PROTOCOLO DE MEDICINA FUNCIONAL

Endometriosis Consciente

Una guía en nueve módulos

Entender tu endometriosis y manejar tus síntomas con herramientas reales.
Nueve módulos con ciencia actual, herramientas prácticas
y tu sesión conmigo incluida.

> Común no es lo mismo que normal.
> Tu cuerpo te está comunicando algo,
> y mereces que te lo tomen en serio.

DRA. STEPHANIE OVIEDO
medicina funcional

drstephanieoviedo.com

Cómo usar este protocolo

Este protocolo tiene bastante contenido, así que está pensado como una guía de referencia a la que vuelves módulo por módulo, según lo que necesites en cada momento — no necesariamente de principio a fin en una sola vez. Vas a encontrar apartados de “¿Sabías que…?” con datos que profundizan un poco más en algún punto, y al final, herramientas prácticas para llevar contigo el día a día. No hace falta que memorices nada ni que lo apliques todo de una vez — este es tu punto de partida, y cada sesión conmigo es donde lo convertimos en un plan concreto para ti.

Una nota antes de continuar

Este protocolo fue creado con base en evidencia científica actual. Es contenido educativo, pensado para acompañarte y darte información — no reemplaza una evaluación médica individualizada ni el criterio de tu equipo de salud. Cada cuerpo y cada historia son distintos, y las decisiones sobre tu tratamiento siempre deben tomarse junto a los profesionales que conocen tu caso particular.

Introducción

El siguiente relato es un extracto de mi libro El Paciente Preparado.

Antes de empezar, quiero contarte algo.



En una cita ginecológica de rutina le conté a mi doctora que había empezado a tener dolor pélvico intenso con el periodo. Me pidió una ecografía. Esa misma tarde, tumbada en la camilla, vi cómo la cara de la ecografista cambiaba al ver la pantalla. Empezó a hacer preguntas, comentarios que no terminaban de decir nada. Algo en su tono me decía que había que preocuparse. Y siempre te imaginas lo peor, porque así somos.

Pregunté. Me dijo que no era su lugar decírmelo. Fue a buscar a la doctora, que estaba en el consultorio de al lado. La doctora no se asomó. No dijo nada. Solo me dejaron saber que había que esperar, que ellos se comunicarían conmigo.

Salí de ahí sin respuestas, con todas las posibilidades dando vueltas en mi cabeza.

Al día siguiente, una colega notó mi preocupación y facilitó que me repitieran la ecografía. Y por primera vez, alguien puso en palabras lo que ya estaba ahí desde el día anterior: endometriomas en ambos ovarios y signos de adenomiosis.

> **¿Sabías que…?** Un endometrioma es un quiste que se forma cuando tejido similar al que recubre el útero (el mismo que causa la endometriosis) crece dentro del ovario. La adenomiosis, por su parte, ocurre cuando ese tejido crece dentro de la pared muscular del útero. Ambas son distintas caras de una misma raíz: tejido endometrial creciendo donde no debería.

Sentí alivio de tener por fin una respuesta, aunque confundida por el diagnóstico. Busqué un especialista. La primera propuesta fue drástica: cirugía para confirmar y remover los ovarios, con riesgo de menopausia temprana. Al preguntar por opciones menos invasivas, conseguí una resonancia específica para endometriosis que me permitió entender hasta dónde había avanzado — y terminar con un tratamiento menos agresivo.

Seguí indagando. Aprendí que un estilo de vida antiinflamatorio ayuda a manejar los síntomas, y que ciertos suplementos tienen un papel real. Ese aprendizaje —hecho a fuerza de buscar respuestas que nadie me daba fácilmente— es la base de lo que tienes en tus manos ahora.

> 💡 **Dato curioso:** casi un mes después recibí una llamada. No fue del especialista que me ayudó a entender mi caso. Fue la asistente de la primera doctora — la misma que estaba a un lado de la pared aquel día, a quien la ecografista fue a buscar en persona, y que nunca se asomó. El mensaje fue: *"Tienes endometriosis. La doctora te quiere ver en tres meses para control."* Así, sin más. Sin una conversación, sin una explicación, sin alternativas.

Si algo de esto te suena familiar —el dolor que nadie termina de explicar, las respuestas que tardan, la sensación de tener que pelear por información sobre tu propio cuerpo— quiero que sepas que no estás sola, y que no tiene que ser así.

Este protocolo te da lo que a mí me hubiera gustado tener desde el día uno: entender qué está pasando en tu cuerpo, herramientas reales para manejar los síntomas, y un camino claro para seguir avanzando — acompañada, no sola.

MÓDULO 01

Entendiendo tu endometriosis

¿Qué es realmente la endometriosis?

La endometriosis ocurre cuando un tejido similar al que recubre el interior del útero (el endometrio) crece fuera de él — en los ovarios, las trompas, el peritoneo, e incluso en otros órganos. Cada mes, ese tejido responde a las mismas señales hormonales que el endometrio normal: se engrosa, se descama, sangra. El problema es que, al estar fuera del útero, ese sangrado no tiene salida. Se queda atrapado, genera inflamación, y con el tiempo puede formar adherencias, quistes (como los endometriomas que mencionamos antes) y cicatrices.

Esto explica por qué el dolor de la endometriosis no es "un cólico fuerte" — es inflamación real, mes tras mes, en tejidos que no deberían estar ahí.

> **¿Sabías que...?** Se estima que la endometriosis tarda en promedio entre 7 y 10 años en diagnosticarse desde que empiezan los síntomas. No es porque sea rara — se calcula que afecta a 1 de cada 10 mujeres en edad reproductiva — sino porque durante años se ha normalizado el dolor menstrual intenso como "algo normal que toca aguantar".

Por qué tu dolor es información, no algo a ignorar

Si alguna vez te dijeron que el dolor menstrual intenso es normal, quiero ser clara contigo: dolor que te impide hacer tu vida — faltar al trabajo, no poder pararte, necesitar medicarte fuerte cada mes — no es normal, aunque sea común. Común no es lo mismo que normal. Tu cuerpo te está comunicando algo, y mereces que te lo tomen en serio.

No toda endometriosis es igual — hay tres formas distintas

Cuando escuchas "endometriosis" puede sonar como una sola cosa, pero en realidad existen tres formas distintas según dónde y cómo se ubica el tejido. Conocerlas te ayuda a entender mejor tu propio reporte médico:

Endometriosis peritoneal superficial — son implantes pequeños (de 1 a 3 milímetros) sobre la superficie del peritoneo, la "membrana" que recubre tus órganos pélvicos por dentro, como un forro interno del abdomen. Es la forma más común y suele ser la más superficial, literalmente sobre la superficie, sin penetrar profundo.

Endometrioma ovárico ("quiste de chocolate") — cuando el tejido de endometriosis se implanta dentro del ovario, forma un quiste relleno de sangre vieja y oscura, de ahí el apodo. Piensa en él como una pequeña bolsa que se forma dentro del ovario y se llena mes tras mes con el sangrado de ese tejido, que al no tener salida, se queda atrapado y se acumula con el tiempo.

Endometriosis profunda infiltrante — es la forma más avanzada: el tejido no se queda en la superficie, sino que penetra más de 5 milímetros hacia adentro, y puede llegar a comprometer órganos como el intestino, la vejiga o los uréteres. Es como la diferencia entre una raíz de planta que crece pegada al suelo versus una que se mete profundo entre las tuberías — mientras más profundo llega, más estructuras puede afectar a su paso.



Los tres tipos de endometriosis: peritoneal superficial, endometrioma ovárico, y profunda infiltrante

Es común tener más de un tipo al mismo tiempo — de hecho, cerca de la mitad de las mujeres con endometriosis profunda también tienen endometriomas. Y algo importante: como ya vimos, tener una forma más "leve" en el papel no significa necesariamente menos dolor, ni al revés.

Las adherencias: cuando el cuerpo intenta "reparar" y termina complicando más

Cada vez que el tejido de endometriosis sangra e inflama una zona, el cuerpo responde como lo haría con cualquier herida: intenta cicatrizar. El problema es que, en un espacio tan compacto como la pelvis, esa cicatrización puede terminar "pegando" estructuras entre sí que deberían moverse libremente — el ovario con la pared pélvica, un asa de intestino con el útero, por ejemplo. A esto se le llama adherencia: literalmente, tejido cicatricial actuando como un pegamento no deseado entre órganos.

Esto explica por qué el dolor a veces no se limita al periodo — cuando los órganos ya no se deslizan libremente entre sí por las adherencias, cualquier movimiento (caminar, una relación sexual, ir al baño) puede generar tensión y dolor en esa zona "pegada", independientemente de si hay sangrado activo de endometriosis ese día o no.

Cómo se ve (o no se ve) la endometriosis en una imagen

Antes de hablar de etapas, vale la pena entender las dos herramientas de imagen que probablemente ya usaste o vas a usar: la ecografía transvaginal y la resonancia magnética. Ninguna de las dos reemplaza el diagnóstico definitivo, que solo se confirma con cirugía, pero ambas son muy útiles para orientar el camino sin necesidad de operar primero.

Ecografía transvaginal — es el primer estudio que se pide, y con buena razón: en manos de alguien con experiencia específica en endometriosis, detecta bastante bien los endometriomas y también gran parte de la endometriosis profunda infiltrante, sobre todo en la zona posterior de la pelvis. También puede mostrar señales indirectas de adherencias, como los llamados "ovarios besándose" (kissing ovaries) — cuando los ovarios aparecen pegados entre sí o al útero en vez de estar en su posición habitual, señal de que hay tejido cicatricial tirando de ellos.

Su límite principal: la endometriosis peritoneal superficial —la más común de las tres, como vimos antes— es prácticamente invisible en ecografía, porque son implantes muy delgados sobre la superficie de un tejido, sin el volumen ni el contraste necesario para distinguirse bien en la imagen. Por eso una ecografía "limpia" no descarta endometriosis — puede simplemente significar que lo que tienes es del tipo que la ecografía no logra captar bien.

Resonancia magnética — se usa como segundo paso, sobre todo cuando hay sospecha de endometriosis profunda infiltrante o cuando se necesita un mapa más detallado antes de una cirugía compleja. Aquí es donde entra lo que probablemente te resulte familiar: para esta resonancia específica de endometriosis, es común llenar la vagina (y a veces el recto) con un gel antes del estudio. La razón es simple: la vagina y el recto normalmente están "colapsados", como una manga desinflada, lo cual dificulta ver bien sus paredes y lo que hay pegado a ellas. El gel las distiende suavemente, como inflar esa manga, permitiendo que el radiólogo distinga mejor los límites entre cada estructura y detecte nódulos o engrosamientos que de otra forma pasarían desapercibidos — especialmente en la zona entre el recto y la vagina, donde la endometriosis profunda es más frecuente.

En las imágenes, los signos que un radiólogo busca incluyen nódulos con una señal específica en ciertas secuencias (lo que se describe como "hipointensos en T2"), pequeños focos de sangrado antiguo, y las mismas señales indirectas de adherencias que mencionamos con la ecografía, como los ovarios "besándose" entre sí o asas de intestino que aparecen ancladas en una posición anormal.

> **¿Sabías que…?** Ni la ecografía ni la resonancia son perfectas: ambas tienden a fallar más en detectar endometriosis en los ligamentos uterosacros y en la vejiga que en el recto o el tabique rectovaginal. Por eso, si tu especialista sospecha endometriosis pero las imágenes salen "limpias" o poco concluyentes, eso no descarta el diagnóstico — a veces la laparoscopía sigue siendo necesaria para confirmarlo con certeza, precisamente porque ninguna imagen ve el cien por ciento de lo que puede estar presente.

Más allá del tipo: las etapas de severidad

Aparte de los tres tipos que acabas de conocer, existe otra forma de clasificar la endometriosis: por etapas o estadios, según qué tan extendida está. El sistema más usado y más antiguo, llamado rASRM, funciona como un sistema de puntos: durante la cirugía o según lo que muestran las imágenes, se van sumando puntos según el tamaño de los implantes, su ubicación (peritoneo, ovarios), y cuántas adherencias hay presentes — entre más extenso y profundo lo que se encuentra, más puntos se suman. Con ese puntaje total, se clasifica en cuatro etapas:

- **Etapa I — mínima (1 a 5 puntos):** pocos implantes pequeños y superficiales.
- **Etapa II — leve (6 a 15 puntos):** algo más de tejido, aún relativamente superficial.
- **Etapa III — moderada (16 a 40 puntos):** más extensión, pueden aparecer endometriomas y algunas adherencias.
- **Etapa IV — severa (más de 40 puntos):** mayor extensión, endometriomas más grandes, adherencias más densas, posible compromiso de estructuras profundas.

Piensa en este sistema como una forma de medir "cuánto terreno" ha tomado la enfermedad, casi como una cuenta de puntos en un mapa — pero aquí viene algo fundamental: este sistema fue diseñado originalmente para predecir fertilidad y planificar cirugías, no para medir dolor. Y de hecho, la evidencia confirma que se correlaciona mal tanto con el dolor como con la calidad de vida de la paciente — puedes tener etapa I y dolor intenso e incapacitante, o etapa IV y sentir relativamente poco.

Por qué existe más de un sistema de clasificación

No existe un único sistema universal de clasificación, y eso no es un descuido — es porque cada sistema fue creado para responder una pregunta clínica distinta:

- **rASRM** — el más usado, pensado principalmente para fertilidad y planificación quirúrgica general.

- **Enzian** — se creó específicamente porque el rASRM describe mal la endometriosis profunda infiltrante. Es más detallado: usa letras y números para señalar con precisión qué estructura exacta está comprometida (por ejemplo, el tabique entre recto y vagina, la vejiga, los uréteres) y qué tan profundo llega ahí. Es el sistema que más se usa cuando se está planificando una cirugía compleja.
- **AAGL (2021)** — un sistema más reciente, creado consultando a decenas de especialistas en endometriosis, enfocado en predecir qué tan compleja será la cirugía en cada caso.
- **EFI (Índice de Fertilidad de Endometriosis)** — este es distinto a los anteriores: no mide extensión de la enfermedad en sí, sino que calcula la probabilidad de embarazo espontáneo después de la cirugía, combinando la extensión encontrada con otros factores como tu edad y tu historial reproductivo. Es el único de estos sistemas que la evidencia ha confirmado que sí se relaciona de forma consistente con resultados reales de embarazo.

Lo que esto significa para ti en la práctica

Si tu especialista usa un sistema distinto al de otro médico que consultaste antes, no significa que uno esté "equivocado" — están respondiendo preguntas distintas. Y si en algún momento ves en tu historia clínica algo como "endometriosis etapa II" o un código con letras del sistema Enzian, ahora sabes que esos números y letras describen extensión anatómica o planificación quirúrgica — no la intensidad de lo que sientes tú día a día.

La endometriosis silenciosa: cuando el dolor no coincide con lo que se ve

Aquí hay algo que confunde a muchas mujeres —y a veces también a los médicos—: la intensidad del dolor pélvico crónico no se correlaciona directamente con el tamaño ni la severidad visible de las lesiones de endometriosis. Es decir, puedes tener endometriosis extensa y sentir poco dolor, o tener lesiones pequeñas y un dolor intenso y limitante. Del mismo modo, existe lo que se conoce coloquialmente como endometriosis "silenciosa" — mujeres a quienes se les encuentra endometriosis durante una cirugía o estudio por otra razón (como una evaluación de fertilidad), sin haber tenido síntomas claros de dolor antes. Esto refuerza algo importante: el dolor —o su ausencia— no es la única medida de qué tan presente está la enfermedad, y ninguna de las dos experiencias es "menos válida" que la otra.

Este protocolo no reemplaza a tu ginecólogo — trabaja junto a él

Es importante que lo tengas claro desde ahora: este protocolo no sustituye el diagnóstico, el seguimiento ni el tratamiento médico o quirúrgico que tu ginecólogo o especialista en endometriosis te indique. La evidencia científica actual respalda tratamientos médicos y quirúrgicos que en muchos casos son necesarios, y ningún cambio de estilo de vida los reemplaza.

Lo que este protocolo sí hace es trabajar en conjunto con ese tratamiento — dándote herramientas basadas en evidencia para reducir la inflamación, apoyar tu equilibrio hormonal y manejar mejor los síntomas día a día, mientras sigues el plan que definas con tu equipo médico. La endometriosis se maneja mejor en equipo, y este protocolo es una pieza de ese equipo — no lo reemplaza.

Cómo influye la endometriosis en la fertilidad

Si estás pensando en el embarazo —ahora o en el futuro— sé que esta es probablemente una de tus mayores preocupaciones, así que quiero hablarte de esto con claridad, sin minimizar ni tampoco alarmarte de más.

Hay varios mecanismos distintos por los que la endometriosis puede influir en la fertilidad. No todos aplican igual a cada mujer — depende de qué tipo y qué tan extendida esté tu endometriosis — pero vale la pena que los conozcas todos.

1. Adherencias que distorsionan el camino del óvulo — imagina que las trompas de Falopio son como un tobogán por donde el óvulo viaja desde el ovario hacia el útero; si hay tejido cicatricial deformando ese camino o bloqueándolo parcialmente, el óvulo puede tener dificultad para recorrerlo.

2. El líquido dentro del endometrioma daña directamente el tejido ovárico sano a su alrededor — el líquido oscuro del endometrioma está cargado de hierro y hemoglobina oxidada. Ese hierro reacciona químicamente generando especies reactivas de oxígeno — pequeñas partículas “oxidantes” agresivas, similares a lo que oxida un clavo de metal con el tiempo, pero ocurriendo dentro de tu ovario. Dañan el ADN y las estructuras de las células ováricas sanas alrededor del quiste, acelerando la pérdida de folículos. A esto se suma la compresión mecánica: el quiste, al crecer, presiona físicamente el tejido ovárico sano contra sí mismo.

3. Inflamación afectando la calidad del óvulo, no solo la cantidad — la inflamación crónica altera el “líquido folicular”, el ambiente donde tu óvulo madura. Cuando ese líquido tiene más citoquinas inflamatorias, hierro libre y estrés oxidativo de lo normal, el óvulo que se desarrolla ahí tiende a tener menor calidad.

4. Un ambiente hormonal e inmunológico menos receptivo para la implantación — las células inmunes y del tejido pélvico afectadas producen sustancias que pueden crear un ambiente menos receptivo para la implantación del embrión, como plantar una semilla en tierra que no está del todo preparada. Los desequilibrios hormonales —dominancia estrogénica— también influyen aquí.

Un dato que da algo de tranquilidad en medio de todo esto

A pesar de todos estos mecanismos, la investigación muestra algo importante: tener un endometrioma puede reducir la cantidad y calidad de óvulos obtenidos en un tratamiento de fertilidad, pero no reduce de forma significativa las probabilidades de lograr un embarazo exitoso cuando se compara con mujeres sin endometrioma en el mismo tratamiento. El camino puede requerir más pasos o más paciencia, pero el destino final sigue siendo alcanzable para muchas mujeres.

Lo que esto significa en números

Por la suma de estos mecanismos, la endometriosis se encuentra hasta en el 30-50% de las personas que enfrentan dificultad para embarazarse. Pero esto no significa que no puedas embarazarte: muchas mujeres con endometriosis conciben de forma natural o con tratamiento, y el grado de afectación varía enormemente de una mujer a otra.

MÓDULO 02

Los síntomas

incluyendo los que nadie te cuenta

Cuando piensas en endometriosis, probablemente piensas en dolor menstrual intenso. Pero la endometriosis puede dar una lista mucho más larga de síntomas — muchos de ellos digestivos, urinarios, o de energía, tan alejados de “lo ginecológico” que rara vez se conectan con la endometriosis a tiempo. Conocerlos te ayuda a entender tu propio cuerpo, y también te da vocabulario real para tus consultas.



Endo belly: la hinchazón que tiene nombre propio

Si alguna vez terminaste el día con el abdomen tan distendido que parecías embarazada o que subiste varias tallas de un momento a otro, no lo imaginaste — es tan común en endometriosis que la comunidad de pacientes le puso su propio nombre: *endo belly*. Suele aparecer o empeorar en la segunda mitad del ciclo, antes del periodo, y tiene una explicación real detrás: las mujeres con endometriosis tienen la pared intestinal más sensible de lo habitual, con un umbral de dolor ante la distensión más bajo — es decir, la misma cantidad de gas o inflamación que en otra persona pasaría desapercibida, en ti se siente y se nota mucho más.

> **¿Sabías que…?** El endo belly no es solo incomodidad — puede ser lo suficientemente marcado como para que otras personas pregunten si estás embarazada, incluso en días donde no hay hinchazón “normal” de por medio. Es una de las razones por las que muchas pacientes empiezan a evitar ropa ajustada o planear su ropa según “cómo viene el ciclo”.

Síntomas digestivos: cuando terminas en el gastroenterólogo antes que en el ginecólogo

Hinchazón, diarrea, estreñimiento, náuseas, reflujo — todos estos son síntomas digestivos comunes en endometriosis, y es tan frecuente que se confundan con síndrome de intestino irritable (SII) que muchas mujeres reciben ese diagnóstico primero, a veces años antes de que alguien considere la endometriosis como causa real. Una pista útil para distinguirlos: los síntomas digestivos de la endometriosis tienden a empeorar de forma cíclica, alrededor del periodo, mientras que el SII “tradicional” no sigue necesariamente ese patrón.

Síntomas urinarios: cuando se parece a una infección que nunca termina de curarse

Si el tejido de endometriosis está cerca de la vejiga, puede generar urgencia y frecuencia urinaria (esa sensación de “tengo que ir ya”), y dolor al orinar — síntomas casi idénticos a una infección urinaria. La diferencia es que, si haces un urocultivo y sale negativo una y otra vez, pero los síntomas persisten y empeoran con el ciclo, vale la pena considerar que el origen no sea infeccioso.

Fatiga y niebla mental: el cansancio que no se explica con “dormir mejor”

La fatiga crónica en endometriosis es distinta al cansancio común — no siempre mejora con más horas de sueño, y para algunas mujeres puede ser tan intensa que dificulta tareas simples del día a día. Se relaciona con el mismo estado inflamatorio de fondo que ya conoces de este protocolo, y frecuentemente viene acompañada de niebla mental (dificultad para concentrarte, sentir la cabeza “espesa”) y cambios de ánimo — todo parte del mismo cuadro inflamatorio, no fallas de carácter ni falta de disciplina.

Dolor que se siente en otras partes del cuerpo



Dolor lumbar, dolor que se irradia hacia las piernas (a veces confundido con ciática), y dolor alrededor de la ovulación, no solo con el periodo — todos pueden ser parte del cuadro, y a menudo se pasan por alto porque no “suenan” a algo ginecológico.

> **¿Sabías que…?** En casos poco frecuentes, la endometriosis puede aparecer fuera de la pelvis por completo — incluyendo el diafragma o los pulmones (endometriosis torácica), causando dolor en el pecho o dificultad para respirar, generalmente relacionado con el ciclo. Es raro, pero si notas dolor torácico o falta de aire que empeora con tu periodo, coméntalo con tu médico — merece evaluación.

Por qué importa que conozcas toda esta lista

No es para alarmarte — es para que dejes de dudar de ti misma cuando algo “no parece” endometriosis por no ser dolor pélvico directo. Muchas pacientes pasan por gastroenterología, urología, o incluso psiquiatría antes de que alguien conecte los puntos. Si varios de estos síntomas te suenan familiares y siguen un patrón cíclico alrededor de tu periodo, esa es

información valiosa: te ayuda primero a ti a entender lo que tu cuerpo lleva tiempo comunicando, y después es información concreta para llevar a tu próxima consulta médica.

MÓDULO 03

El eje hormonal

La endometriosis depende del estrógeno para crecer — es, literalmente, su "combustible". Pero antes de entrar en detalle, vale la pena que entiendas una idea de fondo: en tu cuerpo, las hormonas no trabajan en compartimentos separados. El hipotálamo (en tu cerebro), la hipófisis, las glándulas suprarrenales, la tiroides, tu intestino, tu sistema inmune, y tus ovarios — todos estos "hablan" constantemente entre sí, como una red de comunicación. Cuando algo se desequilibra en una parte de esta red, casi siempre repercute en las demás. Por eso este módulo no se trata solo de "el estrógeno" — se trata de cómo varias piezas se afectan entre sí.

Cuatro preguntas para entender cualquier desequilibrio hormonal

Cuando algo anda mal con una hormona, en realidad puede estar fallando en distintos puntos del camino — como una carta que se pierde en el correo. Puede fallar en:

1. **Producción** — ¿se está fabricando la cantidad correcta?
2. **Transporte** — ¿se está moviendo bien por el cuerpo? (Esto lo hace principalmente una proteína llamada SHBG, que "carga" el estrógeno por tu sangre — como el camión de correos.)
3. **Sensibilidad** — ¿las células están "escuchando" bien la señal hormonal? (Esto depende de los receptores, como el buzón que recibe la carta — si el buzón está roto, no importa qué tan bien se entregó la carta.)
4. **Detoxificación** — ¿se está eliminando del cuerpo de forma correcta una vez que ya cumplió su función?

Vamos a ir viendo cada una de estas piezas a lo largo de este módulo. Hay dos piezas centrales que vale la pena entender primero: **la dominancia estrogénica** y **la resistencia a la progesterona**.

Estrógeno y progesterona: dos hormonas que deberían trabajar en equilibrio

Piensa en el estrógeno como la hormona que "acelera" — hace crecer el tejido. Y la progesterona como la hormona que "frena" — normalmente mantiene ese crecimiento bajo control. El problema en la endometriosis es que este freno deja de funcionar bien. Se produce lo que se llama estrógeno dominante junto con resistencia a la progesterona — el estrógeno sigue empujando el crecimiento del tejido, mientras que la progesterona pierde parte de su capacidad de frenarlo. Es como un auto donde el acelerador funciona perfecto, pero el freno está flojo.

Y hay algo más: la progesterona no solo "frena" el crecimiento — también reduce la cantidad de receptores de estrógeno en las células (los "buzones" que mencionamos arriba). Es decir, cuando la progesterona funciona bien, no solo controla el crecimiento del tejido, sino que además hace que las células respondan menos al estrógeno en general. Cuando falla, pasan las dos cosas a la vez.

> **¿Sabías que…?** Los focos de endometriosis, además de responder al estrógeno que produce el cuerpo, pueden llegar a producir su propio estrógeno localmente — como si tuvieran su propia mini-fábrica de combustible. Esto ayuda a explicar por qué el dolor puede persistir incluso cuando los niveles hormonales en sangre se ven “normales” en un examen.

El círculo que se retroalimenta: inflamación y estrógeno

Aquí hay algo clave que explica por qué la endometriosis puede sentirse como un ciclo del que cuesta salir. Cuando hay inflamación en el tejido, el cuerpo activa una enzima llamada COX-2, que produce sustancias inflamatorias (prostaglandinas, en particular una llamada PGE2). Esas mismas sustancias —junto con la insulina, cuando está elevada— activan todavía más la aromatasa, la enzima que fabrica estrógeno local en el propio tejido de endometriosis. Ese estrógeno adicional vuelve a activar la COX-2, y el ciclo se repite.

Es como un fuego que fabrica su propio combustible: más inflamación → más estrógeno local → más inflamación. Y hay factores que le echan más leña a este fuego específico: la genética (algunas mujeres nacen con una aromatasa naturalmente más activa), y el tejido graso —la grasa corporal también fabrica aromatasa, así que a más tejido graso, más capacidad de generar estrógeno adicional en el cuerpo. Por eso trabajar la inflamación y el equilibrio hormonal no son dos cosas separadas — son la misma rueda, vista desde dos lados distintos.

> **¿Sabías que…?** Cuando hay dominancia estrogénica, el cuerpo suele avisar con señales bastante reconocibles: sensibilidad o hinchazón en los senos, retención de líquidos, irritabilidad, dolores de cabeza, alteraciones visuales, antojos de azúcar, dificultad para concentrarte, y periodos más abundantes de lo habitual. Algunas de estas señales tienen una explicación concreta: la retención de líquidos se relaciona con el efecto del estrógeno sobre una hormona llamada aldosterona, que regula cuánto líquido retiene tu cuerpo. Y los antojos de azúcar no son solo “falta de voluntad” — se relacionan con menor tolerancia a la glucosa y niveles más bajos de magnesio en esos días, el mismo magnesio que vas a ver recomendado más adelante en este protocolo. No necesitas tener todos estos síntomas a la vez — y el estrógeno en sangre puede incluso verse “dentro de lo normal” en un examen, porque lo que importa aquí es el equilibrio con la progesterona, no el número aislado.

Una aclaración importante: no siempre es “resistencia” — a veces es insuficiencia real

Hasta ahora hablamos de que la progesterona pierde su capacidad de frenar (resistencia). Pero hay otro patrón distinto que también ocurre en endometriosis: que el cuerpo simplemente no esté produciendo suficiente progesterona en la segunda mitad del ciclo — lo que se conoce como disfunción de la fase lútea. La diferencia práctica es sutil pero importa: en un caso el freno está flojo, en el otro, casi no hay freno que poner. Cuál de los dos está pasando en tu caso es algo que podemos explorar con análisis de laboratorio bien programados, en sesión.

¿Por qué pasa esto? El papel de los disruptores hormonales

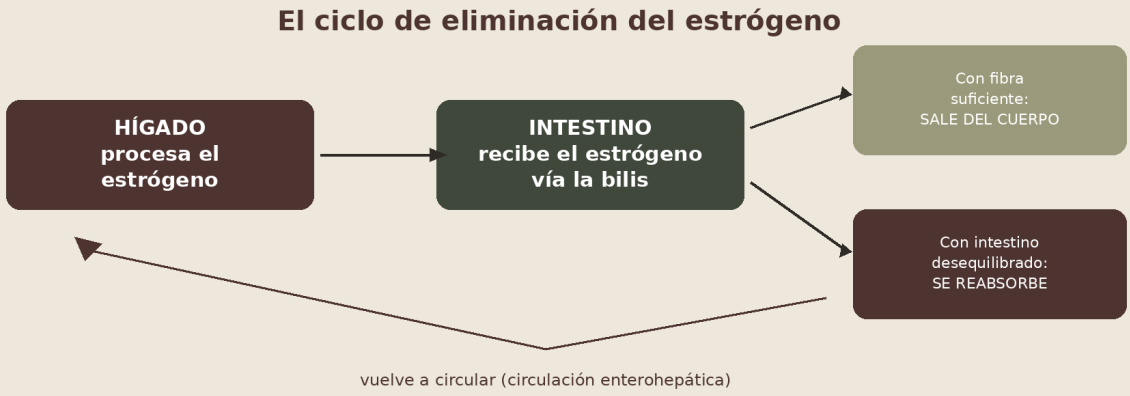
Ciertos químicos del ambiente, conocidos como disruptores endocrinos, se comportan como "estrógenos falsos" dentro del cuerpo — se encuentran en plásticos (BPA), algunos empaques de comida, productos de limpieza y cosmética convencional. Estos compuestos pueden imitar o potenciar la actividad del estrógeno en el cuerpo, sumándose a la carga hormonal que el hígado y el intestino ya tienen que procesar.

> **¿Sabías que...?** Se estima que, en promedio, una mujer está expuesta a más de 150 disruptores hormonales distintos al día, entre productos de cuidado personal, plásticos, y químicos ambientales. La exposición a algunos de estos compuestos (como los ftalatos, presentes en muchos plásticos y fragancias) también se ha relacionado con dificultades de fertilidad. No se trata de eliminarlos todos —sería imposible—, sino de reducir la carga donde sea más fácil hacerlo: los productos lácteos convencionales son otra fuente de hormonas que vale la pena tener en cuenta si buscas reducir tu exposición general.

Piensa en tu cuerpo como una casa con un sistema de "basura hormonal"

Cada día tu cuerpo produce estrógeno, lo usa, y después necesita sacarlo — como la basura de una casa. Ese proceso pasa principalmente por dos lugares: el **hígado**, que transforma el estrógeno en una forma que el cuerpo pueda eliminar, y el **intestino**, que se encarga de sacarlo del cuerpo por completo.

El estrógeno se metaboliza en el hígado y se libera junto con la bilis hacia el intestino para salir del cuerpo. Aquí está la parte clave: si el intestino no está funcionando bien, ciertas bacterias pueden "reactivar" ese estrógeno antes de que salga, y el cuerpo lo vuelve a absorber — como si sacaras la basura a la calle, pero alguien la volviera a meter por la ventana de atrás. A esto se le llama circulación enterohepática.



El ciclo de eliminación del estrógeno: hígado, intestino, y las dos rutas posibles

Apoyar una buena excreción intestinal ayuda directamente aquí — alimentos fermentados (yogurt, kéfir, kimchi, chucrut, kombucha) contribuyen a un microbioma más diverso, que es justamente lo que necesitas para que este sistema de "sacar la basura" funcione bien.

El estrés crónico también juega un papel en este equilibrio, y aquí está el porqué: el cortisol (tu hormona de estrés) y la progesterona se fabrican a partir de la misma materia prima dentro de tu cuerpo. Cuando el estrés es sostenido, el cuerpo prioriza producir cortisol —porque desde su lógica de supervivencia, eso es lo urgente— a expensas de fabricar suficiente progesterona. Es como una fábrica que, ante una emergencia, desvía sus recursos hacia lo que considera prioritario, dejando la otra línea de producción desabastecida. Una señal frecuente de que esto está pasando es sentirte "acelerada pero agotada" al mismo tiempo — con energía nerviosa pero sin combustible real. El resultado hormonal: el desequilibrio con el estrógeno se vuelve todavía mayor.

> **¿Sabías que...?** Algunos estudios han encontrado que las mujeres que consumen más fibra tienden a tener endometriosis menos severa, y la razón tiene sentido con todo lo anterior: la fibra ayuda a "atrapar" el exceso de estrógeno en el intestino para que salga del cuerpo en vez de volver a circular.

No todo el estrógeno "usado" se procesa igual

Cuando el hígado transforma el estrógeno para poder eliminarlo, en realidad puede tomar distintos caminos —algo así como distintas rutas para llegar al mismo destino. Este proceso ocurre en dos fases: la Fase I (donde unas enzimas llamadas CYP450 hacen el primer corte) y la Fase II (donde el cuerpo "empaqueta" ese producto para poder sacarlo, un proceso que incluye el mecanismo de metilación que te explico un poco más adelante).

Lo importante es esto: algunos de los productos que salen de la Fase I son relativamente protectores y de baja actividad hormonal, mientras que otros son más “agresivos” — mantienen actividad estrogénica fuerte, e incluso pueden volverse más irritantes para el tejido cuando se oxidan. Qué camino predomina en tu cuerpo depende de varios factores que ya conoces: la inflamación, la exposición a disruptores, el tejido graso, y la dieta.

La buena noticia es que algunos alimentos pueden ayudar a tu cuerpo a favorecer los caminos más protectores — como los vegetales crucíferos, la linaza, y la cúrcuma, que vas a ver como recomendaciones prácticas más adelante en este protocolo. Y esta es también la razón por la que los antioxidantes como la vitamina C, la vitamina E y el NAC importan aquí: ayudan a evitar que esos productos del estrógeno se vuelvan más agresivos una vez formados.

Metilación y vitaminas B: una pieza genética-nutricional que casi nunca se menciona

Vas a escuchar la palabra “metilación” cada vez más en espacios de salud, así que vale la pena que la entiendas bien. Piensa en la metilación como una serie de pequeños “interruptores” químicos que tu cuerpo usa constantemente para prender o apagar la actividad de tus genes, reparar ADN, y procesar sustancias como el estrógeno. Para que esos interruptores funcionen bien, tu cuerpo necesita un suministro constante de ciertas vitaminas B —principalmente folato (B9), B12 y B6— que actúan como el “combustible” de todo este sistema.

Hay una enzima clave en este proceso llamada MTHFR, encargada de convertir el folato en su forma activa, la única forma que tu cuerpo puede usar realmente. Algunas mujeres tienen una variación genética de este gen (conocida como MTHFR C677T) que hace que esa conversión sea menos eficiente — como una fábrica que sigue funcionando, pero a un ritmo más lento de lo ideal. Un estudio encontró que la prevalencia de esta variante genética es el doble en mujeres con endometriosis comparado con quienes no la tienen.

Existe evidencia de que una dieta baja en folato se asocia con mayor riesgo de desarrollar endometriosis. Y hay una segunda pieza importante: el tejido de endometriosis en sí mismo muestra patrones alterados de metilación —esos “interruptores genéticos” funcionando de forma distinta a lo normal en las células que terminan creciendo fuera del útero.

Lo práctico: la evidencia muestra que suplementar con ácido fólico (o su forma activa, metilfolato) junto con B12 y B6 reduce eficazmente los niveles de homocisteína —un marcador que se eleva cuando este sistema no está funcionando bien— y esto ocurre independientemente de si la persona tiene o no la variante genética de MTHFR. En otras palabras: asegurar buenos niveles de estas vitaminas B tiene sentido para casi cualquier mujer con endometriosis, tengas o no la variante genética. Conocer tu estatus de MTHFR sí puede ser útil en casos específicos —por

ejemplo, si prefieres tomar directamente la forma activa (metilfolato)— y es algo que podemos explorar juntas si tiene sentido para tu historia particular.

> **¿Sabías que...?** Si has tomado o tomas anticonceptivos hormonales, vale la pena que sepas que se ha documentado que pueden reducir los niveles de varias vitaminas B con el tiempo —las mismas que acabamos de mencionar como clave para la metilación. Esto no es una razón para dejar de tomarlos por tu cuenta (siguen siendo una opción de tratamiento válida, como vimos en el módulo anterior), sino información útil para conversar con tu médico, especialmente si llevas años tomándolos.

¿Qué puedes hacer para apoyar este proceso?

1. **Fibra en cada comida.** Ya vimos que la fibra actúa como una escoba que ayuda a "barrer" el exceso de estrógeno hacia la salida en vez de dejarlo circular de nuevo. La cantidad importa, pero también la constancia — es más efectivo tenerla presente en cada comida que en una sola comida abundante al día.
2. **Vegetales crucíferos con moderación** — brócoli, coliflor, repollo, kale. Contienen compuestos llamados glucosinolatos que, al digerirse, ayudan al hígado a transformar el estrógeno en una forma menos activa. La evidencia aún no es unánime, así que los vemos como un aliado dentro del plato, no como una "cura" por sí solos.
3. **Reducir la exposición a disruptores hormonales cuando sea posible.** Estos son algunos de los más comunes, y por dónde empezar a reemplazarlos:
    - **Plásticos con BPA** (envases, botellas, tapas de comida) — cámbialos por vidrio, acero inoxidable, o busca productos etiquetados "BPA-free". Evita calentar comida en plástico en el microondas, aunque diga que es apto.
    - **Ftalatos** (presentes en fragancias sintéticas, esmalte de uñas, y muchos productos de cuidado personal convencionales) — busca productos sin fragancia añadida ("fragrance-free", no solo "sin olor") o con aceites esenciales en vez de fragancia sintética.
    - **Parabenos** (conservantes comunes en cremas, champús, maquillaje) — revisa etiquetas y busca alternativas "paraben-free".
    - **Pesticidas en alimentos** — cuando puedas, prioriza orgánico en los productos de la lista "dirty dozen" (los que más residuo de pesticida retienen, como fresas, espinacas y uvas), y lava bien frutas y verduras.

- **Productos de limpieza convencionales** — el vinagre blanco, el bicarbonato, y el jabón castilla cubren la mayoría de la limpieza del hogar sin necesitar químicos agresivos.
- **Papel térmico de recibos** (contiene BPA en la superficie) — evita guardarlos innecesariamente, y lávate las manos después de manipular varios.

No necesitas cambiar todo de una vez — elige uno o dos de estos para empezar, y ve avanzando con el tiempo.

4. **Cuidar el intestino en general** — un intestino inflamado o desequilibrado dificulta todo este proceso de eliminación del estrógeno.
5. **Cúrcuma, linaza y moderación con el café.** La cúrcuma, además de su efecto antiinflamatorio, ayuda a favorecer los caminos más protectores de eliminación del estrógeno. La linaza aporta un efecto similar. Y una buena noticia sobre el café: recuerda esa aromatasa de la que hablamos al inicio de este módulo —la enzima que alimenta el ciclo de inflamación y estrógeno local—; en cantidades moderadas, el café se ha estudiado como un leve inhibidor de esa misma aromatasa. Otra razón más para no eliminarlo por completo, solo mantenerlo con moderación.
6. **Moverte de una forma que tu cuerpo disfrute.** El tejido graso también fabrica aromatasa, así que mantener un cuerpo activo —no necesariamente "perder peso" como meta en sí misma— apoya este equilibrio de forma natural.

MÓDULO 04

Inflamación e intestino

Ya vimos cómo el intestino participa en sacar el exceso de estrógeno del cuerpo. Pero su papel va más allá de eso — el estado de tu intestino también influye directamente en cuánta inflamación tiene tu cuerpo en general, y eso puede afectar el dolor y los síntomas de la endometriosis.

Piensa en el intestino como el muro de una fortaleza

La pared de tu intestino funciona como un muro con guardias en la entrada: deja pasar los nutrientes que necesitas, y mantiene afuera lo que no debería entrar al resto del cuerpo. Cuando ese muro está sano, los "ladrillos" (células) están bien pegados entre sí gracias a unas uniones llamadas *tight junctions* (uniones estrechas).

El problema es que en muchas mujeres con endometriosis, ese muro se debilita. Cuando hay un desequilibrio en las bacterias del intestino, las proteínas que mantienen esas uniones estrechas disminuyen, y el muro se vuelve más permeable — es lo que se conoce como "intestino permeable". Como si entre los ladrillos empezaran a abrirse grietas.

> **¿Sabías que...?** Ciertas bacterias que suelen estar aumentadas en mujeres con endometriosis pueden liberar sustancias que dañan directamente esas uniones del muro intestinal, haciendo que sea aún más permeable. Es un círculo: el desequilibrio bacteriano debilita el muro, y un muro debilitado facilita que crezcan más las bacterias problemáticas.

¿Qué pasa cuando el muro tiene grietas?

Cuando el intestino se vuelve más permeable, sustancias que deberían quedarse dentro del intestino —restos de bacterias, toxinas— logran "colarse" hacia el resto del cuerpo, incluso hasta la cavidad pélvica. El sistema inmune las detecta como una amenaza y reacciona con inflamación. Si esto pasa de forma constante, esa inflamación de bajo grado y continua puede sumarse a la inflamación que ya genera la endometriosis por sí sola.

De hecho, muchas mujeres con endometriosis también reportan síntomas digestivos —hinchazón, dolor abdominal, cambios en el tránsito— lo cual apunta a esta conexión real entre el intestino y la enfermedad.

Qué puedes hacer para fortalecer ese muro

1. Diversidad de vegetales y fibra. No se trata solo de "comer más fibra", sino de variedad. Cada tipo de fibra alimenta un tipo distinto de bacteria buena en tu intestino. Si comes siempre los mismos 4 o 5 vegetales, terminas alimentando bien solo a un grupo reducido de bacterias. Entre

más variedad de plantas de distintos colores y familias comas en una semana, más diverso y resiliente se vuelve ese ecosistema.

2. Reducir ultraprocesados. Suelen tener poca o nada de fibra, y traen aditivos, emulsionantes y azúcares que pueden alterar directamente la composición de las bacterias intestinales, favoreciendo a las especies que producen sustancias inflamatorias.

3. Identificar sensibilidades alimentarias propias. Esto es distinto a una alergia: no siempre da síntomas inmediatos u obvios, a veces se manifiesta como inflamación de bajo grado que se acumula silenciosamente. No existe una lista universal de "alimentos prohibidos para endometriosis" que aplique igual a todas. Identificar tus sensibilidades específicas es un trabajo que hacemos juntas en sesión, revisando tu historial y, si hace falta, con herramientas de eliminación guiada.

4. Manejar el estrés. El estrés crónico no es "solo mental" — activa una respuesta hormonal que puede debilitar directamente las uniones del muro intestinal, además de bajar la progesterona como vimos en el módulo anterior. El estrés ataca por dos frentes a la vez, el hormonal y el intestinal. Qué tipo de manejo de estrés funciona mejor para ti es algo muy individual, que vale la pena definir juntas según tu vida real.

Lo que acabas de leer te da el mapa completo del porqué — pero convertir ese mapa en un plan que funcione para tu cuerpo específico es exactamente el trabajo que hacemos juntas en las sesiones de seguimiento. Esta guía te da las bases; la aplicación concreta la construimos en equipo.

MÓDULO 05

Laboratorios recomendados

Un punto importante antes de empezar

Ningún análisis de sangre por sí solo diagnostica endometriosis **aún** — eso hoy solo lo confirma la cirugía y en algunos casos la imagen si hay evidencia al realizarse. Vale la pena que sepas que esto está cambiando: en los últimos años han surgido varias pruebas en desarrollo —algunas ya disponibles en otros países, otras en fase de validación— que buscan detectar endometriosis a través de sangre, saliva o incluso sangre menstrual, con resultados iniciales prometedores. Lo que sí tenemos disponible hoy son análisis que te dan —y me dan a mí— una fotografía de lo que está pasando en tu cuerpo.

CA-125: el marcador más conocido, con sus límites claros

Se eleva en mujeres con endometriosis, en parte por la mayor concentración de tejido endometrial fuera del útero, y en parte por la reacción inflamatoria que altera la permeabilidad de los tejidos. Tiene alta especificidad pero baja sensibilidad — si sale alto, apoya bastante la sospecha; pero si sale normal, eso NO descarta que la tengas.

El panel hormonal: entendiendo el equilibrio entre estradiol y progesterona

Se mide su relación entre sí, no solo el número de cada una por separado. El estradiol elevado en relación a la progesterona confirma en números la dominancia estrogénica. La progesterona se mide idealmente unos 7 días después de la ovulación, porque sus niveles varían mucho según el momento del ciclo — el timing de este análisis no es al azar, se coordina según tu ciclo particular.

SHBG: la proteína "transportadora" del estrógeno

SHBG son las siglas de globulina fijadora de hormonas sexuales — piensa en ella como un "taxi" que recoge hormonas como el estrógeno y las transporta de forma inactiva. Cuando hay pocos "taxis" disponibles (SHBG bajo), más estrógeno se queda libre y activo, disponible para alimentar el tejido de endometriosis. El SHBG bajo suele estar relacionado con resistencia a la insulina, conectando este marcador con la alimentación y el manejo del azúcar en sangre.

Inflamación: viendo el "fuego de fondo"

El hs-CRP (proteína C reactiva de alta sensibilidad) da una idea numérica de cuánta inflamación de fondo tiene tu cuerpo, y sirve como referencia para ver si las estrategias del protocolo están teniendo efecto con el tiempo.

Los nutrientes que ya mencionamos — ahora confirmados con análisis, no adivinados

- **Vitamina D** — su deficiencia se asocia con mayor severidad de la endometriosis.

- **Ferritina y panel de hierro** — la ferritina es la proteína que almacena el hierro dentro de tu cuerpo, así que es el mejor indicador de tus "reservas" reales, más allá de si tu hemoglobina sale normal en un examen básico. Esto importa especialmente en endometriosis: los periodos abundantes, comunes en esta condición, pueden agotar esas reservas de forma silenciosa — de hecho, más de la mitad de las mujeres con endometriosis tienen deficiencia de hierro sin saberlo, y casi la mitad de ellas ni siquiera reportan sangrado abundante como para sospecharlo. La deficiencia de hierro se relaciona directamente con más fatiga, así que si sientes cansancio que no se explica del todo, vale la pena revisarlo aquí antes de asumir que es "solo estrés" o "solo mal dormir". Por eso el panel completo (no solo hemoglobina) incluye ferritina y saturación de transferrina, que en conjunto dan un panorama más completo que un solo valor aislado.
- **TSH, T3 y T4 libres (función tiroidea)** — la tiroides es la glándula que regula tu metabolismo general, y también influye directamente en la regularidad de tu ciclo menstrual y en cómo tu cuerpo procesa y elimina el estrógeno. TSH es la hormona que "ordena" a la tiroides producir más o menos hormona tiroidea — si sale alta, suele indicar que la tiroides está funcionando por debajo de lo necesario (hipotiroidismo); si sale baja, lo contrario. T3 y T4 libres son las hormonas tiroideas activas circulando en tu sangre. Revisar estos tres juntos —no solo TSH sola, como a veces se hace— da un panorama más completo, porque una tiroides que no está funcionando de forma óptima puede sumarse a los síntomas de fatiga, cambios de peso y alteraciones del ciclo que ya de por sí pueden confundirse con síntomas de la endometriosis.

> **¿Sabías que...?** Algunos tratamientos hormonales pueden alterar temporalmente estos valores mientras estás en tratamiento, así que el momento en que te haces estos análisis importa.

Algo que no es un laboratorio, pero es igual de valioso: el seguimiento de tu ciclo

Llevar un registro de tu ciclo no cuesta nada y es de las herramientas más útiles que existen — y a diferencia de un análisis de sangre, que te da una sola foto del momento en que te lo tomaste, el registro del ciclo te da una película de cómo se comporta tu cuerpo mes tras mes.

Aunque tu ciclo sea irregular —algo común en endometriosis— igual vale la pena registrar varias cosas: cuándo llega el sangrado y cuánto dura, en qué días aparece dolor y qué tan intenso es en una escala simple (por ejemplo, del 0 al 10), en qué parte del cuerpo se siente, y qué otros síntomas se presentan alrededor —digestivos, de energía, de ánimo, dolor con las relaciones. También vale la pena anotar cosas que parecen no tener relación directa, como qué tan bien dormiste esos días o

si hubo mucho estrés esa semana, porque el sueño y el estrés también influyen directamente en cómo se siente tu dolor.

Este registro no es solo para "llevar la cuenta" — se convierte en información clínica real de dos formas distintas. Para ti: te ayuda a reconocer patrones en tu propio cuerpo que serían casi imposibles de notar solo de memoria — por ejemplo, si tus peores días de dolor siempre coinciden con haber dormido poco, o si un brote suele aparecer unos días antes del sangrado en vez de durante. Para mí: me da datos concretos y objetivos para ajustar el protocolo contigo en cada sesión de seguimiento, en vez de trabajar solo con una descripción general de "me duele bastante" que es difícil de comparar mes a mes. Con el tiempo, este registro se vuelve una de las herramientas más valiosas que tenemos para saber si lo que estamos haciendo juntas realmente está funcionando.

Por qué estos laboratorios no son "hazlos y ya"

Interpretar los resultados —qué significa un valor específico para ti, en el contexto de tu historial— es trabajo que hacemos juntas en sesión.

Las opciones de tratamiento que existen hoy

Antes de hablar de todo lo que puedes hacer desde la nutrición y el estilo de vida, quiero que entiendas bien el panorama completo de tratamientos disponibles para la endometriosis. Conocerlos en palabras simples te ayuda a sentirte más segura y activa en cada conversación con tu equipo médico — y a mí me permite acompañarte de forma más completa, entendiendo en qué punto del camino estás.

Tratamientos hormonales: bajarle el volumen a las hormonas que alimentan la endometriosis

Piensa en el estrógeno como el "fertilizante" que hace crecer el tejido de la endometriosis, tanto dentro como fuera del útero. La mayoría de los tratamientos hormonales funcionan bajándole el volumen a ese fertilizante, de distintas formas:

Anticonceptivos hormonales — el primer paso más habitual

Las pastillas anticonceptivas combinadas y el DIU hormonal son las opciones más usadas como primera línea de tratamiento para la endometriosis. Son como bajarle el volumen a una radio de "alto" a "medio" — reducen la actividad hormonal lo suficiente como para calmar el crecimiento del tejido y aliviar el dolor en la mayoría de los casos.

Las pastillas combinadas contienen estrógeno y progestina juntos, y suelen usarse de forma continua (sin la semana de descanso) para suprimir la menstruación por completo, lo cual reduce

el sangrado retrógrado y la inflamación cíclica. El DIU hormonal, por su parte, libera progestina directamente en el útero de forma local — actúa principalmente adelgazando el revestimiento uterino y, en muchos casos, reduciendo o eliminando el sangrado con el tiempo, con la ventaja de que la dosis hormonal que llega al resto del cuerpo es mucho menor que con una pastilla oral. Existen otras formas de combinar estrógeno y progestina —como el anillo vaginal o el parche— pero se usan con bastante menos frecuencia específicamente para endometriosis; las pastillas y el DIU hormonal siguen siendo las opciones que más se indican en la práctica.

Un segundo grupo: agonistas y antagonistas de GnRH

Para entender estos medicamentos, primero hay que entender qué es la GnRH. Es una hormona que produce el hipotálamo, una región del cerebro — piensa en ella como la "señal de arranque" de todo el sistema hormonal reproductivo. La GnRH le avisa a la glándula pituitaria (otra estructura del cerebro) que libere dos hormonas más (LH y FSH), y esas dos son las que finalmente le indican a los ovarios que produzcan estrógeno. Es una cadena de mando: hipotálamo → pituitaria → ovarios → estrógeno.

Los medicamentos que actúan sobre la GnRH interrumpen esa cadena desde el inicio, muy arriba en la jerarquía — por eso su efecto es más fuerte que el de las pastillas anticonceptivas, que actúan más abajo en la cadena. Son como apagar la radio casi por completo en vez de solo bajarle el volumen: ponen tu producción hormonal en pausa temporal, lo cual controla el dolor de forma más fuerte, pero suele venir acompañado de otro medicamento de respaldo para evitar síntomas como los de la menopausia mientras dura el tratamiento (sofocos, pérdida de densidad ósea si se usa por tiempo prolongado sin ese respaldo).

Hay dos formas de lograr este efecto: los **agonistas de GnRH** primero sobre-estimulan la cadena de mando y luego la agotan, apagándola por saturación — por eso al inicio del tratamiento a veces hay un breve empeoramiento de síntomas antes de que mejoren. Los **antagonistas de GnRH** son más nuevos y bloquean la señal directamente desde el principio, sin ese efecto inicial de empeoramiento, y además existen en versión oral (los agonistas suelen ser inyectables).

Inhibidores de aromatasa: apuntando al estrógeno que fabrica el propio tejido de endometriosis

Este último grupo es distinto a todos los anteriores, porque no actúa sobre los ovarios — actúa sobre una enzima llamada aromatasa. La aromatasa es la encargada de fabricar estrógeno a partir de otras hormonas (andrógenos), y normalmente ese proceso ocurre principalmente en los ovarios. Pero aquí está el hallazgo clave en endometriosis: el propio tejido de endometriosis contiene aromatasa y fabrica su propio estrógeno localmente, de forma independiente a lo que producen los ovarios — es esa "mini-fábrica de combustible" que mencionamos antes. Ese estrógeno local

además estimula la producción de las mismas prostaglandinas inflamatorias responsables del dolor, creando un ciclo que se retroalimenta a sí mismo dentro de la lesión.

Los inhibidores de aromatasa bloquean esa enzima, cortando la producción de estrógeno tanto en los ovarios como directamente dentro del tejido de endometriosis — algo que ningún otro tratamiento hormonal logra, ya que los demás solo actúan sobre la producción ovárica. Por eso se reservan generalmente para casos donde el dolor no ha respondido a los tratamientos anteriores: son una herramienta más potente y específica, pero también con más efectos secundarios si se usan solos por tiempo prolongado, así que suelen combinarse con otro tratamiento hormonal adicional.

Cirugía: cuando se necesita ir directo a la fuente

La cirugía suele considerarse cuando los medicamentos no se toleran bien, están contraindicados, o simplemente no logran controlar el dolor lo suficiente. La técnica más usada hoy es la laparoscopía, una cirugía mínimamente invasiva. Y dentro de eso, se prefiere remover completamente el tejido de endometriosis (escisión) en vez de solo "quemarlo" en la superficie (ablación) — es la diferencia entre sacar una mala hierba de raíz o solo cortarle las hojas.

> **¿Sabías que...?** Ningún tratamiento médico —ni siquiera la cirugía— cura la endometriosis de forma definitiva; controla los síntomas y la enfermedad, pero puede reaparecer con el tiempo. Por eso muchas mujeres terminan combinando varias piezas a lo largo de los años.

Por qué te cuento todo esto

No hay un camino "correcto" único — depende de tu caso, qué tan avanzada está la enfermedad, si buscas embarazo, y cómo responde tu cuerpo. Entender estas opciones en tus propias palabras te da algo valioso: la posibilidad de participar activamente en cada decisión sobre tu tratamiento, en vez de solo recibirla.

MÓDULO 06

La importancia de la nutrición en endometriosis

Ya entendiste cómo el estrógeno, el hígado y el intestino se conectan con tu endometriosis. Ahora vamos a lo concreto: qué poner en tu plato para apoyar todo ese proceso, con el fundamento detrás de cada recomendación.



Omega-3: el “apaga fuegos” natural

Tu cuerpo fabrica sustancias inflamatorias (prostaglandinas) a partir de dos tipos de grasa que compiten entre sí: omega-6 y omega-3. Es como dos equipos jugando en la misma cancha — entre más “jugadores” omega-3 tengas en el campo, menos espacio le dejas al equipo que genera inflamación y dolor. Las dietas altas en omega-6 y grasas saturadas tienden a promover la inflamación, mientras que en un estudio, las mujeres con niveles más altos de omega-3 tuvieron un 22% menos de riesgo de endometriosis. Fuentes: pescados grasos, semillas de chía, linaza molida y nueces.

Carne roja: por qué conviene ir reduciendo su consumo

Un estudio grande encontró que las mujeres que comían dos o más porciones de carne roja al día tenían 56% más probabilidad de tener un diagnóstico de endometriosis comparado con quienes comían menos de una porción por semana. Detrás de esta asociación hay un mecanismo hormonal bastante concreto: el consumo de carne roja se relaciona con niveles más bajos de SHBG —esa proteína “taxi” que ya conoces del módulo de laboratorios— y niveles más altos de estradiol. Recuerda que menos SHBG significa más estrógeno circulando libre y activo, disponible precisamente para alimentar el tejido de endometriosis.

A esto se suma otro factor: la grasa saturada presente en la carne roja (como el ácido palmítico) puede aumentar la producción de estrógeno propio del cuerpo. Y el estrógeno, como ya sabes, estimula directamente la producción de las mismas prostaglandinas responsables del dolor y la inflamación en endometriosis — es decir, más carne roja de forma sostenida puede traducirse en un ciclo donde hay más estrógeno circulando y más sustancias inflamatorias generándose a partir de él.

El hierro tipo hemo, muy concentrado en la carne roja y de alta absorción, también se ha asociado de forma independiente con mayor riesgo — aunque no explica por completo la asociación general. Por todo esto, ir reduciendo la frecuencia —no necesariamente eliminarla— tiene una base biológica real, no es solo una recomendación genérica de “come más sano”.

Grasas trans: de las pocas cosas donde la evidencia es bastante clara

Las grasas trans —frituras, repostería industrial, palomitas de microondas, pizza congelada— se han asociado con un aumento de hasta 1.44 veces en el riesgo de diagnóstico, porque son precursoras directas de las mismas prostaglandinas responsables de las contracciones uterinas dolorosas.

Azúcar y carbohidratos refinados: el sube y baja que empeora la inflamación

Los alimentos con alto índice glicémico elevan rápido el azúcar en sangre, lo cual promueve inflamación — piensa en tu azúcar en sangre como una montaña rusa. Elegir carbohidratos de absorción más lenta (avena, quinoa, camote, legumbres) mantiene esa “montaña rusa” mucho más suave.

Cafeína: parece que el exceso es lo que pesa, no el consumo ocasional

Cuando se analiza el consumo general de cafeína, los estudios no encuentran una asociación clara con mayor riesgo. El patrón cambia por niveles: el consumo alto —más de 300 mg al día, aproximadamente 3 tazas— sí se asoció con mayor riesgo, mientras que el consumo moderado (100–300 mg) no mostró asociación clara. Un estudio incluso encontró una relación en forma de “U”, con el punto más bajo de riesgo alrededor de 170 mg al día. La ciencia apunta más a “sin excesos” que a “cero cafeína”.

Alcohol

Es inflamatorio, agota vitaminas del grupo B, y le suma carga de trabajo al hígado — el mismo hígado que ya tiene la tarea de procesar el exceso de estrógeno.

Soya y gluten: profundizando en el porqué de la confusión

Con la soya, los fitoestrógenos no actúan de forma simple — a veces bloquean receptores de estrógeno en vez de activarlos, lo cual puede tener un efecto protector dependiendo del contexto hormonal. Un estudio no encontró relación entre el consumo actual de soya y el diagnóstico de endometriosis.

Con el gluten, algunos análisis grandes no han encontrado que consumirlo aumente el riesgo. Esto no significa que "no importa" para nadie — hay mujeres con endometriosis que sí notan menos inflamación intestinal al reducirlo, probablemente por una sensibilidad individual que nada tiene que ver con la endometriosis en sí. La única forma confiable de saber si esto te aplica a ti es con un protocolo guiado de eliminación y reintroducción — algo que podemos hacer juntas en sesión: quitas el gluten un periodo definido, lo reintroduces de forma controlada, y observamos juntas cómo responde tu cuerpo.

Alimentos que sí suman: color, variedad, y buenas grasas

Frutas cítricas y berries, vegetales de hoja verde, legumbres, cúrcuma, y aceite de oliva. Las legumbres además tienen bajo índice glicémico y ayudan a estabilizar el azúcar en sangre.

Más allá de lo que comes: los micronutrientes que tu cuerpo necesita para desinflamarse

Hay compuestos y micronutrientes puntuales que la investigación ha estudiado directamente en endometriosis.

Curcumina: el compuesto vegetal más estudiado para endometriosis

Es de los pocos compuestos naturales con mecanismos de acción bien documentados en endometriosis específicamente. Actúa "apagando" varias rutas inflamatorias a la vez — se ha visto que puede ayudar a reducir el estradiol y actuar directamente sobre las lesiones, dificultando que las células sigan expandiéndose. La forma más simple de incorporarla es en la cocina; su forma concentrada en suplemento es donde se ha estudiado el efecto más fuerte.

Como suplemento concentrado, tiene interacciones reales que hacen que no sea algo para empezar por tu cuenta sin revisar tu caso:

- **Anticoagulantes o antiagregantes** — la curcumina tiene un efecto leve sobre la coagulación, aumentando el riesgo de sangrado o moretones.
- **Problemas de vesícula biliar** — estimula la producción de bilis, pudiendo empeorar estos cuadros.
- **Medicamentos para la diabetes** — puede potenciar el efecto de bajar el azúcar en sangre.

- **Suplementos o tratamiento para anemia/deficiencia de hierro** — puede interferir con la absorción del hierro.
- **Cirugía programada** — se recomienda suspenderla al menos 2 semanas antes por su efecto sobre la coagulación.
- **Embarazo** — no hay suficiente evidencia de seguridad en dosis de suplemento, así que se evita salvo indicación específica.

Nada de esto significa que la curcumina no sea una buena opción — para muchas mujeres lo es — pero justamente por estas interacciones es una decisión que tomamos juntas.

Magnesio: el mineral relajante

El magnesio participa en más de 300 procesos distintos dentro de tu cuerpo, y varios de ellos son justo los que están alterados en la endometriosis. Ayuda a relajar el músculo —incluyendo el músculo uterino que se contrae durante el dolor menstrual, como si soltara un nudo—, apoya el sueño y calma el sistema nervioso, y también participa en el manejo del estrés, ayudando a moderar la respuesta del cuerpo ante el cortisol que vimos antes.

Ahora, algo práctico que casi nunca se explica: no todas las formas de magnesio en suplemento se absorben igual. El magnesio por sí solo no viaja bien a través del intestino, así que en los suplementos se une a otra molécula que lo "transporta" — y esa molécula transportadora hace toda la diferencia en cuánto realmente termina absorbiendo tu cuerpo.

- **Bisglicinato de magnesio** — el magnesio va unido a dos moléculas del aminoácido glicina. Es de las formas mejor absorbidas y más suaves para el estómago, con muy baja probabilidad de causar diarrea — por eso suele ser la opción preferida cuando el objetivo es relajación, sueño o manejo del dolor, que es justamente lo que buscamos aquí.
- **Citrato de magnesio** — buena absorción también, pero con más tendencia a tener un efecto laxante, sobre todo en dosis más altas.
- **Óxido de magnesio** — es la forma más económica y más común en supermercados, pero también la que peor se absorbe; gran parte simplemente no llega a aprovecharse y actúa más como laxante que como suplemento nutricional real.

Para los fines de este protocolo —relajación muscular, sueño, apoyo al manejo del dolor— el bisglicinato suele ser la opción con mejor relación entre absorción y tolerancia digestiva. Se encuentra también de forma natural en semillas de calabaza, espinaca, almendras, y chocolate oscuro, aunque en cantidades más modestas que un suplemento.

Vitamina D y zinc: las piezas que suelen faltar

Más allá de su papel conocido en los huesos, la vitamina D funciona como un regulador del sistema inmune — y en endometriosis esto importa mucho, porque parte de por qué el tejido fuera del útero logra sobrevivir e implantarse tiene que ver con que las células encargadas de "vigilar y limpiar" ese tejido (como las células NK, un tipo de célula inmune) no están funcionando como deberían. La vitamina D participa en modular esa respuesta inmune, en la inflamación, en cómo crecen y mueren las células del tejido endometrial, e incluso en la formación de nuevos vasos sanguíneos que alimentan las lesiones — por eso se ha estudiado su suplementación no solo para prevenir deficiencia, sino como posible apoyo para aliviar el dolor y mejorar la receptividad del endometrio.

El zinc, por su parte, es un mineral clave para la función antioxidante e inmune del cuerpo — piensa en él como parte del "equipo de mantenimiento" que ayuda a reparar el daño que genera el estrés oxidativo del que ya hablamos con la curcumina y el NAC. En el mundo de la medicina funcional, la deficiencia de zinc se observa con frecuencia en mujeres con inflamación crónica sostenida, precisamente porque el cuerpo consume más zinc del habitual tratando de contrarrestar esa inflamación de fondo — un patrón que también he visto reflejarse en análisis de pacientes con endometriosis no diagnosticada previamente.

Se ha sugerido que las deficiencias de vitamina D, vitamina E y zinc están asociadas con mayor riesgo de desarrollar endometriosis. Corregir esa deficiencia de base —idealmente confirmada con un análisis de sangre— puede ser parte de bajar la inflamación de fondo.

Vitamina C y vitamina E: apoyando el estrés oxidativo

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria donde el estrés oxidativo —un desequilibrio entre radicales libres y las defensas antioxidantes del cuerpo— juega un papel en el daño celular relacionado con la enfermedad. Las vitaminas C y E son antioxidantes, ayudan a neutralizar ese exceso de moléculas dañinas.

En un ensayo clínico con 60 mujeres con endometriosis en etapas 1 a 3, quienes tomaron 1000 mg de vitamina C y 800 UI de vitamina E al día durante 8 semanas mostraron una reducción significativa en sus marcadores de estrés oxidativo, junto con una disminución notable en la severidad del dolor pélvico, la dismenorrea y el dolor durante las relaciones. Un análisis más reciente que reunió varios estudios encontró que esta combinación mostró de los efectos más consistentes sobre el dolor entre los suplementos antioxidantes evaluados, aunque no debe verse como una terapia única, sino como una estrategia complementaria.

> **¿Sabías que…?** Las dosis usadas en estos estudios son considerablemente más altas que lo que normalmente se recomienda como suplementación general — otra razón más por la que esto no es algo para autoadministrarte sin supervisión.

NAC (N-acetilcisteína): de los suplementos con evidencia más prometedora en endometriosis específicamente

El NAC es un precursor del glutatión, uno de los antioxidantes más importantes que produce tu propio cuerpo — piensa en el glutatión como el "equipo de limpieza interno" más potente que tienes, y el NAC como la materia prima que le das a tu cuerpo para fabricar más de ese equipo.

Tiene un efecto antiproliferativo y antioxidante sobre los tejidos. En un estudio, mujeres con endometriosis que tomaron NAC (600 mg, 3 veces por semana durante 3 meses) mostraron mejoría en dolor menstrual, dolor con las relaciones y dolor pélvico crónico, junto con reducción en el tamaño de sus endometriomas medida por ecografía, y disminución en sus niveles de CA-125. En un estudio de seguimiento, el 75% de las participantes que buscaban embarazo lograron concebir durante el tiempo del estudio.

Vale la pena ser honesta sobre los límites de esta evidencia: una revisión sistemática reciente encontró que, aunque en contextos no postoperatorios el NAC se asoció con menos dolor y reducción de endometriomas, el único estudio que lo comparó directamente después de una cirugía no encontró beneficio adicional frente a los anticonceptivos orales continuos.

> **¿Sabías que…?** El NAC es también el mismo compuesto que se usa en hospitales como antídoto para intoxicación por paracetamol — una molécula con mucha historia de uso seguro en medicina.

Un apunte importante sobre suplementos

Todo lo anterior es información general sobre lo que la evidencia está explorando — no es una receta de "toma esto y esto". Qué necesitas específicamente tú, en qué dosis, y si hace sentido según tu historial, tus medicamentos actuales y tu caso particular, es algo que revisamos juntas en la sesión.

MÓDULO 07

Manejo del dolor y el estrés



Cómo se normalizó el dolor menstrual — y por qué eso te costó tiempo

Desde adolescentes nos enseñan que el periodo duele, que los cólicos “son parte de ser mujer”, y que hay que aguantarlos. Muchas mujeres con síntomas de endometriosis no buscan atención médica durante años porque asumen que su dolor es “simplemente parte normal” de la menstruación. Existe el dolor menstrual “normal” (dismenorrea primaria), causado por prostaglandinas que hacen que el útero se contraiga — típicamente empieza uno o dos días antes del periodo y es manejable. Y existe un dolor distinto, más intenso, que puede empezar antes en el ciclo, durar más, y sentirse constante incluso fuera del periodo — ese es el tipo de dolor que debería levantar la sospecha de que hay algo más.

Los distintos tipos de dolor que puede dar la endometriosis

- **Dismenorrea** — dolor asociado al periodo, más intenso y prolongado que un cólico típico.
- **Dispareunia** — dolor durante o después de las relaciones sexuales.
- **Disquecia** — dolor al evacuar, especialmente durante la menstruación.
- **Disuria** — dolor o molestia al orinar.
- **Dolor pélvico crónico no cíclico** — dolor que aparece fuera del periodo.

Estos tipos de dolor a menudo coexisten con otros síndromes de dolor —vejiga dolorosa, colon irritable, dolor de piso pélvico.

Dos orígenes distintos detrás de todos estos dolores

Dolor nociceptivo es el que se origina directamente en el tejido dañado o inflamado. Es el tipo de dolor "esperable": hay una causa física identificable, y si tratas esa causa, el dolor debería mejorar de forma proporcional.

Dolor nociplástico es diferente: no viene de daño activo en el tejido, sino de que el sistema nervioso mismo cambió su forma de procesar el dolor. El "problema" ya no está solo en la pelvis, está en cómo el cerebro y la médula espinal interpretan y amplifican las señales.



Dos orígenes distintos del dolor en endometriosis: nociceptivo (tejido) y nociplástico (sistema nervioso)

La mayoría de las mujeres con endometriosis conviven con ambos tipos de dolor al mismo tiempo — y cada uno responde a herramientas distintas. Esto explica por qué a veces, después de cirugía o tratamiento hormonal exitoso, el dolor persiste: no porque el tratamiento "fallara", sino porque estaba resolviendo la parte nociceptiva, mientras la parte nociplástica seguía necesitando su propio abordaje.

Por qué el dolor a veces se queda, incluso después del tratamiento

Cuando un tejido inflamado envía señales de dolor de forma repetida durante años, el sistema nervioso se vuelve hiperreactivo — como una alarma de auto que se dispara cada vez más fácil de tanto sonar. Con el tiempo, hasta estímulos que normalmente no dolerían empiezan a sentirse

dolorosos. A esto se le suma la sensibilización periférica y cruzada, que explica por qué el dolor de endometriosis frecuentemente se acompaña de otros síndromes de dolor persistente.

La conexión cuerpo-mente en endometriosis — y por qué no es "solo mental"

El estrés sostenido eleva el cortisol, lo cual puede alterar el equilibrio hormonal (como ya viste en el módulo del eje hormonal), empeorar la inflamación, y aumentar la sensibilidad al dolor. Es un círculo que se retroalimenta: el dolor genera estrés, y el estrés amplifica el dolor.

Esta conexión no es una sensación subjetiva — está documentada con cifras concretas. Estudios muestran que entre el 15% y el 50% de mujeres con endometriosis presentan síntomas de depresión, y entre el 24% y más del 65% presentan síntomas de ansiedad — cifras muy por encima de la población general. Y la relación va en ambas direcciones: a mayor intensidad del dolor, mayores los niveles de ansiedad y depresión reportados. Pero también al revés: la ansiedad y la tendencia a catastrofizar el dolor ("esto nunca va a mejorar") están consistentemente asociadas con experimentar el dolor de forma más intensa. No es que el dolor esté "en tu cabeza" — es que tu cabeza y tu cuerpo comparten el mismo sistema nervioso, y lo que pasa en uno afecta al otro.

El sueño es otra pieza de este mismo triángulo: dormir mal empeora la inflamación y el ánimo, y la inflamación y el malestar emocional, a su vez, dificultan dormir bien — otro círculo que se retroalimenta entre sí (vas a ver más sobre el sueño más adelante en este módulo).

Incluso hay evidencia más directa sobre el cuerpo específicamente: estudios en modelos animales muestran que el estrés crónico puede aumentar el tamaño y la severidad de las lesiones de endometriosis, mientras que reducir el estrés se ha asociado con una disminución de hasta el 50% en el tamaño de las lesiones. Esto no significa que el estrés "cause" la endometriosis, ni que manejarlo sea un sustituto del tratamiento médico — pero sí confirma algo importante: cuidar tu estado mental no es un extra opcional en este proceso, es parte real del manejo, con el mismo peso que cualquier otra herramienta de este protocolo.

Lo que la evidencia respalda hoy para el manejo

- **Terapia cognitivo-conductual (TCC).** Es un tipo de terapia psicológica estructurada que trabaja sobre la relación entre pensamientos, emociones y sensaciones físicas — no busca "convencerte" de que el dolor no es real, todo lo contrario: parte de que el dolor crónico cambia la forma en que el cerebro interpreta las señales (recuerda la sensibilización central que vimos antes), y te da herramientas concretas para interrumpir el círculo donde el dolor genera ansiedad, la ansiedad amplifica el dolor, y así sucesivamente. En la práctica, se trabaja con un terapeuta en sesiones estructuradas, identificando patrones de pensamiento específicos alrededor del dolor y practicando estrategias para responder distinto ante un brote. Un ensayo

clínico de 2024 sobre TCC para el dolor de endometriosis encontró mejoras en la percepción del dolor, la depresión, el estrés y la calidad de vida. Estos enfoques ya están incluidos en guías oficiales de manejo de dolor pélvico crónico de sociedades médicas en EE.UU. — no son medicina alternativa, son parte reconocida del manejo integral.

- **Reducción de estrés basada en mindfulness (MBSR, por sus siglas en inglés).** Es un programa estructurado, generalmente de 8 semanas, que enseña prácticas de atención plena — ejercicios de respiración, meditación guiada, y "escaneo corporal" (prestar atención consciente a distintas partes del cuerpo sin juzgar lo que sientes ahí). La idea de fondo es entrenar tu capacidad de observar el dolor y el estrés sin que tu mente se dispare automáticamente hacia el pánico o la catastrofización — algo muy distinto a "ignorar" el dolor, es más bien cambiar tu relación con él. Un programa virtual de 8 semanas mostró mejoras significativas en sensación de control, bienestar emocional, apoyo social e imagen propia en mujeres con endometriosis — en ese estudio no hubo cambio directo en la intensidad del dolor, pero sí una mejora real en cómo las participantes vivían con él día a día, lo cual también cuenta.
- **Yoga combinado con fisioterapia de piso pélvico.** Un programa de 12 semanas mostró reducción del dolor pélvico resistente y mejor calidad de vida.

> **¿Sabías que...?** En muchas mujeres con endometriosis, los ejercicios de Kegel pueden en realidad empeorar los síntomas, porque los músculos del piso pélvico ya están demasiado tensos, no débiles. Antes de hacer cualquier ejercicio de "fortalecimiento" pélvico, vale la pena evaluar con un fisioterapeuta especializado si tu patrón es de tensión o de debilidad.

Qué puedes empezar a incorporar (y por qué funciona cada cosa)

Ejercicio aeróbico moderado. Caminar, nadar, andar en bicicleta. Se ha asociado con niveles más bajos de sustancias inflamatorias, y estimula la liberación de serotonina y endorfinas. No se trata de entrenar intenso — caminatas regulares o natación suave ya generan este efecto.

El ejercicio de fuerza también cuenta. Un programa de entrenamiento de fuerza de 8 semanas mostró reducciones medibles en marcadores inflamatorios (IL-6, proteína C reactiva) y en cortisol. También mejora la calidad del sueño. Es cierto que levantar pesas genera una subida temporal de cortisol durante el entrenamiento — eso es normal y adaptativo, y vuelve a su línea base en 24 horas. Lo que realmente eleva el riesgo no es esa subida puntual, sino el estrés crónico sostenido de fondo. No le tengas miedo al ejercicio de fuerza por el mito del cortisol.

Sueño. El sueño insuficiente tiene un efecto medible sobre cómo tu cuerpo percibe el dolor. Mujeres que dormían menos de 6 horas mostraron una respuesta inhibitoria al dolor deteriorada. La privación de sueño también aumenta la sensibilidad al dolor y la ansiedad. Lo importante es la consistencia, no solo la cantidad.

Acupuntura. En un estudio publicado en *Fertility and Sterility*, mujeres que recibieron acupuntura (30 minutos, tres veces por semana durante 12 semanas) tuvieron una reducción de aproximadamente 40% en el dolor menstrual y una duración del dolor 28% más corta. El mecanismo involucra la liberación de endorfinas y la regulación del sistema nervioso autónomo — recalibrando cómo el sistema nervioso procesa y responde a las señales de dolor, algo especialmente relevante cuando ya hay sensibilización central instalada. Es importante que sea con un profesional certificado y en conversación con tu equipo médico.

TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea). Es un pequeño dispositivo, del tamaño de un control remoto, que se conecta a unos parches con electrodos que se pegan sobre la piel, en la zona del dolor. Envía impulsos eléctricos suaves que "compiten" con la señal de dolor en su camino hacia el cerebro — como interferencia en una llamada — además de estimular la liberación de endorfinas propias. Es una herramienta de bajo riesgo, sin medicamentos, que puedes usar en casa durante un brote.

Fisioterapia de piso pélvico. Un fisioterapeuta especializado puede identificar si tus músculos están tensos o débiles, y trabajar específicamente sobre eso.

MÓDULO 08

Herramientas prácticas

1. Registro de ciclo y síntomas

Llevar un registro simple, aunque sea en tu celular o en un cuaderno, hace una diferencia real a la hora de identificar patrones. Cada día (o al menos durante tu periodo y los días de más síntomas), anota:

- **Fecha**
- **¿Hay sangrado ese día?**
- **Nivel de dolor**, en una escala de 0 a 10
- **Dónde duele** — pélvico, lumbar, digestivo, etc.
- **Síntomas asociados** — hinchazón, fatiga, ánimo, digestión
- **Cualquier nota adicional** que te parezca relevante

No necesitas un formato especial ni una app complicada — hasta una nota de voz rápida o un mensaje que te escribes a ti misma cada día sirve. Lo importante es la constancia, no la perfección. Llévalo contigo a tu sesión de seguimiento — ese patrón es información muy valiosa para ajustar tu plan.

2. Guía de alimentos: prioriza y reduce

Una forma simple de tener a mano al hacer las compras o planear tus comidas de la semana — no es una lista de “prohibido/permitido”, es un mapa de hacia dónde inclinar la balanza con más frecuencia.

Prioriza más seguido:

- [ ] **Pescados grasos** (salmón, sardinas, macarela, anchoas) — tu fuente principal de omega-3, el “apaga fuegos” que vimos en el módulo de nutrición.
- [ ] **Semillas de chía y linaza molida** — alternativa vegetal de omega-3, además de fibra.
- [ ] **Vegetales de hoja verde** (espinaca, kale, acelga) — fibra, magnesio, y antioxidantes en un mismo alimento.
- [ ] **Crucíferas con moderación** (brócoli, coliflor, repollo) — apoyan al hígado a procesar el estrógeno.
- [ ] **Frutas cítricas y berries** — antioxidantes que ayudan con el estrés oxidativo.
- [ ] **Legumbres** (lentejas, garbanzos, frijoles) — fibra y proteína vegetal, además de bajo índice glicémico.

- [ ] **Cúrcuma** — incorporada en la cocina, en sopas, guisos, arroces o batidos.
- [ ] **Aceite de oliva** — como tu grasa principal para cocinar y aliñar.

Reduce la frecuencia:

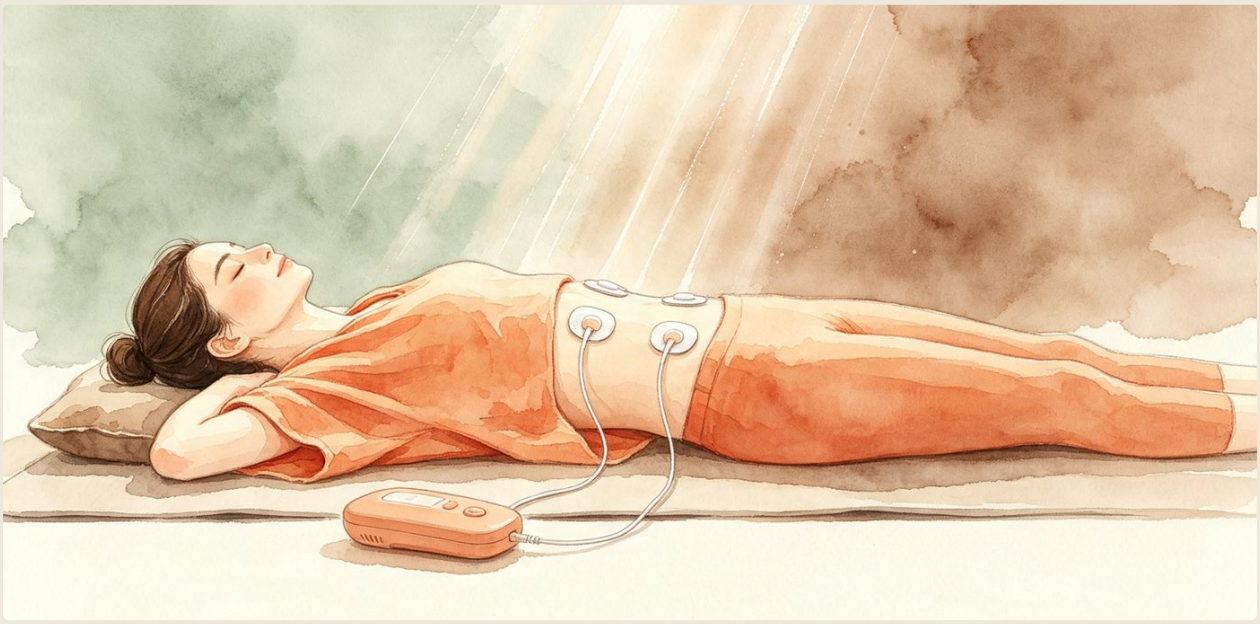
- [ ] **Carne roja diaria** — se asocia con menos SHBG y más estrógeno circulando, el mismo estrógeno que alimenta el tejido de endometriosis, así que conviene ir bajando la frecuencia.
- [ ] **Frituras y ultraprocesados** — la principal fuente de grasas trans y aditivos que alteran el intestino.
- [ ] **Azúcar refinada y bebidas azucaradas** — la "montaña rusa" de azúcar en sangre que vimos antes.
- [ ] **Alcohol y cafeína en exceso** — recuerda que el consumo moderado de cafeína (1-2 tazas) no parece ser el problema; es el exceso sostenido lo que le suma carga de trabajo al hígado.

Tener esta guía visible —en la nevera, en el celular— hace mucho más fácil que las decisiones de cada día vayan sumando en la dirección correcta, sin necesitar fuerza de voluntad para recordarlo todo desde cero cada vez.

3. Preguntas para llevar a tu consulta con el ginecólogo o especialista

- [ ] ¿Qué estudios de imagen recomiendas para evaluar mi caso?
- [ ] ¿Qué opciones de tratamiento existen para mi situación específica, y cuáles priorizas y por qué?
- [ ] Si estoy buscando (o quiero preservar la posibilidad de) embarazo, ¿cómo cambia eso las opciones?
- [ ] ¿Qué tan avanzada parece la endometriosis, y qué significa eso en términos prácticos?
- [ ] ¿Trabajas de forma coordinada con otros especialistas (fisioterapia de piso pélvico, manejo de dolor, nutrición)?
- [ ] Si se considera cirugía, ¿tienes experiencia específica con endometriosis, y con qué técnica trabajas (escisión vs. ablación)?
- [ ] ¿Cada cuánto deberíamos hacer seguimiento, y qué señales indicarían que el tratamiento no está funcionando?

4. Kit para brotes de dolor



- [ ] Fuente de calor (bolsa de agua caliente o almohadilla térmica)
- [ ] Analgésico que ya tengas indicado, tomado con comida
- [ ] TENS, si cuentas con uno
- [ ] Algo de movimiento suave a mano (guía corta de estiramientos o yoga)

5. Sobre la suplementación

A lo largo de este protocolo mencionamos varios compuestos con evidencia interesante para endometriosis. Es probable que te preguntes por dónde empezar, y quiero acompañarte en eso de la forma correcta: la suplementación funciona mejor cuando es individualizada, porque depende de tus resultados de laboratorio, qué medicamentos ya estás tomando, tu historial de salud, y las interacciones posibles. Por eso prefiero no darte una lista genérica de “toma esto en esta dosis” — no porque no quiera ayudarte, sino porque mereces algo pensado específicamente para ti.

Lo que sí puedes hacer con esta información es llegar a tu sesión de seguimiento conmigo ya informada, con ideas claras de qué te interesa explorar. Ahí, dentro del alcance de mi práctica, te oriento y te sugiero qué suplementos podrían tener sentido para tu caso particular, en qué dosis y con qué frecuencia — y juntas revisamos si hace falta coordinarlo también con tu médico tratante, sobre todo si ya tienes otros medicamentos o condiciones de por medio.

6. Señales de alerta: ¿brote manejable o necesitas atención médica?

Puedes manejarlo en casa con tu kit de brotes si: el dolor es similar a episodios anteriores y responde a tus herramientas habituales, no hay fiebre ni sangrado inusualmente abundante, puedes moverte aunque incómoda.

Contacta a tu médico en 24-48 horas si: el dolor es distinto a tus episodios habituales, notas sangrado significativamente más abundante de lo usual, hay síntomas nuevos.

Busca atención de urgencia el mismo día si: el dolor es súbito, extremo e incapacitante; hay fiebre alta; sangrado abundante sostenido; mareo severo, desmayo, o dolor que se irradia de forma nueva y alarmante.

Ante la duda, siempre es mejor pecar de cautelosa.

MÓDULO 09

Tu camino de seguimiento

Llegaste hasta aquí con mucha información. Y aquí quiero ser clara sobre algo importante: todo lo que acabas de leer es el mapa, no el destino. Un protocolo escrito, por completo que sea, no reemplaza que alguien vea tu caso particular y camine contigo.

Qué sigue ahora

El siguiente paso es agendar tu primera sesión conmigo. Ahí vamos a tomar todo este panorama y aterrizarlo en tu situación real: tu historial, tus síntomas específicos, en qué punto de tratamiento estás con tu ginecólogo, y qué de todo esto tiene más sentido priorizar primero. Desde ahí, definimos juntas cómo se ve tu seguimiento.

Para agendar tu primera sesión:

cal.com/drastephanieoviedo/sesion-endometriosis-consciente

O escanea el código QR con tu celular.

Una última palabra

Si llegaste a este protocolo es probablemente porque, como me pasó a mí, sientes que llevas tiempo buscando respuestas que nadie termina de darte completas. Quiero que sepas que no tienes que seguir armando ese rompecabezas sola. Este es solo el primer paso — el resto lo construimos juntas.



Referencias

Tipos, clasificación, imágenes diagnósticas y fertilidad

- Endometriosis. *ScienceDirect*, 2011.
- Three Types of Endometriosis: Pathogenesis, Diagnosis and Treatment. State of the Art. *International Journal of Molecular Sciences (MDPI)*, 2023.
- Endometriosis and Adenomyosis: Modern Concepts of Their Clinical Outcomes, Treatment, and Management. *PMC11277467*.
- Preoperative classification of endometriosis: r-ASRM, #Enzian, AAGL 2021, and NMS-E systems. *Gynecology and Pelvic Medicine*, 2025.
- Classification/staging systems for endometriosis: the state of the art. *GREM Journal*, 2020.
- Endometriosis classification, staging and reporting systems: a review. *Human Reproduction Open*, 2021.
- Transvaginal ultrasound and MRI in detecting rectosigmoid deep infiltrating endometriosis: comparative meta-analysis. *PMC11955469*.
- Diagnostic MRI for deep pelvic endometriosis: towards a standardized protocol? *European Radiology*, 2024.
- Pelvic MRI: Is Endovaginal or Rectal Filling Needed? *PMC5904466*.
- The Impact of Endometriosis on Ovarian Reserve: A Systematic Review. *International Journal of Women's Health (Dove Medical Press)*, 2026.
- Mechanisms of Endometrioma-Mediated Ovarian Damage: Myths and Facts. *Journal of Clinical Medicine (MDPI)*, 2025.
- Update on the pathogenesis of endometriosis-related infertility based on contemporary evidence. *PMC11930837*.
- Evidence based management of patients with endometriosis undergoing assisted conception: British Fertility Society policy and practice recommendations. *Human Fertility*, 2023.
- Should you consider egg freezing before endometriosis treatment? *Shady Grove Fertility*, 2026.

Eje hormonal y metilación

- Homocysteine, vitamin B status and MTHFR polymorphisms in Italian infertile women. *ScienceDirect*, 2021.

- The impact of MTHFR and VDR polymorphisms on endometriosis susceptibility: systematic review and meta-analysis. *ScienceDirect*, 2025.
- Folic Acid and Methylation Myths: Facts, Fallacies and What the Evidence Suggests. *Food for the Brain*, 2024.
- MTHFR 677C→T genotype modulates the effect of a 5-year supplementation with B-vitamins on homocysteine concentration: the SU.FOL.OM3 randomized controlled trial. *PMC5973566*.

Nutrición y suplementación

- Food groups and nutrients consumption and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Nutrition Journal (Springer)*, 2022.
- A prospective cohort study of meat and fish consumption and endometriosis risk. *ScienceDirect*, 2018.
- The Role of Dietary Fats in the Development and Treatment of Endometriosis. *PMC10058497*.
- A Positive Relationship Between Caffeine Intake and Endometriosis: A Cross-Sectional Study of NHANES 1999–2006. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2025.
- Coffee and caffeine intake and risk of endometriosis: a meta-analysis. *European Journal of Nutrition*, 2014.
- Curcumin inhibits endometriosis endometrial cells by reducing estradiol production. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 2013.
- Effect of curcumin on painful symptoms of endometriosis: a triple-blind randomized controlled trial. *Phytotherapy Research*, 2024.
- The Effect of Combined Vitamin C and Vitamin E Supplementation on Oxidative Stress Markers in Women with Endometriosis: A Randomized, Triple-Blind Placebo-Controlled Clinical Trial. *Pain Research and Management*, 2021.
- Vitamin C and E antioxidant supplementation may significantly reduce pain symptoms in endometriosis: systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 2024.
- Efficacy of N-Acetylcysteine on Endometriosis-Related Pain, Size Reduction of Ovarian Endometriomas, and Fertility Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health, PMC10048621*, 2023.
- N-Acetylcysteine in Endometriosis: A Systematic Review of Biological Rationale and Clinical Evidence. *Antioxidants (MDPI)*, 2026.
- Research progress on roles of vitamin D in endometriosis. *PMC10393689*.

Dolor y manejo del estrés

- Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy in treating women with endometriosis and chronic pelvic pain: a randomized trial. *Journal of Health Psychology*, 2024.
- Telehealth cognitive behavioural therapy improves health-related quality of life and pain in endometriosis: the Healing Pelvic Pain Intervention (HaPPI) — a randomized controlled trial. *Human Reproduction Open*, 2026.
- Virtual Mindfulness-Based Therapy for the Management of Endometriosis Chronic Pelvic Pain: A Novel Delivery Platform to Increase Access to Care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2024.
- ENDO-GYM: A holistic approach with pelvic floor physiotherapy and Yoga for endometriosis pain relief. *ScienceDirect*, 2026.
- Efficacy of acupuncture for endometriosis-associated pain: a multicenter randomized single-blind placebo-controlled trial. *Fertility and Sterility*, 2023.

Laboratorios

- High prevalence of undiagnosed iron deficiency in endometriosis patients: A cross-sectional study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2025.

Nota: esta lista refleja las fuentes principales consultadas para el contenido de este protocolo. Es información en constante evolución — la evidencia científica sobre endometriosis se sigue actualizando.