



GUÍA HORMONAL FEMENINA · EDICIÓN 2026

Hormonas después de los 40: por qué los exámenes salen **normales**

Qué es la perimenopausia y por qué se comporta al revés de lo que se cuenta, qué examen sirve a esta edad y cuál no, qué hace y qué no hace la terapia hormonal con el tamaño de cada efecto, y en qué momento esto pasa a ser una consulta. Escrita para Latinoamérica.

La perimenopausia se comporta al revés de como se cuenta

A los 45 años la conversación casi nunca va de menopausia. Va de la etapa anterior, que dura años y hace lo contrario de lo esperado: antes de bajar, el estrógeno sube y se vuelve impredecible.

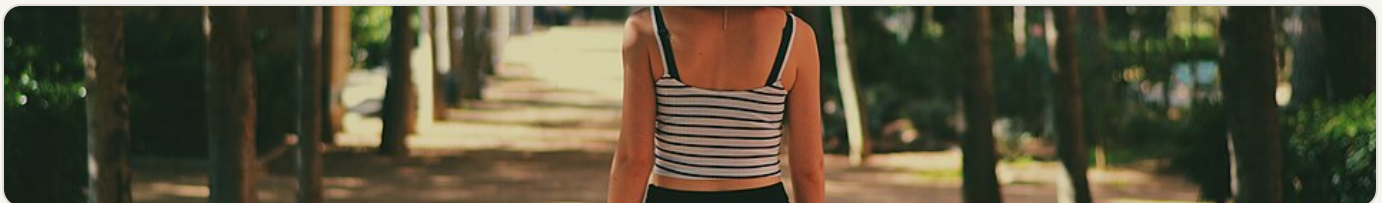
Santoro y su equipo siguieron a mujeres de 43 años en adelante con recogida diaria de orina durante seis meses. Encontraron lo contrario del modelo mental habitual: **más** excreción de estrógeno que en las mujeres jóvenes del grupo de comparación, con gonadotropinas más altas y progesterona de fase lútea más baja. Lo nombraron con tres palabras: hiperestrogenismo, hipergonadotropismo y descenso de la progesterona lútea.

De ahí sale la consecuencia más útil de estas páginas, y explica una escena muy repetida: una mujer con síntomas reales se hace exámenes de laboratorio, salen dentro de rango, y se va con la sensación de que se lo está inventando. Un valor aislado retrata aquí un sistema que fluctúa de un ciclo al siguiente: en rango un martes, fuera de rango tres semanas después, y las dos veces real.

El tamaño hay que decirlo: once mujeres perimenopáusicas, medición en orina y un trabajo de 1996. Por eso sus cifras no aparecen aquí. Lo replicado después en las cohortes grandes es la dirección, y es la dirección lo que cambia la conversación.

43 años La edad desde la que ya se observó la función ovárica alterada

No a los 50, y con ciclos todavía presentes. La etapa se define por el patrón de sangrado, y eso ordena la página siguiente.



Empieza con la regla todavía presente y dura años. Por eso se estadifica por el patrón menstrual y no por una fecha

CÓMO USAR ESTAS PÁGINAS

Imprímelas. La página 8 es el protocolo y la página 9 es la lista de lo que se consulta sin esperar. El resto está para que llegues con las preguntas ya hechas.

Las etapas se leen en el calendario menstrual

El consenso internacional que ordena este tema recomienda aplicarlo con independencia de la edad, la etnia, el tamaño corporal o las características de estilo de vida. Lo que estadifica es el patrón de sangrado.

DÓNDE ESTÁS	QUÉ HACE LA REGLA	QUÉ SUELE APARECER
Reproductiva tardía	Regular, con cambios sutiles de duración	Poco o nada. Es la antesala
Transición temprana	Los ciclos varían de longitud de un mes al siguiente, de forma persistente	Sofocos que aparecen, sueño que se rompe, sangrado más abundante
Transición tardía	Aparecen los saltos: periodos largos sin regla	Donde los síntomas suelen apretar más
Posmenopausia temprana	12 meses seguidos sin regla, contados hacia atrás	Los síntomas siguen, y más de lo que se avisa
Sangrado después de esos 12 meses	Deja de ser una etapa y pasa a ser consulta	Página 9. Se estudia siempre y pronto

7,4

años La mediana de duración de los sofocos y los sudores nocturnos

Medida en 1.449 mujeres con síntomas frecuentes dentro de una cohorte de 3.302. Contando solo desde la última menstruación, la persistencia mediana fue de 4,5 años. Una mediana no es un pronóstico individual: la mitad queda por debajo.

EL DATO QUE CONTRADICE EL «YA SE TE VA A PASAR»

Las que empezaron con síntomas frecuentes estando todavía premenopáusicas o en transición temprana tuvieron la duración más larga, con una mediana **superior a 11,8 años**. Las que empezaron ya posmenopáusicas, la más corta: 3,4 años. Empezar pronto predice durar más. Los propios autores escriben que se debería aconsejar a las mujeres que esperen que los síntomas frecuentes puedan durar más de 7 años. Es una cohorte observacional de Estados Unidos.

Qué responde a tu pregunta y qué no, a esta edad

El problema no es que te falte un examen. Es que el examen que suelen pedir no responde a la pregunta que llevas.

EXAMEN	¿TE RESPONDE?	POR QUÉ
FSH aislada	No, si todavía tienes reglas	En la perimenopausia fluctúa entre valores premenopáusicos y posmenopáusicos de un ciclo al siguiente
Estradiol aislado	No	Retrata un sistema que en esta etapa sube y baja. En rango no descarta nada, y alto tampoco confirma nada
TSH	Sí, y casi nunca se pide	Cansancio, caída de pelo, frío, peso que no cede y niebla mental es la lista de la perimenopausia y también la del hipotiroidismo
Ferritina, con PCR al lado	Sí, y casi nunca se pide	El sangrado abundante de esta etapa gasta hierro, y el déficit da el mismo cuadro. La PCR va al lado porque la inflamación eleva la ferritina
Densitometría ósea	Según tu edad y tu riesgo	Desde los 65 años, y antes si una evaluación clínica de riesgo de fractura lo indica
Panel hormonal amplio sin una pregunta previa	No	Genera hallazgos, y cada hallazgo genera un seguimiento que no hacía falta



Los dos exámenes que más pueden cambiar el rumbo a esta edad salen de la misma extracción

LOS DOS QUE SE PIDEN BARATO EN CUALQUIER LABORATORIO DE LA REGIÓN

TSH y ferritina. Atribuir a la menopausia el cansancio, la caída de pelo y la niebla mental sin descartar antes hipotiroidismo y déficit de hierro es la manera más común de dejar sin tratar algo que sí tenía tratamiento.

El estudio que cambió veinte años, leído entero

En 2002 se comunicó de una manera que hizo que millones de mujeres suspendieran el tratamiento de un día para otro. La corrección posterior es real y merece darse completa.

El titular casi nunca dijo quién estaba dentro: la edad media era **63,4 años**, con más de una década de posmenopausia en muchos casos. La posición vigente sostiene que **por debajo de los 60 años, o dentro de los 10 desde la menopausia y sin contraindicaciones, el balance es favorable** para síntomas vasomotores y pérdida ósea. Más tarde, menos.

La ventana de oportunidad es razonable como hipótesis. El único ensayo diseñado para probarla, con 643 mujeres, halló que la pared carotídea progresó más despacio con estradiol en el grupo temprano. Pero mide una arteria, no infartos ni muertes; y el análisis de 2007 no la demostró: su prueba de tendencia no alcanzó la significación.

Dos cosas van siempre pegadas. **El ictus subió (HR 1,32; IC 95 %: 1,12 a 1,56) con independencia del tiempo desde la menopausia.** Y a 18 años, en 27.347 mujeres, no hubo más mortalidad (HR 0,99), lo que desmonta el miedo de 2002, ni tampoco menos. Sobre cognición no hay fuente aquí.

LO QUE SE DICE

Las hormonas dan cáncer de mama. Eso demostró el WHI, y por eso se dejaron de dar.

LO QUE MUESTRA LA EVIDENCIA

Falsa como generalización, y la contraria también: son dos tratamientos con dos respuestas distintas. En el ensayo aleatorizado de más de 20 años, el **estrógeno más progestágeno**, el que se usa cuando hay útero, se asoció a **más** incidencia (HR 1,28) sin diferencia en mortalidad. El **estrógeno solo**, en histerectomizadas, a **menos** (HR 0,78). Un metaanálisis observacional de 108.647 casos halla exceso también con estrógeno solo: la discrepancia sigue abierta. Coinciden en que el progestágeno añade riesgo y en que crece con la duración.

5 AÑOS EMPEZANDO A LOS 50

CÁNCER DE MAMA EXTRA ENTRE LOS 50 Y LOS 69 AÑOS

Estrógeno más progestágeno diario

Alrededor de **1 de cada 50** usuarias

Estrógeno solo

Alrededor de **1 de cada 200**

«La terapia hormonal» no existe como bloque único

La posición de sociedad lo resume así: el riesgo difiere según el tipo, la dosis, la duración, la vía, el momento de inicio y si se usa o no un progestágeno. Seis variables, y ninguna se decide leyendo un PDF.

LA DECISIÓN	LO QUE ESTÁ MEDIDO, Y SU LÍMITE
Parche o pastilla	Oral: más riesgo de trombosis venosa (OR 1,58). Transdérmico: no se asoció (OR 0,93). <i>El límite:</i> casos y controles con 80.396 casos y 391.494 controles, así que lo defendible es «no se asoció», no «no tiene riesgo»
Progestágeno, si conservas el útero	Protege el endometrio del estímulo del estrógeno, y por eso los dos brazos del ensayo original eran distintos. <i>El límite:</i> aquí no hay matiz que dar. Ver el recuadro
Estrógeno vaginal a dosis baja	En 45.663 mujeres sin terapia sistémica, los riesgos de cáncer y cardiovasculares no difirieron , y el metaanálisis de 108.647 casos lo exceptúa del exceso de riesgo de mama. <i>El límite:</i> observacional, así que lo defendible es «no se elevó», nunca «protege»
Testosterona	Única indicación con respaldo de consenso internacional, firmado también por la sociedad latinoamericana de climaterio: deseo sexual hipoactivo posmenopáusico . <i>El tamaño:</i> en 36 ensayos y 8.480 mujeres, 0,85 eventos satisfactorios más al mes , y sin efecto en músculo ni cognición
Bioidénticas y pellets	La palabra describe la molécula: hay estradiol y progesterona micronizada bioidénticos aprobados por agencia reguladora , con dosis conocida y control de lote. <i>El contraste:</i> las National Academies describen el mercado magistral como regulado de forma variable y básicamente no estudiado. De pellets no doy cifras porque busqué la fuente y no la encontré; del formato sí: implantado, la dosis no se retira

SI CONSERVAS EL ÚTERO

El progestágeno no es opcional, y esta es la frase que no se recorta

El estrógeno sin oposición estimula el endometrio. Por eso toda mujer que conserva el útero y usa estrógeno sistémico necesita además un progestágeno, cuyo trabajo es protegerlo, y ese trabajo no depende de cómo te sientas.

Una mujer con útero que consigue estrógeno por su cuenta, en crema, en gel o en pastilla, no se está automedicando de forma imperfecta. Se está exponiendo a un riesgo endometrial conocido y evitable.

Y por eso aquí no hay ni una dosis: eso se decide en consulta.

La báscula no registra lo que está pasando

Con densitometría repetida en una cohorte grande se midió qué cambia y cuándo. El resultado explica una escena repetida: pesar lo mismo y ver otro cuerpo.

Al empezar la transición, la velocidad de ganancia de grasa **se duplicó** y la masa magra **empezó a caer**, hasta unos 2 años después de la última menstruación. Mientras tanto el **peso** subió de forma lineal desde antes y no se aceleró: la composición cambió y la báscula no lo contó. Es descriptivo y no prueba que una intervención lo revierta, y aun así desactiva buena parte de la culpa de esta etapa.

Y hay algo que se ve menos y pesa más. Una declaración científica de la American Heart Association documenta patrones propios de la transición en hormonas sexuales, composición corporal, lípidos y salud vascular, y la describe como un momento de **aceleración** del riesgo cardiovascular, y por tanto como ventana para intervenir temprano.

2,9 % Lo que ganó la densidad ósea de la columna con fuerza pesada supervisada

Frente a menos 1,2 % con baja intensidad. 101 mujeres con masa ósea baja, 8 meses, dos sesiones de 30 minutos por semana, con **un solo evento adverso**. Los autores escriben también la palabra que no se quita: **supervisado**. El cribado de osteoporosis se recomienda desde los 65 años, y antes con riesgo aumentado de fractura.



Dos sesiones de 30 minutos por semana, con carga y con alguien mirando la técnica. La palabra que los autores no quitan es supervisado

Y PARA LOS SOFOCOS, SIN HORMONAS

Con nivel I declarado: terapia cognitivo conductual, hipnosis, algunos antidepresivos, gabapentina y fezolinetant. Elinzanetant bajó los sofocos unos 3 al día sobre 13 a 16, y mejoró el sueño; lo financió el fabricante. Y marca el **ejercicio como no recomendado para reducir sofocos**, lo que significa solo que no los baja.

Cuatro cosas que se pueden empezar esta semana

01 Ponle nombre a la etapa antes de pedir ningún examen

Apunta tres cosas de cada regla: fecha en que empezó, días que duró y si sangraste más de lo habitual. El estadiaje de esta etapa es clínico y sale de ese patrón.

SIN DOSIS ESTABLECIDA

Tres ciclos seguidos, o tres meses si ya hay saltos. Recomendación práctica, no un intervalo fijado en la literatura.

EN QUIÉN CAMBIA

Si ya llevas 12 meses sin regla, la etapa está definida. Si usas anticonceptivo hormonal o un dispositivo con hormona, el patrón de sangrado no sirve para estadificar.

02 Descarta las dos cosas que dan exactamente el mismo cuadro

Pide TSH y ferritina, esta última con una PCR ultrasensible al lado. Cansancio, caída de pelo, frío, peso que no cede y niebla mental es la lista de la perimenopausia, y también la del hipotiroidismo y la del déficit de hierro. Las dos se descartan barato y las dos tienen tratamiento.

DOSIS

Una sola extracción, en ayunas y a primera hora.

EN QUIÉN CAMBIA

Si vienes de una infección reciente, espera dos a tres semanas. Si el sangrado es abundante o entre reglas, la ferritina importa más todavía.

03 Entrena fuerza, y no bajes la carga porque el hueso esté frágil

El ensayo comparó entrenamiento intenso supervisado con un programa domiciliario suave, y el intenso ganó en densidad de columna y de cuello femoral. Creer que con masa ósea baja toca ejercicio suave apunta al lado contrario.

DOSIS

Dos sesiones de 30 minutos por semana durante 8 meses, con series cortas a carga alta. **Supervisado** forma parte de la dosis.

EN QUIÉN CAMBIA

Fueron 101 mujeres cribadas por enfermedades y medicaciones que afectan al hueso. Con fractura previa, osteoporosis establecida o sin experiencia con carga, el punto de partida lo pone un profesional.

04 Llegar a la proteína suficiente, y deja de subir donde el efecto se acaba

La proteína sostiene el trabajo del punto anterior. Repártela entre las comidas en lugar de concentrarla en la cena.

DOSIS

1,62 g por kilo al día es donde el metaanálisis de 49 estudios y 1.863 participantes deja de encontrar más masa libre de grasa.

EN QUIÉN CAMBIA

El efecto del suplemento sobre el entrenamiento fue de 0,30 kg: real y pequeño, la palanca sigue siendo entrenar. Fueron adultos sanos, no mujeres posmenopáusicas. Con enfermedad renal, la cifra la pone tu médico.

Qué se consulta el mismo día

9

de cada 10 **Mujeres con sangrado después de la menopausia que no tienen cáncer de endometrio**

Y la otra mitad, que va siempre pegada: el **91 %** de los cánceres de endometrio se presentan así. Se estudia siempre y pronto.

CONSULTA EL MISMO DÍA

1 **Cualquier sangrado después de 12 meses sin regla**

En cualquier cantidad, aunque sea una vez y aunque sea una mancha. No se espera a ver si se repite.

2 **Sangrado abundante o entre reglas en la perimenopausia**

Frecuente y con explicación fisiológica, y aun así se estudia: causa el déficit de hierro que luego se confunde con la etapa.

3 **Dolor o hinchazón en una pierna, dolor en el pecho o falta de aire**

Síntomas de trombosis venosa y embolia pulmonar. Si usas terapia hormonal, dilo al llegar.

4 **Debilidad de un lado, dificultad para hablar o para ver**

En el WHI el ictus subió con independencia del momento de inicio. El tiempo cuenta.

ANTES DE QUE ALGUIEN TE OFREZCA UNA HORMONA

Tres situaciones que no se deciden leyendo

Un antecedente que cambia la conversación. Cáncer de mama o de endometrio, trombosis o embolia, ictus o infarto, enfermedad hepática activa. Varias son contraindicación.

Menopausia antes de los 45 años, y sobre todo antes de los 40. No se rige por el cálculo de riesgo y beneficio de estas páginas.

Sequedad, dolor con las relaciones o infecciones urinarias de repetición. Lo que menos se consulta y lo único aquí que no mejora solo. Tiene tratamiento local, con otro perfil de riesgo.

Y si llevas meses durmiendo mal o sudando de noche, eso ya es consulta. Las preguntas con las que entrar: mi etapa, mis contraindicaciones, si conservo el útero y qué vía.

Las fuentes, con su identificador

1. Harlow S.D. *Stages of Reproductive Aging Workshop + 10*. Menopause, 2012. PMID 22343510
2. Santoro N. *Reproductive hormonal dynamics in the perimenopause*. JCEM, 1996. PMID 8636357
3. Avis N.E. *Duration of menopausal vasomotor symptoms*. JAMA Intern Med, 2015. PMID 25686030
4. Rossouw J.E. *Hormone therapy and cardiovascular disease by age*. JAMA, 2007. PMID 17405972
5. Hodis H.N. *Early versus late postmenopausal estradiol (ELITE)*. NEJM, 2016. PMID 27028912
6. Manson J.E. *Hormone therapy and long-term all-cause mortality*. JAMA, 2017. PMID 28898378
7. Chlebowski R.T. *Hormone therapy and breast cancer incidence*. JAMA, 2020. PMID 32721007
8. Collaborative Group. *Hormone therapy type, timing and breast cancer*. Lancet, 2019. PMID 31474332
9. Vinogradova Y. *Hormone therapy and venous thromboembolism*. BMJ, 2019. PMID 30626577
10. Crandall C.J. *Cancer and cardiovascular events, vaginal estrogen*. Menopause, 2018. PMID 28816933
11. Davis S.R. *Global consensus on testosterone therapy for women*. JCEM, 2019. PMID 31498871
12. Islam R.M. *Testosterone for women: safety and efficacy*. Lancet Diab Endo, 2019. PMID 31353194
13. Greendale G.A. *Body composition in the menopause transition*. JCI Insight, 2019. PMID 30843880
14. Watson S.L. *High-intensity resistance training (LIFTMOR)*. JBMR, 2018. PMID 28975661
15. Pinkerton J.V. *Elinzanetant for vasomotor symptoms (OASIS 1 y 2)*. JAMA, 2024. PMID 39172446
16. Clarke M.A. *Endometrial cancer risk and postmenopausal bleeding*. JAMA IM, 2018. PMID 30083701
17. Stuenkel C.A. *Compounded bioidentical hormone therapy*. Climacteric, 2020. PMID 33073628
18. NAMS. *2023 nonhormone therapy position statement*. Menopause, 2023. PMID 37252752
19. Morton R.W. *Protein supplementation and training gains*. Br J Sports Med, 2018. PMID 28698222
20. USPSTF. *Screening for osteoporosis to prevent fractures*. JAMA, 2025. PMID 39808425
21. El Khoudary S.R. *Menopause transition and cardiovascular risk*. Circulation, 2020. PMID 33251828
22. NAMS. *2022 hormone therapy position statement*. Menopause, 2022. PMID 35797481

LAS IMÁGENES

Mujer caminando: Biel Morro, dominio público (CC0). Tubos de extracción: Håkan Dahlström, CC BY 2.0. Entrenamiento con barra: Nenad Stojkovic, CC BY 2.0.

AVISO MÉDICO

Divulgación educativa.

NO ES UNA RECOMENDACIÓN MÉDICA NI REEMPLAZA LA DECISIÓN DE TU MÉDICO.

No contiene pautas de dosificación.

NO INICIES NI SUSPENDAS UN TRATAMIENTO HORMONAL POR LO QUE LEAS AQUÍ.

Un protocolo como este, en tu correo

Un tema desarmado, con sus pasos y sus fuentes. Escrito por un médico, para Latinoamérica.

doctormiltonlara.com/newsletter