resección intestinal laparoscópica o por laparotomía                    |
| Con compromiso de vagina                             | Resección laparoscópica asistida vía vaginal o exeresis por laparotomía |
| <b>Localización intestinal múltiple</b>              | Resección intestinal por laparotomía                                    |

Tomado de Ch. Chapron (2003) (8)

### Diagnóstico:

La endometriosis debe ser sospechada tomando como base los signos y síntomas de la historia clínica, es corroborada por el examen clínico y las técnicas de imágenes, y es finalmente probada por el estudio histopatológico de las

muestras obtenidas durante la laparoscopia. En el caso de la EIP, el diagnóstico implica tener en cuenta la historia clínica, el examen físico que incluye el tacto recto-vaginal y la ayuda de las imágenes.

### **- Historia Clínica: ¿Cuáles síntomas están asociados a endometriosis profunda?**

Los síntomas de endometriosis dependen de la localización de las lesiones, así tenemos que la endometriosis profunda de la pelvis posterior está asociada con los formas más severas de dispareunia y disquécia que son considerados como síntomas altamente predictivos de endometriosis profunda<sup>9,10</sup>. Otros síntomas que deben ser considerados son dismenorrea, infertilidad, sangrado rectal, disuria, hematuria.

### **- Examen Clínico: ¿Qué hallazgos son predictivos para la presencia y localización de endometriosis profunda?**

El examen clínico constituye una herramienta importante en el diagnóstico de la endometriosis profunda y está dirigido a facilitar el diagnóstico y acercarse a establecer la localización y extensión de la enfermedad cuando sea posible. El examen comprende la visualización de la vagina con espéculo, así como también la palpación bimanual y rectovaginal.

Debe ponerse especial énfasis en la búsqueda de endometriosis profunda por medio de la inspección del fornix posterior de la vagina a través del hallazgo de nódulos de color violáceo. La palpación bimanual puede poner en evidencia la presencia de infiltración o nódulos en los ligamentos utero sacros y/o fondo de saco posterior de la vagina<sup>11</sup>; asimismo, el tacto rectal puede permitir la detección de infiltración o masas de tabique recto vaginal o de los anexos<sup>12</sup>.

La confiabilidad del examen clínico para detectar endometriosis puede ser aumentada realizando el examen durante la menstruación<sup>13</sup>.

La presencia de endometrioma es considerada como un marcador de una forma más severa de la enfermedad, por lo tanto su presencia obliga a la búsqueda y descarte de endometriosis profunda<sup>14</sup>.

El GDG recomienda que se debe realizar el examen clínico en toda paciente que se sospeche endometriosis aunque el examen vaginal puede ser inapropiado en adolescentes y mujeres que no han tenido relaciones; en estos casos el tacto rectal puede ser de ayuda en el diagnóstico de endometriosis de infiltración profunda<sup>15</sup>.

El examen clínico puede no ser tan preciso en el diagnóstico de endometriosis profunda por lo que requiere ser complementado con estudios de imágenes como el ultrasonido transvaginal o transrectal y MRI (resonancia magnética).

### **- Diagnóstico Ecográfico:**

La ultrasonografía transvaginal (USTV) tiene un gran valor cuando se sospecha endometriosis infiltrativa profunda, diversos estudios han demostrado la precisión de la USTV en demostrar endometriosis recto-vaginal, por lo cual es de mucha importancia tanto para identificar como para descartar endometriosis profunda<sup>16</sup>.

La ecografía TV debería ser considerada un procedimiento diagnóstico de primera línea<sup>17</sup>. Aunque muestra resultados controvertidos en el estudio de la endometriosis profunda, algunos autores han mejorado estos resultados introduciendo modificaciones

## ENDOMETRIOSIS PROFUNDA STATEMENT

de la técnica, tales como: la sonovaginografía<sup>18</sup>, la técnica del guante para el estudio del fórnix<sup>19</sup>.

Debido a que los endometriomas se consideran como un marcador primario para endometriosis profunda, su observación obliga a la búsqueda de ésta en los diferentes compartimientos pélvicos.

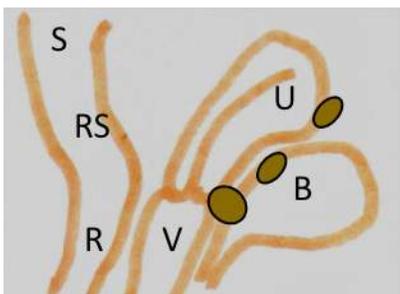
Cuando los endometriomas son de mayor tamaño o tienen afectación superficial, se pueden formar adherencias entre ambos ovarios. Éste es el llamado signo del beso “kissing ovaries”<sup>20</sup>.



“Kissing ovaries”

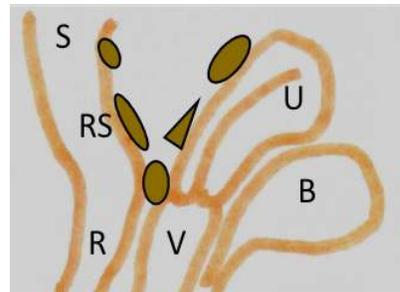
Las lesiones de la endometriosis profunda se clasifican según su distribución anatómica y se dividen en dos compartimientos:

- **Compartimento Anterior**, que incluye la plica vesico-uterina, vejiga y uréteres.

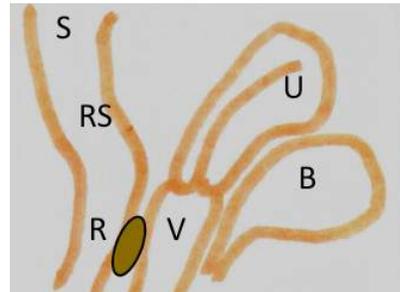


U Útero  
B Vejiga  
V Vagina  
R Recto  
S Sisma

- **Compartimento posterior**, que incluye pared posterior uterina, ligamentos útero - sacros, fondo de saco de Douglas, pared anterior del recto y sigma y tabique recto vaginal.



U Útero  
B Vejiga  
V Vagina  
R Recto  
S Sisma



U Útero  
B Vejiga  
V Vagina  
R Recto  
S Sisma

Una de las primeras maniobras a realizar en el estudio de la endometriosis profunda es el “Sliding sign” o signo del deslizamiento. La maniobra se realiza mediante presión con una mano en el abdomen y empujando el transductor vaginal contra el cérvix uterino, si el paquete intestinal se desliza correctamente es Sliding sign (+); pero si se encuentra “adherido” a la pared posterior uterina, no hay deslizamiento y el Sliding sign es (-), indicativo de que hay afectación endometriósica del compartimento posterior.

Después debe evaluarse el compartimento anterior, prestando especial atención a la plica vesico-uterina y vejiga. Deben rastrearse los

uréteres y comprobar que no están dilatados, y efectuar un barrido abdominal para comprobar que no hay dilatación pielocalicial de los riñones (si la hubiera es signo indirecto de afectación de los uréteres).



Afectación de la plica vesico-uterina

El estudio ecográfico del compartimento posterior, incluye la búsqueda de la afectación de la pared posterior y el fondo de saco de Douglas, con extensión hacia el ligamento útero-sacro y la afectación del recto y o recto-sigma.



Ligamento úterosacro

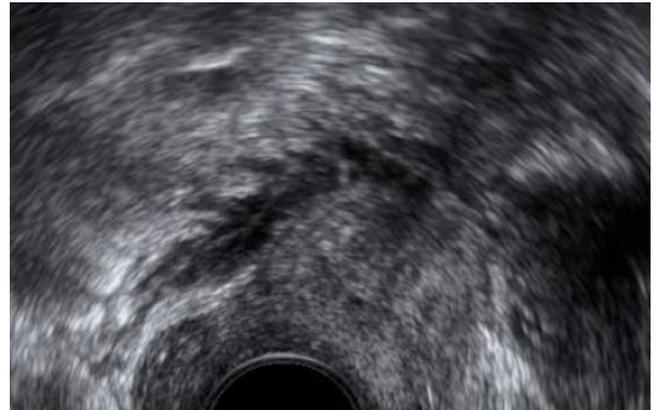
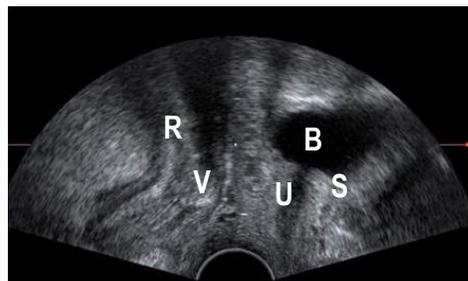


Imagen llamada en "plumas de indio" que no es más que la retracción que produce la infiltración de la endometriosis a nivel de recto y recto-sigma.

La endometriosis del tabique recto vaginal (TRV) corresponde a la forma más severa de la endometriosis profunda comprometiendo específicamente el tejido conectivo entre la vagina y la pared anterior del recto, y está asociado a formas más severas de disquecia y dispareunia .

Para obtener una buena captura de ecografía tridimensional del suelo pélvico para diagnóstico de endometriosis profunda del tabique recto vaginal, se coloca el transductor a nivel del introito, ajustando el ángulo de captura al máximo (de 90° a 120°, según equipos).

El plano óptimo de adquisición, debe mostrar la sínfisis púbica, la uretra y la vejiga, la vagina y el recto, tal como muestra la imagen.



- S Sínfisis
- B Vejiga
- U Uretra
- V Vagina
- R Recto

La ecografía es una herramienta útil sobre todo cuando la realiza un ecografista experimentado en comunicación directa con el ginecólogo, pero es importante tener en cuenta que el diagnóstico ecográfico de endometriosis profunda, en ausencia de síntomas, no es indicación para la cirugía.

Cuando la endometriosis afecta a recto-sigma, la ecografía transvaginal, con preparación intestinal es capaz no solo de determinar el número y el tamaño de las lesiones, sino también la profundidad de la invasión en la pared intestinal y la distancia al borde anal.

### **- Resonancia nuclear magnética:**

Hay controversia en cuanto a cuál examen es mejor, si la UTV o la RNM, siendo esta técnica menos dependiente del operador y además puede ofrecer mayor información sobre las lesiones sigmoideas. Dependiendo de la experiencia de cada centro pueden usarse complementariamente o independiente una de otra, pero el objetivo final es tener un diagnóstico preoperatorio adecuado para hacer una planificación del tratamiento quirúrgico que se va realizar.

Es importante la preparación adecuada de la paciente para la obtención de imágenes de buena calidad. Algunos autores recomiendan realizarla en la primera parte de la fase folicular (antes del día 8° del ciclo) para detectar mejor cualquier foco de endometriosis. Teniendo en cuenta que una característica de las lesiones endometriósicas es la presencia de hemoderivados debido al sangrado recurrente dentro de estas lesiones. Las técnicas

de RM que se centran en la detección de productos sanguíneos, como las secuencias ponderadas en T1 pueden evidenciar más fácilmente estas lesiones dependiendo del ciclo menstrual.

Se recomienda un ayuno mínimo de 3 horas, medicación que inhiba el peristaltismo intestinal, administración de laxantes o enemas, vejiga moderadamente replecionada para evitar artefactos debido a la movilidad del detrusor, así como la opacificación de la vagina y del recto mediante un gel. Esto último, según algunos autores puede aumentar la sensibilidad y especificidad hasta un 97% y 100% respectivamente, para cualquier lesión endometriósica.

De la evidencia actual se puede establecer que las técnicas de imagen son de mucha importancia para estimar la extensión de la enfermedad en mujeres con endometriosis profunda, de modo tal que permita planificar el futuro tratamiento quirúrgico.

Por lo tanto, se recomienda la evaluación de uréter, vejiga, intestino y tabique recto-vaginal con el uso de imágenes cuando la historia y el examen clínico hagan sospechar en endometriosis profunda.

### **Diagnóstico laparoscópico:**

La laparoscopia es extensamente utilizada ya sea para diagnosticar o descartar la presencia de endometriosis. La combinación de laparoscopia más la comprobación histológica es considerada como el *“gold standard”* para el diagnóstico de endometriosis. Las indicaciones para realizar una laparoscopia incluyen la necesidad de tener un diagnóstico definitivo, la infertilidad y la presencia

de signos y síntomas de enfermedad avanzada (endometrioma y endometriosis profunda).

En cuanto a la precisión de la laparoscopia, se considera que una laparoscopia negativa (en la cual la endometriosis no es diagnosticada) es bastante segura para excluir endometriosis; sin embargo, una laparoscopia positiva (en la cual, la endometriosis es identificada) es menos informativa y de valor limitado si no va acompañada de la histología correspondiente<sup>21</sup>. La experiencia y destreza del cirujano es importante en los resultados, porque la endometriosis localizada retroperitoneal o vaginalmente puede ser pasada por alto si no se ha hecho una adecuada evaluación preoperatoria y el cirujano no cuenta con la experiencia suficiente.

Una laparoscopia de buena calidad debe ser sistemática y en su ejecución debe incluir:

- El útero y los anexos
- El peritoneo de las fosas ováricas, del repliegue vesico-uterina, del fondo de saco de Douglas y espacios para rectales
- El recto y sigmoides
- El apéndice y el ciego
- El diafragma

Se recomienda hacer una laparoscopia para el diagnóstico de endometriosis, aunque no hay evidencia suficiente que una laparoscopia (+) sin histología pueda probar la enfermedad. Por lo tanto, es importante que la laparoscopia positiva sea confirmada por histología, aún cuando una histología negativa no lo excluye (ESHRE – Guidelines 2014).

### **- Endometriosis Intestinal :**

#### **Tratamiento :**

Las mujeres con endometriosis profunda tienen dos principales molestias, que son el dolor pélvico crónico en sus diferentes manifestaciones e infertilidad; el tratamiento va a depender del síntoma prevalente, del deseo de fertilidad de la paciente, del antecedente de cirugías previas o tratamientos médicos anteriores. Las principales opciones de tratamiento para la endometriosis recto vaginal e intestinal sintomáticas son el tratamiento médico y el quirúrgico.

#### **Tratamiento médico:**

Siempre se ha considerado que el tratamiento médico juega un papel importante en el manejo del dolor en las pacientes con endometriosis profunda, pero hay que tener en cuenta que si bien se obtiene regresión del dolor, las lesiones difícilmente van a regresionar y no se puede hablar de curación de la enfermedad puesto que cuando se suspende el tratamiento los síntomas se reactivan<sup>22</sup>. Su principal ventaja es que su acción se ejerce en todos los sitios de la enfermedad simultáneamente.

El beneficio del tratamiento quirúrgico es dudoso, ya que algunos autores encuentran que su uso disminuiría el tamaño de las lesiones, la vascularización y la inflamación haciendo más fácil la cirugía<sup>23</sup>, pero otros cuestionan su uso porque la disminución de las lesiones es mínima y la cirugía se torna un tanto más difícil por ser el tejido más friable<sup>24</sup>.

El tratamiento médico postquirúrgico se recomienda rutinariamente cuando se tiene conciencia de haber realizado un tratamiento quirúrgico incompleto y también cuando se considera que el tratamiento ha sido radical, para disminuir la persistencia o recurrencia de la enfermedad respectivamente<sup>25</sup>.

Los resultados con el tratamiento médico de la endometriosis profunda en cuanto al alivio del dolor son buenos y equivalentes con los diferentes medicamentos que se utilizan para este fin, como el danazol, los agonistas de GnRH, las progestinas y las combinaciones de estrógenos y progestágenos<sup>26</sup>, pero el uso de progestágenos solos se considera como el tratamiento de primera línea.

Teniendo en cuenta que la cirugía por endometriosis se trata de una cirugía de alta complejidad no exenta de riesgos, muchos consideran que el tratamiento médico estaría indicado en las siguientes situaciones:

- En pacientes con cirugías incompletas
- En pacientes operadas más de una vez y que persisten con dolor
- Para evitar recurrencia, en pacientes con cirugías consideradas completas
- Para postergar cirugía por diferentes motivos ejem. elevar Hb
- Cuando no haya equipo quirúrgico para realizar la cirugía
- Cuando los riesgos de la cirugía superan el beneficio

Es claro que el tratamiento médico no cura la endometriosis pero sí inactiva las lesiones, con lo cual disminuye la inflamación y como consecuencia

de esto disminuye el dolor, aunque por tiempo variable porque las recurrencias se presentan en el 74% de los casos a los 5 años<sup>27,28</sup>. En otros estudios se encuentra que la recurrencia ocurrió más tempranamente entre 6 a 12 meses e incluso los nódulos aumentaron de tamaño<sup>29</sup>.

En resumen, dentro de las diferentes opciones de tratamiento se consideran a las progestinas y a los anticonceptivos orales como tratamientos de primera línea; asimismo al acetato de noretisterona en los casos de lesiones rectovaginales, a los análogos de GnRH asociado a add-back therapy como tratamiento de segunda línea<sup>30</sup>. Los Aines también pueden ser usados como tratamiento complementario a los anteriores.

La terapia médica está basada en la supresión de síntomas, no es curativa y frecuentemente está asociada a significativos efectos colaterales y no debe ser considerada una real alternativa terapéutica al tratamiento quirúrgico para pacientes con endometriosis profunda sintomática<sup>31</sup>.

Exacoustos y col en un estudio ultrasonográfico de endometriosis nodular del ligamento útero sacro, fondo de saco de Douglas, unión recto sigmoidea y septum recto vaginal, que recibieron tratamiento médico con aGnRH, ACOs y LNG-IUD encontraron que los síntomas fueron aliviados en el 73% de los casos y parcialmente aliviados en el resto; sin embargo, no hubo una mayor diferencia en la reducción del tamaño de las lesiones ni del volumen de las mismas, concluyendo que los hallazgos ultrasonográficos confirman que la terapia médica no cura la endometriosis profunda solo alivia el dolor e induce una quiescencia temporaria de las lesiones activas<sup>32</sup>.

### - Tratamiento Quirúrgico:

La endometriosis profunda tiene como característica frecuente la afectación de diferentes órganos y su tratamiento quirúrgico es complejo, por lo cual requiere la participación de un equipo de especialistas expertos en laparoscopia dependiendo del órgano afectado (ginecólogo, cirujano colo-rectal, urólogo). Teniendo en cuenta que se trata de una cirugía difícil y con frecuencia de larga duración es importante tener una planificación preoperatoria correcta de lo que se va a hacer basado en un diagnóstico por imágenes lo más preciso posible, para que la planificación que se haga sea la más adecuada para cada paciente. Otro aspecto de suma importancia es la sistematización del procedimiento, lo cual permite obtener mejores resultados y menos complicaciones.

Un primer concepto que se debe tener presente es que el hallazgo de endometriosis profunda en el examen clínico o en el estudio por imágenes en pacientes asintomáticas no es indicación de cirugía y no deben ser operadas.

Teniendo en consideración que la endometriosis profunda afecta a mujeres jóvenes en edad reproductiva, los objetivos de la cirugía son: mejorar la calidad de vida mediante el alivio del dolor en todas sus formas, preservar la fertilidad y reducir las tasas de recurrencia realizando una excisión de las lesiones lo más radical posible pero tratando en lo posible de no comprometer la función de los órganos involucrados y tendiendo siempre a minimizar las complicaciones.

Los avances tecnológicos logrados por la laparoscopia tanto en la calidad de imagen, electrocirugía como en instrumentación, han hecho posible que esta vía de abordaje sea la preferida para la realización de las diferentes técnicas quirúrgicas en sus diferentes modalidades, como el “*shaving*”, resección discoide y la resección segmentaria, pero el enfoque quirúrgico más apropiado para esta difícil enfermedad permanece aún controversial<sup>33</sup>.

El tratamiento quirúrgico de la endometriosis profunda va a depender de diferentes factores. En una reciente revisión, Abrao y col<sup>34</sup>, agrupando la experiencia de distintos expertos consideran una serie de parámetros para determinar las mejores opciones terapéuticas sobre todo en relación con la necesidad de cirugía y el tipo de cirugía que son cruciales para determinar el mejor enfoque quirúrgico, son:

- Número de lesiones intestinales profundas: multifocalidad y multicentricidad
- Localización de las lesiones
- Tamaño de la lesión intestinal profunda: > 3 cm
- Compromiso lesional circunferencial intestinal: > 40%
- Profundidad de infiltración lesional: serosa, muscular, submucosa, mucosa
- Distancia de la lesión al margen anal: < 5-8 cm
- Patrón histológico de la lesión profunda: glandular bien diferenciado, estromal, glandular mixto o glandular indiferenciado
- Diseminación linfática: correlaciona con el tamaño de la lesión intestinal

La indicación quirúrgica en la endometriosis profunda que compromete el intestino debe ser individualizada, siendo factores determinantes: la edad, la intensidad del dolor (VAS 7), el riesgo de obstrucción y el deseo de embarazo.

### **Tomando en cuenta los factores mencionados la cirugía está indicada en los siguientes casos:**

- ⌘ Pacientes que presentan dolor pélvico crónico significativo, con dismenorrea dispareunia y disquecia de intensidad moderada – severa
  - Pacientes que presentan signos de obstrucción intestinal
  - No existe evidencia científica de nivel I que justifique la cirugía por fracaso de ciclos de FIV
  - Si no existe dolor invalidante y la prioridad es el embarazo debe indicarse técnicas de reproducción asistida (TRA)

Las tres técnicas quirúrgicas en el tratamiento de la endometriosis recto vaginal con compromiso intestinal incluyen:

1. La técnica del “*shaving*” (afeitado): Pelado de la serosa y subserosa intestinal comprometida por la lesión endometriósica.
2. La resección del nódulo endometriósico (“resección discoide”): Escisión selectiva del nódulo intestinal endometriósico con o sin apertura del intestino, seguido por cierre de la pared intestinal.
3. La resección segmentaria con anastomosis intestinal: Resección de un segmento intestinal afectado por la enfermedad, seguida de anastomosis (T-T o T-L).

La elección del tipo de cirugía a realizar va a depender del número, tamaño y profundidad de los nódulos intestinales, del grado de fibrosis asociada, del compromiso de la luz intestinal o ureteral, del grado de hidronefrosis, de la afectación ganglionar y de la distancia al borde anal.

### **Se consideran las siguientes opciones de acuerdo con cada caso :**

- Solo excisión del nódulo (en endometriosis del tabique R-V)
- Afeitado (*shaving*): si la afectación es de la serosa o si la afectación de la muscular intestinal es superficial
- Resección discoide: en caso de invasión muscular con nódulo menor de 3 cm
- La resección sigmoidea segmentaria está indicada en caso de nódulo mayor de 3 cm de multifocalidad (más de 1 nódulo con distancia menor a 3 cm) o multicentricidad (más de un nódulo con distancia mayor de 3 cm), restricción de la luz intestinal mayor del 50% o afectación hasta la mucosa. Según la mayoría de los expertos la resección anterior baja no debería sobrepasar el 50% de los casos.

El tratamiento conservador basado en el “*shaving*” rectal y la escisión total discal (escisión nodular), se presentan como una alternativa razonable, aproximadamente el 66% de las pacientes pueden ser manejadas con estas modalidades. La finalidad de la utilización de éstas técnicas como tratamiento conservador es la mayor preservación rectal por escisión selectiva

de los implantes endometriósicos macroscópicos a fin de evitar resultados desfavorables en relación a la resección rectal<sup>35</sup>.

El tratamiento quirúrgico de la endometriosis profunda intestinal no está exenta de complicaciones, siendo las principales: Fístula (0 -14%), Hemorragia digestiva (1-11%), Infecciones (1- 3%), Laparoconversión (> 12%), Disfunción vesical e intestinal (1 – 71%), (constipación severa) (1 – 15%)<sup>34</sup>.

El objetivo de estas cirugías se basa en la mayor preservación de la función intestinal, ya que la resección intestinal colorectal no está libre de consecuencias funcionales potencialmente graves como son:

- Denervación rectal debido a la movilización y sección del mesorecto
- Estenosis de la anastomosis colorectal
- Reducción del volumen y “compliance” del reservorio rectal, que se manifiesta por cambios en la calidad y frecuencia evacuatoria
- Presiones intracólicas elevadas con impacto en el esfínter anal, debilitándolo a largo plazo, con la consecuente urgencia e incontinencia fecal

Contrariamente, las técnicas menos invasivas (“shaving”, resección nodular discal), no requieren movilización del colon ni sección del mesorecto, produciendo por esto menor tasa de complicaciones. El “*shaving*” restablece la función digestiva, preserva la función motora y sensitiva intestinal<sup>36</sup>.

De igual forma, la escisión nodular discal utiliza suturas rectales semicirculares que son menos probables de producir estenosis rectal. Además la longitud y el volumen del reservorio rectal están menos comprometidos con estas técnicas.

Las lesiones rectales bajas con nódulos > 3 cm constituyen un reto quirúrgico no solo del punto de vista técnico, sino por la tasa elevada de complicaciones post operatorias cuando se realiza una resección segmentaria; por lo tanto, es aconsejable acompañarla de una colostomía o ileostomía complementaria.

### - Endometriosis del tracto urinario:

El concepto de endometriosis profunda implica además de la afectación del tabique rectovaginal y del intestino, la afectación del la vejiga y ureter. En los últimos años la presencia de endometriosis del tracto urinario (ETU) se diagnostica más frecuentemente debido a la mejora del diagnóstico por imágenes. De acuerdo con la literatura, la incidencia de ETU varía entre el 0.3 al 12% de todas las mujeres con endometriosis. Más frecuentemente la ETU afecta a la vejiga (80% de los casos), con menor frecuencia los uréteres (14% de los casos) y raramente los riñones (4%) (37). Un tercio de las pacientes son asintomáticas o solo presentan síntomas menores. En pacientes sintomáticas, los síntomas más frecuentes incluyen disuria, urgencia miccional, polaquiuria y solo en el 6% se presenta hematuria catamenial.

La **endometriosis de la vejiga**, se puede presentar con lesiones superficiales y profundas en el caso de estas últimas afectan principalmente al músculo detrusor, el trigono y el vértice vesical<sup>38</sup>. En las pacientes con lesiones superficiales y en un tercio de las pacientes con lesiones profundas pueden permanecer asintomáticas o tener dolores relacionados a la menstruación, el diagnóstico se realiza durante controles periódicos o dentro de la investigación por infertilidad.

En las pacientes sintomáticas se suman disuria, urgencia miccional, que aumentan en el periodo menstrual, generalmente confundidos con síntomas de infección urinaria pero presentan urocultivos negativos<sup>39,40</sup>. La hematuria es considerada como patognomónica de la endometriosis vesical pero solo se presenta en un 6% de las pacientes debido a que la endometriosis vesical raramente infiltra tan profundamente como para causar ulceración de la mucosa vesical<sup>41</sup>.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con cistitis crónica, intersticial, vejiga hiperactiva y cáncer de vejiga<sup>42</sup>.

El tratamiento de la ETU es un desafío y puede ser médico, quirúrgico o una combinación de ambos. El tratamiento médico (análogos, gestágenos y anticonceptivos combinados) es de elección en pacientes sin deseo de fertilidad con escasos síntomas vesicales, nódulos menores a 3 cm sin enfermedad obstructiva ureteral; por supuesto

con un control estricto teniendo como marcador la reaparición de los síntomas, aumento de tamaño tumoral y aparición de signos de enfermedad obstructiva .

La cirugía permite la escisión completa del nódulo con baja tasa de recurrencia y generalmente permite mantener una función apropiada de la misma. En lesiones superficiales de menos de 5 mm de infiltración se puede realizar un shaving (afeitado) con conservación del detrusor y de la mucosa vesical; en lesiones mayores conviene una cistectomía parcial, se recomienda la utilización de catéter doble jota sobre todo en las lesiones próximas a los meatos ureterales. Los límites de la escisión deben ser próximos para facilitar la reconstrucción de la vejiga.

**La endometriosis ureteral** representa el 14% de las ETU<sup>43</sup>, generalmente la porción más comprometida es la distal y el uréter más afectado es el izquierdo; existen dos tipos principales de endometriosis ureteral: la extrínseca y la intrínseca, la primera se presenta en el 95% de los casos, invade solo la capa externa del uréter, puede ser compresiva o envolvente y producir grados variables de obstrucción ureteral; la intrínseca representa el 5% de las lesiones ureterales, invade la capa muscular y la mucosa provocando generalmente obstrucción de su luz.

Si bien la endometriosis ureteral puede presentar síntomas inespecíficos asociados con obstrucción: cólico renal, lumbalgia y hematuria,

en la mayoría de los casos se encuentra disimulada por síntomas generales: dismenorrea y dolor pelviano crónico, pudiendo esto ocasionar con el tiempo una uropatía obstructiva severa y pérdida de la función renal<sup>44</sup>.

El tratamiento médico es de escasa utilidad debido a que los resultados no son satisfactorios, si bien puede producir reducción del tejido endometrial no desaparecen la fibrosis ni las adherencias que provocan la obstrucción.

La cirugía es el gold estándar del tratamiento de la endometriosis ureteral, sobre todo cuando se acompaña de uropatía obstructiva.

El diagnóstico diferencial entre endometriosis ureteral extrínseca e intrínseca, aún con RNM es difícil, por lo cual debemos realizar generalmente primero una ureterolisis liberando al uréter para determinar el grado de afectación de la pared del mismo y en caso de recuperar su funcionalidad con ello sería suficiente. Si la estenosis ureteral se mantiene, es necesario realizar un reimplante ureteral (ureteroneocistotomía) o una ureterectomía parcial con anastomosis termino-terminal<sup>45</sup>. Ambos procedimientos pueden ser realizados por vía laparoscópica, ya que ésta nos permite realizar técnicas microquirúrgicas con instrumental de 3 mm que disminuye la sombra óptica.

### **Conclusión:**

Las pacientes asintomáticas con endometriosis intestinal profunda no requieren cirugía y deben ser seguidas clínicamente y tal vez por ecografía para descartar crecimiento del nódulo con obstrucción del lumen<sup>46</sup>. La cirugía en estas pacientes está limitada al riesgo de obstrucción del lumen intestinal o en las pacientes con falla de FIV, aunque esto último es controversial.

En las pacientes que no desean embarazo, el tratamiento médico es la primera elección<sup>47</sup>, pero teniendo claro que éste solamente alivia el síntoma de dolor, pero no erradica la enfermedad.

La cirugía está indicada cuando las pacientes con dolor pélvico, no responden al tratamiento médico; cuando ésta es elegida se debe realizar la resección completa de la endometriosis para disminuir el riesgo de enfermedad residual y recurrencia<sup>48</sup>. El shaving es preferido en los casos de endometriosis intestinal superficial, y la resección del nódulo cuando es menor de 3 cm. La resección intestinal es preferida a la resección del nódulo en los casos de endometriosis multifocal, lesiones que infiltran mucosa y submucosa y nódulos mayores de 3 cm.

La endometriosis vesico-ureteral debe ser buscada en todos los casos de endometriosis profunda y la cirugía será elegida de acuerdo con la localización de la enfermedad.

1. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, Hummelshoj L, Prentice A, Saridogan et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod* 2005; 20:2698–2704.
2. Bulum SE. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2009; 360: 268-279.
3. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *N Eng J Med* 2010; 362 ; 25 2389-2398
4. Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, et al. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991; 5:759-765.
5. Vercellini P, Frontino G, Pietropaolo G, Gattei U, Daguati R, Crosignani PG. Deep endometriosis: definition, pathogenesis, and clinical management. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11:153-161.
6. Martin D, Hubert G, Levy B. Depth of infiltration of endometriosis. *J Gynecol Surg* 1989; 5:55–60.
7. Ret Dávalos ML, De Cicco C, D'Hoore A, De Decker B, Koninckx PR. Outcome after rectum or sigmoid resection: A review for gynecologists. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2007;14: 33–38.
8. Martin D, Hubert G, Levy B. Depth of infiltration of endometriosis. *J Gynecol Surg* 1989; 5:55–60.
9. Chapron C, Chopin N, Borghese B, Foulot H, Dousset B, Vacher-Lavenu M, Vieira M, Hasan W, Bricou A. Deeply infiltrating endometriosis: pathogenetic implications of the anatomical distribution. *Human Reproduction* 2006; 21(7):1839-1845.
8. Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V, Vacher-Lavenu MC, Dubuisson JB. Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. *Hum Reprod* 2003 Jan; 18(1):157-161.
9. Thomassin I, Bazot M, Detchev R, Barranger E, Cortez A and Darai E. Symptoms before and after surgical removal of colorectal endometriosis that are assessed by magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1264–1271.
10. Seracchioli R, Mabrouk M, Guerrini M, Manuzzi L, Savelli L, Frascà C and Venturoli S. Dyschezia and posterior deep infiltrating endometriosis: analysis of 360 cases. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15:695–699.
11. Bazot M, Lafont C, Rouzier R, Roseau G, Thomassin-Naggara I and Darai E. Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2009; 92:1825–1833.
12. Hudelist G, Ballard K, English J, Wright J, Banerjee S, Mastoroudes H, Thomas A, Singer CF and Keckstein J. Transvaginal sonography vs. clinical examination in the preoperative diagnosis of deep infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37:480–487.
13. Koninckx PR, Meuleman C, Oosterlynck D and Cornillie FJ. Diagnosis of deep endometriosis by clinical examination during menstruation and plasma CA-125 concentration. *Fertil Steril* 1996; 65:280–287.
14. Chapron Ch, 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; 92:453-487

15. Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, Heikinheimo O, Horne AW, Kiesel L, Nap N, Prentice A, Saridogan E, Soriano D, Nelen W. ESHRE Guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014; 29:400-412
16. Hudelist G, English J, Thomas AE, Tinelli A, Singer CF and Keckstein J. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound for non-invasive diagnosis of bowel endometriosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37:257–263.
17. Abrao MS, Goncalves MO, Dias JA Jr, Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod* 2007;22:3092 – 3097
18. Dessole S, Farina M, Rubattu G, Cosmi E, Ambrosini G, Batista Nardelli G. Sonovaginography is a new technique for assessing rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril* 2003;79:1023-7
19. Guerriero S, Ajosa S, Gerada M, Virgilio B, Angioni S, Melis SB. Diagnostic value of transvaginal “tenderness guided”ultra-sonography for the prediction for location of deep endometriosis. *Hum Reprod* 2008; 24:
20. Ghezzi F, Raio L, Cromi A, Günter Duwe D, Beretta P, Butarelli M, Muller M. *Fertil Steril* 2005; 83: 143-147
21. Wykes CB, Clark TJ and Khan KS. Accuracy of laparoscopy in the diagnosis of endometriosis: a systematic quantitative review. *BJOG* 2004; 111:1204–1212.
22. Lindsay PC. Medical and endocrine modulatory treatments. In: Shaw RW, ed. *Endometriosis, Current Understanding and Management*. Oxford: Blackwell, 1995.
23. Audebert A, Descamps P, Marret H, Ory- Lavollee L, Bailleul F, Hamamah S. Preoperative medical treatment with nafarelin in stage III-IV endometriosis: a French multicenter study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 79:145-148.
24. Buttram VC, Belue JB, Reiter R. Interim report of a study of danazol for the treatment of endometriosis. *Fertil Steril* 1982; 37:478–483.
25. Telima S, Ronnberg L, Kauppila A. Placebo- controlled comparison of danazol and high- dose medroxyprogesterone acetate in the treatment of endometriosis after conservative surgery. *Gynecol Endocrinol* 1987; 1:363–371
26. Vercellini P, Pisacreta A, De Giorgi O, et al: Management of advanced endometriosis. In *Fertility and Reproductive Medicine*. Edited by RD Kempers, J Cohen, AF Haney, JB Younger. Amsterdam, Elsevier Science B.V., 1998, pp 369–386.
27. Cirkel U. Medical treatment of symptomatic endometriosis. *Hum Reprod* 1996;11 (Suppl 3):89–101.
28. Waller KG, Shaw RW. Gonadotropin-releasing hormone analogues for the treatment of endometriosis: Long- term followup. *Fertil Steril* 1993; 59:511–515.
29. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Tozzi L, Raffaelli R. Gonadotropin-releasing hormone agonist treatment for endometriosis of the rectovaginal septum. *Am J Obstet Gynecol* 2000 Dec;183(6):1462-1467.
30. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Daguati R, Crosignani P. Endometriosis : current and future medical therapies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 2008, 22(2): 275-306

31. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Tozzi L, Raffaelli R. Gonadotropin-releasing hormone agonist treatment for rectovaginal endometriosis. *J Am Obstet Gynecol*. 2000; 183(6): 1462-1467. DOI: <http://dx.doi.org/10.1067/mob.2000.108021>
32. Exacoustos C, Romanini ME, Amadio A, Amoroso C, Szabolcs B, Zupi E and Arduini D. OC28: Effects of medical therapy on Deep endometriosis: a sonographic study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2007; 30(4): 375-375.
33. Meulemann C, Tomassetti C, D'Hoore A, Van Cleynenbreuguel B, Penninckx F, Vergote I and D'Hooge T. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. *Hum Reprod Update*. 2011; 17(3): 311-326.
34. Abrao MS, Petraglia F, Falcone T, Keckstein J, Osuga Y and Chapron C. Deep endometriosis infiltrating the recto-sigmoid: critical factors to consider before management. *Hum Reprod Update*. 2015; 21(3): 329-339.
35. Querleu D. Treatment of rectovaginal endometriosis. *Presse Med*. 1997; 26(16): 774-777.
36. Seracchioli R, Ferrini G, Montanari G, Raimonodo D, Spagnolo E and Di Donato N. Does laparoscopic shaving for deep infiltrating endometriosis alter intestinal function? A prospective study. *Aust NZJ Obstet Gynecol*. 2015; 55(4): 357-362.
37. Collinet P, Marcelli F, Villers A, et al. Management of endometriosis of the urinary tract. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006;34:347-52.
38. Donnez J, Van Langendonck A, Casanas- Roux F, et al. Current thinking on the pathogenesis of endometriosis. *Gynecol Obstet Invest*. 2002;54 Suppl 1:52-8.
39. Nezhat CH, Malik S, Osias J, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic management of 15 patients with infiltrating endometriosis of the bladder and a case of primary intravesical endometrioid adenosarcoma. *Fertil Steril*. 2002;78:872-5.
40. Villa G, Mabrouk M, Guerrini M, et al. Relationship between site and size of bladder endometriotic nodules and severity of dysuria. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007;14:628-32.
41. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, Vieira M, Dousset B, Breart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril*. 2002;78:719-26.
42. Genc M, Genc B, Karaarslan S, Solak A, Saracoglu M. Endometriosis localized to urinary bladder wall mimicking urinary bladder carcinoma. *Arch Ital Urol Androl*. 2014; 86:233-4.
43. Karadag MA, Aydin T, Karadag OI, et al. Endometriosis presenting with right side hydroureteronephrosis only: a case report. *J Med Case Rep*. 2014;8:420.
44. Seracchioli R, Mabrouk M, Manuzzi L, et al. Importance of retroperitoneal ureteric evaluation in cases of deep infiltrating endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2008;15:435
45. Mu D, Li X, Zhou G, Guo H. Diagnosis and treatment of ureteral endometriosis: study of 23 cases. *Urol J*. 2014;11:1806-12.
46. Abrao MS, Goncalves MO, Dias JA Jr, Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod* 2007;22:3092 – 3097.
47. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, De Matteis S, Barbara G, Fedele L. Post-operative endometriosis recurrence: a plea for prevention based on pathogenetic, epidemiological and clinical evidence. *Reprod Biomed Online* 2010;21:259–265.
48. Carmona F, Martínez-Zamora A, González X, Gineñis A, Bunesch L, Balasch J. Does the learning curve of conservative laparoscopic surgery in women with rectovaginal endometriosis impair the recurrence rate? *Fertil Steril* 2009; 92: 868 – 875.

# ¡NOS VEMOS A FIN DE MES!

## CIUDAD DE MÉXICO

31 DE JULIO, 1 Y 2 DE AGOSTO

# 2019



**1<sup>a</sup> CUMBRE**  
**IBEROAMERICANA**  
**DE ANTICONCEPCIÓN**  
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

FEDERACIÓN ANFITRIONA



INSCRÍBETE EN:  
[www.flasog.org/cumbre2019](http://www.flasog.org/cumbre2019)

   /@FLASOG

## Conozca los beneficios de Ginexeltis:

### ACTUALIZACIÓN CIENTÍFICA

Manténgase actualizado en [Ginexeltis.com](http://Ginexeltis.com)

Encuentre información actualizada en temas de ginecología que lo pondrá al día en:

- ✓ **Guías** de práctica clínica mundiales en texto completo.
- ✓ **Resúmenes** de las revistas de alto impacto.
- ✓ **Material** para pacientes
- ✓ **Noticias** de las sociedades científicas mundiales y regionales.

Educación Médica Continua:



#### Congresos

Entérese todos los meses de los congresos mundiales y regionales de ginecología.



#### Videos de Conferencias

Manténgase al día con las presentaciones y conferencias disponibles en la web.



#### Cursos

Siga los cursos de educación médica continua en nuestra región.

### HERRAMIENTAS PARA FACILITAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

Medicina basada en la evidencia

- ✓ Use las mejores herramientas para la búsqueda efectiva de artículos científicos en texto completo y en las mejores bases de datos médicas.
- ✓ Ubique fácilmente la mejor fuente de información con el Mapa de Búsqueda.
- ✓ Revise artículos de Medicina Basada en la Evidencia con la mejor sustentación científica.

### GRUPOS DE DISCUSIÓN

Lo invitamos a participar en nuestros grupos de discusión o crear su propio grupo:

- ✓ **Casos clínicos** en temas de gran impacto en ginecología.
- ✓ **Grupos de temas** de interés regional.
- ✓ **Grupos de médicos** por ciudad o región.

## MANTÉNGASE ACTUALIZADO EN GINEXELTIS.COM

Hemos reunido un grupo de expertos internacionales, para ofrecer a su comunidad.

Dr(@). su información será manejada según las políticas de confidencialidad y protección de datos.

### RED SOCIAL DE GINEXELTIS

Contacte con colegas y amigos de la región en un entorno académico y social.

- ✓ Haga contacto con sus amigos y colegas de la región.
- ✓ Descubra nuevos colegas.
- ✓ Contacte con miembros de su ciudad o con intereses afines.
- ✓ Comparta fotos, videos, eventos y más...

REALIZE SU PRE- REGISTRO EN:  
[ginexeltis.com/pre-registro](http://ginexeltis.com/pre-registro)

¡Lo esperamos!



# CURRÍCULOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR PARA AMÉRICA LATINA

**Pío Iván Gómez-Sánchez\***, **Alexsandra Ortiz Rovira\*\***,

**Luisa Fernanda Vásquez Vélez\*\***, **Ingrid Arévalo Rodríguez \*\*\***

\* Ginecólogo-Epidemiólogo, Magister en Salud Sexual y Reproductiva.

- Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia
- Fellow American Congress Obstetricians & Gynecologists
- Asesor del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de Flasog
- Miembro del Comité de Derechos Humanos y Salud de la Mujer-FIGO
- Asesor Médico Principal de IPPF/RHO

\*\* Especialistas en Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia.

\*\*\* Magister en Epidemiología Clínica, PhD en Salud Pública. Hospital Universitario Ramón y Cajal CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la inclusión de la propuesta temática curricular de FLASOG sobre salud sexual y reproductiva en los programas de pregrado y posgrado de las instituciones de educación superior de Latinoamérica y el Caribe.

**Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal en las cuales se aplicó una encuesta a universidades de Latinoamérica y El Caribe durante el año 2017 para determinar si los contenidos de los programas con relación a salud sexual y reproductiva corresponden a la propuesta temática de FLASOG tanto en pregrado (Medicina) como en posgrado (Obstetricia y Ginecología).

**Resultados:** 100% de los programas de pregrado evaluados incluyen dentro del currículo los siguientes temas: métodos anticonceptivos,

aborto y morbilidad materna y 36.4% incluyen salud sexual en la tercera edad. 100% de los programas de posgrado incluyen: métodos de anticoncepción, anticoncepción en posparto y posaborto, morbilidad materna, aborto, y maternidad saludable. Solo 55.6% de ellos incluyen temáticas relacionadas con interrupción voluntaria del embarazo y salud sexual en la tercera edad.

**Conclusiones:** Los programas cuentan con docentes dedicados a educación en SSR en sus programas, aunque en la mayoría de las instituciones (76.9%) no existe un proceso formal de evaluación y retroalimentación. Todas las universidades trabajan en sus contenidos curriculares de pregrado tres temas: aborto, anticoncepción y morbilidad materna, tópicos que han sido considerados de alto impacto en la salud sexual y reproductiva de

# CURRÍCULOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR PARA AMÉRICA LATINA

---

las mujeres. La interrupción voluntaria del embarazo se discute en 2 de cada 3 universidades. La salud sexual en la tercera edad en muchos programas se desconoce.

**Palabras clave:** Salud sexual y reproductiva, currículum, América Latina

## **ABSTRACT**

**Objective:** To identify if Latin-American and Caribbean higher education institutions include in their curriculum the sexual and reproductive health topics proposed by FLASOG in undergraduate and graduate programs.

**Methods:** Descriptive, cross sectional study developed in the year 2017. A survey was sent to universities in Latin America and the Caribbean to evaluate if the sexual and reproductive health contents in the curriculum in undergraduate school (medicine) and graduate school (obstetrics and gynecology) correspond to the ones proposed by FLASOG.

**Results:** 100% of assessed undergraduate programs include the following topics in their curriculum: birth control methods, abortion, maternal morbidity and mortality and 36.4% include sexual health in the elderly. 100% of graduate programs evaluated include: birth control methods, maternal morbidity and mortality, abortion, and healthy maternity and 55.6% include legal pregnancy termination and sexual health in the elderly.

**Conclusions:** All the higher education programs evaluated have teachers for sexual and reproductive health, but the majority of institutions (76.9%) do not have a formal process for evaluation and feedback. All the universities include in their undergraduate programs the following topics: abortion, birth control methods and maternal morbidity and mortality; these have high impact in sexual and reproductive health in women. However, topics such as legal termination of pregnancy are only included in 2 out of 3 universities evaluated, and sexual health in the elderly is rarely included in the curriculum.

**Key words:** sexual and reproductive health, curriculum, Latin America

## **INTRODUCCIÓN**

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) nació como tal en 1994 en la reunión de Población y Desarrollo realizada en la ciudad de El Cairo, y aunque la SSR es parte de los derechos fundamentales, a más de dos décadas después, la sociedad aún posee conceptos errados sobre la misma, los cuales van en detrimento de la población general.<sup>1</sup>

Se sabe que el conocimiento y la divulgación de los derechos en salud sexual y reproductiva permite a las naciones la consecución de sus metas propuestas. En la propuesta de desarrollo sostenible planteada por la OMS, que inició en el año 2015 y finaliza en el 2030, se reconoce la erradicación de la pobreza mediante la eliminación del hambre y

## CURRÍCULOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR PARA AMÉRICA LATINA

---

el logro de la seguridad alimentaria; así como garantizar una vida sana y una educación de calidad; lograr la igualdad de género; asegurar el acceso al agua y la energía; promover el crecimiento económico sostenido; adoptar medidas urgentes contra el cambio climático; promover la paz y facilitar el acceso a la justicia<sup>2</sup>. El reconocimiento y la implementación de los derechos en salud sexual y salud- reproductiva en todas las poblaciones, hace parte de las estrategias necesarias para el cumplimiento de las metas propuestas por los países integrantes de las Naciones Unidas<sup>2</sup>.

La función de los(las) educadores(as) con relación a derechos sexuales y reproductivos es un componente clave en la consecución de las metas del milenio, como se refleja en la meta número 4 y 5, citadas a continuación:

*“Proveer acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad. Para lograr la salud sexual, todas las personas, incluidos los jóvenes, deben tener acceso a la información completa y a la educación integral de la sexualidad, así como a los servicios de salud sexual en todo el ciclo de vida”<sup>2</sup>*

“Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan el carácter central de la salud sexual. La reproducción es una de las dimensiones fundamentales de la sexualidad humana, y como tal, puede contribuir a fortalecer las relaciones y a la satisfacción personal, cuando se desea y se planifica. La salud sexual abarca la

salud reproductiva. Deben ampliarse los programas actuales de salud reproductiva para abordar las diversas dimensiones de la sexualidad y la salud sexual de manera integral”<sup>2</sup>.

Es indispensable que los contenidos sean evaluados, analizados e incluidos de acuerdo con la región donde se realiza, teniendo en cuenta aspectos socioculturales, de género y asociados a la reproducción humana. Se deben incorporar conocimientos amplios y un entrenamiento específico de las actitudes y habilidades que deben desarrollar los(las) profesionales que la imparten, se debe incluir y profundizar en la enseñanza temas importantes, como violencia de género, anticoncepción y aborto, entre otros.

Los contenidos curriculares para pregrado y posgrado con relación a temas de salud sexual y reproductiva son fundamentales para un conocimiento libre y homogéneo en beneficio de la sociedad. Es necesario conocer previamente cómo se desarrollan las actividades curriculares dentro de las universidades, a fin de incidir positivamente y sin conflictos en la incorporación de contenidos a nivel de los servicios en donde se imparte la educación y capacitación, incentivar la inclusión de nuevos temas que permitan cambios de actitud del profesional que lo imparte.

La propuesta de contenidos curriculares para Latinoamérica fue sometida a un grupo de expertos(as) en salud sexual y reproductiva de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Dicha propuesta que

# CURRÍCULOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR PARA AMÉRICA LATINA

---

recibió apoyo económico de UNFPA-LACRO, se envió a todos los países a través de las Sociedades Científicas de Obstetricia y Ginecología, las mismas que quedaron encargadas de socializarla con sus asociados/as, docentes universitarios y representantes de los Ministerios de Salud<sup>3</sup>. El diseño de la estrategia se realizó con base en una propuesta por parte de FLASOG que convocó un grupo de trabajo de tres docentes con experiencia en el desarrollo de currículos universitarios, quienes hicieron una búsqueda no sistemática de la literatura en bases de datos, páginas web de universidades de la región y consultas con autoridades académicas de diversos países<sup>3</sup>.

Ofrecer educación en salud sexual es una responsabilidad de la sociedad. Una población educada, con claridad en sus derechos reproductivos le permite a todas las poblaciones fortalecerse, genera desarrollo y ayuda al cumplimiento de metas en beneficio de todas las naciones, ofrece un máximo aporte a la consecución de metas en el desarrollo sostenible propuesto por la Organización de las Naciones Unidas.

Nuestro objetivo fue la identificación en las instituciones seleccionadas de educación superior de Latinoamérica y el Caribe, de la inclusión de la propuesta temática curricular de FLASOG sobre salud sexual y reproductiva en los programas de pregrado (medicina) y posgrado (Obstetricia y Ginecología).

## METODOLOGÍA

### Diseño de Investigación

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en un grupo de universidades e instituciones de educación superior en Latinoamérica y el Caribe, durante el año 2017, con el objetivo de identificar los contenidos en salud sexual y reproductiva impartidos en los programas de pregrado (medicina) y posgrado (Obstetricia y Ginecología), con respecto a la propuesta de contenidos de la FLASOG.

El formato de la encuesta administrada a las instituciones participantes incluyó cuatro temáticas: descripción de la universidad, descripción sociodemográfica de los estudiantes de posgrado, descripción del cuerpo docente y correlación de los contenidos en salud sexual y reproductiva de los programas de pre y posgrado con relación a la propuesta de FLASOG. Previamente, se llevó a cabo una encuesta piloto que fue diligenciada por tres pares evaluadores, docentes del departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional de Colombia, quienes realizaron los ajustes a la encuesta con respecto al formato, claridad en las preguntas, pertinencia de la pregunta y grado de satisfacción al responder la encuesta.

## Población y Tamaño Muestral

Se realizó muestreo por conveniencia; se envió la encuesta a Universidades seleccionadas de la Región con programas de pregrado (medicina) y/o posgrado (Obstetricia y Ginecología). Los criterios de inclusión fueron: a) Ser institución de educación superior o equivalente, con programas y/o facultad de medicina en funcionamiento al momento de la encuesta, y b) Deseo voluntario de responder la encuesta. Se excluyeron los países que no impartían sus programas en idioma español, incluyendo Brasil, Haití y territorios ingleses/holandeses, así como aquellos países en los cuales no se contara con al menos una universidad/institución de educación superior representante.

A través de bases de datos de FLASOG de cada país se ubicaron los datos de contacto de los referentes de pregrado y posgrado de por lo menos una universidad de cada país de la región. Se realizó una lista de instituciones de educación superior con programas en pregrado (Medicina) y posgrado (Obstetricia y Ginecología) que representara a cada uno de los países de la región y con la que FLASOG tuviera algún referente para apoyar el diligenciamiento de la encuesta. La encuesta se envió en formato Google Forms a estos referentes quienes expresaron su voluntad de participar en la investigación al momento de recibirla y respondieron en línea la encuesta en su totalidad.

El grupo investigador realizó una base de datos para la recolección de información básica para determinar el contenido y los vacíos del currículo relacionados con el campo de la salud sexual y salud reproductiva. Se obtuvo información del diligenciamiento de la encuesta con las preguntas preestablecidas por el equipo desarrollador. La información recolectada se almacenó en una base de datos para su posterior análisis y síntesis de resultados.

Para analizar la información recolectada, se realizó un análisis descriptivo univariado. Para cada una de las variables cualitativas se hallaron las frecuencias absolutas y los porcentajes, según cada caso. Para las cuantitativas se calculó el promedio, el valor mínimo y máximo. La base de datos se construyó en Excel 2013.

## RESULTADOS

Se realizó una invitación a 18 universidades de Latinoamérica y el Caribe de carácter público y privada de habla hispana de la región (con excepción de Puerto Rico). De los 18 países que se invitaron a diligenciar la encuesta, se recibieron debidamente diligenciadas 13 encuestas de 11 países, distribuidos de la siguiente forma: Colombia, 3 universidades; Argentina, 2; Cuba, Costa Rica, Bolivia, Uruguay, Ecuador, Venezuela, Perú y Honduras, una respectivamente. Ver Tabla 1.

## CURRÍCULOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR PARA AMÉRICA LATINA

Tabla 1. UNIVERSIDADES Y PROGRAMAS EVALUADOS

| <b>UNIVERSIDAD</b>                                       | <b>PAIS</b> | <b>DEPARTAMENTO QUE RESPONDE LA ENCUESTA</b> |
|--|-------------|--|
| <b>Universidad de la República de Uruguay</b>            | Uruguay     | Medicina                                     |
| <b>Universidad Nacional de Comahue</b>                   | Argentina   | Medicina                                     |
| <b>Facultad de Ciencias Médicas Dr. Salvador Allende</b> | Cuba        | Medicina                                     |
| <b>Universidad de los andes Ecuador (Uniandes)</b>       | Ecuador     | Medicina                                     |
| <b>Universidad Central de Venezuela</b>                  | Venezuela   | Medicina                                     |
| <b>Universidad Nacional Federico Villarreal</b>          | Perú        | Medicina                                     |
| <b>Universidad Tecnológica de Pereira</b>                | Colombia    | Medicina                                     |
| <b>Universidad de Cartagena</b>                          | Colombia    | Medicina                                     |
| <b>Universidad del Valle</b>                             | Colombia    | Medicina                                     |
| <b>Universidad Nacional Autónoma de Honduras</b>         | Honduras    | Medicina                                     |
| <b>Universidad de Costa Rica</b>                         | Costa Rica  | Medicina                                     |
| <b>Universidad Nacional de la Matanza</b>                | Argentina   | Medicina                                     |
| <b>Universidad Nacional de Colombia</b>                  | Colombia    | Medicina                                     |

Dentro de las universidades convocadas para la encuesta, predominan las de carácter público con un porcentaje de 92.9%, sin ninguna representación de instituciones de carácter mixto. Los programas evaluados en todas las universidades fueron de pregrado: medicina y de posgrado: ginecología. Casi todas las universidades ofrecen el programa de medicina en pregrado y excepto el Hospital Boliviano Japonés de Trinidad, Bolivia, que ofrece solamente el programa de posgrado. El 71.4% de las universidades encuestadas ofrece el programa de posgrado en Obstetricia y Ginecología.

El promedio de estudiantes activos para pregrado por universidad es de 694, con un rango variable entre 50 y 1,292 estudiantes; mientras que en posgrado el promedio del número de estudiantes es de 43.4, con un rango entre 13 y 80 estudiantes.

La mayoría de estudiantes en formación de pregrado de las instituciones evaluadas son mujeres (61,5%). En todas las universidades, excepto en la Universidad Nacional de Colombia, existe predominio del género femenino. En los programas de posgrado, el 67% son mujeres, proporción que se mantiene similar en todas las universidades evaluadas.

Las edades de la población estudiantil son heterogéneas, con rangos de edad para pregrado que se encuentra entre 15 y 31 años de edad y el rango para posgrado entre 25 y 61 años.

El estrato socioeconómico que predomina entre los estudiantes de pregrado y posgrado es el estrato medio con un 83.3% y 88,9% respectivamente.

En pregrado, el lugar de procedencia de los estudiantes es en su mayoría de área urbana; sin representación internacional. Para posgrado es 88,9% de área urbana y 11.1% nacionalidad diferente al sitio de estudio. En la población de posgrado no se encontró estudiantes procedentes del área rural.

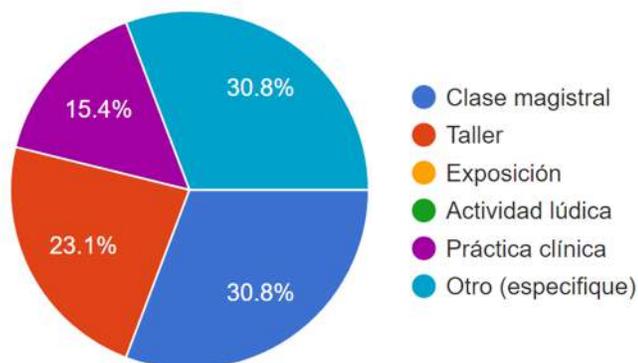
El número promedio de docentes de las asignaturas relacionadas con salud sexual y reproductiva de posgrado fue de 28 docentes, con diferencias marcadas entre las instituciones, con un mínimo de cinco docentes en la universidad en la Universidad de la República de Uruguay y un máximo de docentes de 108 la Universidad de Costa Rica.

La mayoría de las docentes de las universidades no reportan estudios en pedagogía, excepto de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Salvador Allende (Cuba), que tiene como requisito para su cuerpo docente tener estudios en pedagogía. La encuesta no permite establecer si hay un subregistro de formación en los docentes.

En el 76.9% de las instituciones evaluadas no existe un proceso de evaluación estandarizado para los docentes sobre los contenidos de salud sexual y reproductiva que ofrecen a los estudiantes. El 23.1% de las instituciones realizan evaluaciones de los contenidos en salud sexual y reproductiva a los docentes, lo hacen con frecuencia superior a un año; y los métodos de evaluación utilizados son talleres, pruebas escritas y entrevistas (Figura 1).

# CURRÍCULOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR PARA AMÉRICA LATINA

Figura 1 Estrategias Pedagógicas Para La Enseñanza De SSR



La mayoría de los docentes utilizan todas las estrategias pedagógicas evaluadas para el desarrollo de las actividades en salud sexual y reproductiva, incluyendo: clase magistral, taller y práctica clínica.

Dentro de los contenidos en salud sexual y reproductiva evaluados en los programas de pregrado, todas las universidades incluyen los siguientes temas encuestados: métodos anticonceptivos, aborto y morbilidad materna. Otros temas incluidos en pregrado, son: Anticoncepción posparto y posaborto (91.7%), maternidad saludable (90.1%), violencia de género (81.8%) y legislación nacional (propia) en salud sexual y reproductiva (81.8%), derechos en salud sexual y reproductiva (81.8%), conceptos y determinantes en salud sexual y reproductiva y legislación internacional en salud sexual y reproductiva (72.7%), derechos humanos, género e interculturalidad (63.6%) y bioética (54.5%), IVE (interrupción voluntaria del embarazo) 66,7%. Solo el 36.4% de los programas incluyen dentro de su currículo temas relacionados con salud sexual en la tercera edad.

Se encontró que 100% de los programas de posgrado enseña los siguientes tópicos: métodos de anticoncepción, anticoncepción en posparto y posaborto, morbilidad materna, aborto, y maternidad saludable. Otros tópicos menos impartidos son: derechos en salud sexual y reproductiva (88,9%), conceptos y determinantes en salud sexual reproductiva (88,9%), bioética (77.8%), violencia de género (88.9%), derechos humanos género e interculturalidad (77.8%), legislación nacional en salud sexual y reproductiva (75%), legislación internacional en salud sexual y reproductiva (66,7%). Existen temas muy importantes con un bajo porcentaje de enseñanza, como: IVE (interrupción voluntaria del embarazo) y salud sexual en la tercera edad, con solo 55.6%.

## DISCUSIÓN

La región de América Latina y el Caribe comprende 46 países, la mayoría de habla hispana. Nuestro estudio describió los contenidos en salud sexual y reproductiva de la educación en pregrado y posgrado, utilizando la herramienta temática propuesta por FLASOG. Se describe el contenido en temas de SSR de 13 universidades en 11 países, que representan el 23.9% de los países latinoamericanos<sup>3</sup>.

En cuanto a los contenidos curriculares en SSR, utilizando como referencia la propuesta FLASOG, todas las universidades trabajan en sus contenidos curriculares de pregrado tres temas: aborto, anticoncepción y morbilidad materna; tópicos que han sido considerados de alto impacto en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

## CURRÍCULOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR PARA AMÉRICA LATINA

---

Temas como la interrupción voluntaria del embarazo, de alto impacto en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, es un contenido que se discute en el ámbito académico en 2 de cada 3 universidades y se considera puede estar sesgado de acuerdo con los componentes sociales y legales de cada país. Es importante conocer el comportamiento de los países frente a este tema y su relación con el contenido político de la penalización del aborto. Chile fue el último país latinoamericano que despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo (en el 2017), y se junta a la lista de países como Uruguay que despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo en el año 2012 antes de la semana 12 de gestación. Argentina acepta la causal vida y violación; en Bolivia esta despenalizado por causal de violación y riesgo de la vida de la madre. Perú, Costa Rica y Venezuela se acepta el aborto en caso de riesgo materno; Colombia incluye tres causales: violencia malformaciones y riesgo la vida de la madre, y Cuba contempla el aborto seguro. Aunque en estos países hay causales de excepción para el aborto, no en todos se trata la interrupción voluntaria del embarazo dentro de los temas de SSR. Esto puede deberse a que las legislaciones en este tema son relativamente nuevas, por lo que aún la información no está ampliamente difundida.

De los países más restrictivos se encuentran Guatemala, Honduras, El Salvador, República Dominicana y Nicaragua. De estos países solamente Honduras diligenció la encuesta y

efectivamente allí no se trata el tema dentro del currículo de SSR.

Las universidades que incluyen un eslabón académico adicional con la inclusión de programas de posgrado en su educación superior fortalecen sus recursos académicos, que se ve reflejado en mayor implementación de contenidos temáticos en salud sexual y reproductiva para sus estudiantes de pregrado.

Se han realizado varios estudios tipo encuestas para identificar la información que poseen los estudiantes sobre Salud Sexual y Reproductiva. Uno de estos estudios fue publicado en el boletín de FLASOG de 2016, donde se encuestaron 780 estudiantes de diferentes programas del área de la salud de la Universidad de Buenos Aires, y fueron analizadas 760 encuestas. Se encontró que hay un importante desconocimiento de las políticas nacionales sobre salud sexual y reproductiva, y que la mayoría de la información la obtienen de sus docentes, lo cual reitera nuevamente la importancia de incluir estos temas en los currículos académicos<sup>7</sup>.

Otro estudio que pretendió evaluar los contenidos de salud sexual y reproductiva en currículos universitarios se encuentra en la Revista Cubana de salud pública durante el año 2013: “Los contenidos en salud sexual y reproductiva en la formación de pregrado y posgrado del médico cubano”, en la cual se realizó un estudio descriptivo de características de los contenidos en salud sexual y reproductiva de los programadas

de pregrado y posgrado en los médicos en Cuba y si el aprendiz adquiere las competencias necesarias en este tema. En este estudio se encontró que los programas tienen temas específicos sobre salud sexual y reproductiva, sin embargo, deben fortalecerse en procesos de investigación acerca de este tópico<sup>8</sup>.

La importancia de la educación en contenidos en salud sexual y productiva no solo para nuestra región sino para todas las naciones, es necesario para abordar los nuevos retos los cuales incluyen posteriores cambios en la perspectiva de la sociedad frente la anticoncepción que no solo marcó la historia de las mujeres, sino el rumbo de la sociedad.

### CONCLUSIONES

Este estudio observacional se puede implementar como base para conocer el contexto de la educación en salud sexual y reproductiva de los estudiantes universitarios en Latinoamérica y El Caribe, permitiendo orientar los contenidos en salud sexual y salud reproductiva de manera homogénea en la educación superior de nuestros países.

La mayoría de las universidades incluidas en nuestro estudio son de naturaleza pública lo que puede generar un sesgo en cuanto a los contenidos curriculares de las universidades privadas.

Los programas de posgrado evaluados tiene una amplia trayectoria y por ende experiencia en la enseñanza de temas de SSR (salud sexual y reproductiva). La mayoría de las universidades se encuentran en centro urbanos, con poblaciones muy variables en número de estudiantes, en los cual predomina el género femenino.

Los programas encuestados cuentan con docentes dedicados a educación en SSR en sus programas, aunque en la mayoría de las instituciones no existe un proceso formal de evaluación y retroalimentación en este contenido académico. Las pocas universidades que utilizan un mecanismo de evaluación de docentes lo hacen en periodos superiores a un año.

La salud sexual en la tercera edad uno de los contenidos menos reproducido en la educación de posgrado e incluso en muchos programas se desconoce este ítem. La importancia de la educación en contenidos iniciales en salud sexual y salud reproductiva no solo para nuestra región sino para todos los países es necesario para abordar los nuevos retos que abarca este tema con todos los cambios producidos desde el inicio de la anticoncepción que no solo marcó la historia de las mujeres, sino de la sociedad.

Las universidades encuestadas contienen programas de posgrados que incluyen en sus contenidos curriculares en su totalidad los temas: aborto, anticoncepción, anticoncepción posparto y posaborto, maternidad saludable y morbimortalidad materna.

Este estudio permite acercarnos a las características las poblaciones de estudiantes latinoamericanos, el perfil del docente que manejo los contenidos en salud sexual y reproductiva los tipos de evaluaciones utilizadas y temas desarrollados durante el desarrollo curricular, lo que nos permite direccionar los esfuerzos de FLASOG para incluir la totalidad de los temas en salud sexual y reproductiva en la población latinoamericana.

## CURRÍCULOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR PARA AMÉRICA LATINA

---

Las debilidades de este estudio radican en la confiabilidad de quien emite las respuestas de las encuestas, adicional una representación predominante de universidades de naturaleza pública.

Este estudio cuenta con una buena representación de los países latinoamericanos si tenemos en cuenta que 1 de cada 5 países respondió de manera completa los ítems preguntados.

Las estrategias desarrolladas para la enseñanza en los tópicos de salud sexual y reproductiva son significativas para llegar a resultados esperados en la población objeto. La implementación de un

enfoque adecuado y tácticas de trabajo son indispensables, no solo para la comprensión de los contenidos en salud sexual y reproductiva, sino para obtener un impacto realmente efectivo en la juventud, con un desarrollo sexual adecuado, sano y libre.

Todo esto, permitirá evaluar la utilidad y claridad de los temas desarrollados, el personal que realiza el entrenamiento y las técnicas utilizadas para enseñanza, buscando impactar adecuadamente en la homogeneización de este currículo en toda la población latinoamericana. Consecutivamente beneficiar la sociedad, con una vida sexual y reproductiva segura.



**ALIANZA**  
FLASOG

PONEMOS A  
**TU MARCA**  
EN DONDE DEBE VERSE

ESCRÍBENOS A  
[alianza@flasog.org](mailto:alianza@flasog.org)

1. Organización Mundial de la Salud. Consejo ejecutivo 113ª reunión: Salud Reproductiva - Proyecto de estrategia de avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. 2003
2. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2017. [www.undp.org](http://www.undp.org)
3. Gómez, PI, Oizerovich S, Jefferson L. Propuesta de contenidos en Salud Sexual y Reproductiva para incorporar en currículos de Pre y Posgrado. Lima, Octubre 2010. FLASOG.
4. REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCIÓN N° 008430 DE 1993. (4 DE OCTUBRE DE 1993)
5. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá 2003
6. Asociación Pro bienestar de la Familia Colombiana - Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015
7. Oizerovich S, Provenzano B, Stray Pedersen B. Conocimientos y prácticas en salud sexual y salud reproductiva. Encuesta a jóvenes estudiantes de la Facultad de Medicina, Argentina. Boletín FLASOG, junio 2016.
8. Pupo N, Segredo A. Los contenidos en salud sexual y reproductiva en la formación de pregrado y posgrado del médico cubano. Revista Cubana de Salud Pública 2013; 39:974-987
9. . Gómez D , Ochoa M , Canchila C , Ramos E , Salgado G, Malambo D. Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una institución de educación superior en Colombia. Rev. salud pública. 2014;16 (5): 660-672,
10. Blanc, A. K. The Effect of Power in Sexual Relationships on Sexual and Reproductive Health: An Examination of the Evidence. Studies in Family Planning, 2001; 32: 189–213
11. Singh S; Darroch JE; Vlassoff M; Nadeau J. Adding it up. The benefits of investing in sexual and reproductive health care. New York, New York, Alan Guttmacher Institute. 2003:36
12. Glacier, A, et al. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. The Lancet. 2006; 368: 1595-1607
13. Motivación, dificultades y demandas que enfrenta el o la docente. Revista semestral;9(5). Consultada el 3 de septiembre de 2018 en:<http://www.laenfermerahoy.com.ar/articulo.php?id=28>.
14. Gómez PI. Pasado, Presente y Futuro de la Anticoncepción. Capítulo 27: “Capacitación al personal en Salud”. Editorial Universidad Nacional de Colombia. 1a Ed. 2012:280-288
15. Haslegrave M, Olatunbosunb O. Incorporating Sexual and Reproductive Health Care in the Medical Curriculum in Developing Countries. Reproductive Health Matters 2003; 11 (21): 49-58
16. La encuesta como técnica de investigación social. En: Rojas AJ, Fernández JS, Pérez C, editores. Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos. Madrid: Editorial Síntesis, 1998: 31-49
17. Elaboración del cuestionario. En: Rojas AJ, Fernández JS, Pérez C, editores. Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos. Madrid: Editorial Síntesis 1998: 115-40
18. Rodríguez Gómez G ., Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la Investigación Cualitativa. España. 1996

REVISTA DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES  
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
Organo de difusión científica  
Julio 2019



# 69



# CONGRESO

MEXICANO DE OBSTETRICIA  
Y GINECOLOGÍA

**QUERÉTARO, QRO.**

**Octubre 13 al 17**

**2019**

---

Querétaro  
Centro de  
Congresos  
(QCC)



**SPGO**  
SOCIEDAD PARAGUAYA  
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



**XXIII Congreso**  
Latinoamericano  
de Obstetricia y Ginecología  
Asunción, Paraguay  
del 6 al 10 de septiembre 2020

