



Lo que *no* te —  
contaron de la  
**Menopausia**  
**Quirúrgica**  
**Inducida o**  
**Iatrogénica**

Una guía breve para gestionar  
el cambio hormonal **abrupto**

Nieves López-Brea Serrat

---

**Nieves López-Brea Serrat (Psicóloga Sanitaria y Neuropsicóloga Clínica).**

***Autora y redactora principal.***

**Fecha de publicación: agosto de 2026.**

**Lugar de creación: *Málaga, España.***

**Declaración de conflicto de intereses: *"La autora declara no presentar conflictos de intereses en relación con los contenidos o fármacos citados en este documento".***

**Citación sugerida (Formato APA): López-Brea Serrat, N. (2026). *Guía clínica breve de información y acompañamiento en Menopausia quirúrgica, iatrogénica o inducida.* Málaga, España.**

# GUÍA CLÍNICA DE INFORMACIÓN Y ACOMPañAMIENTO SOBRE LA MENOPAUSIA QUIRÚRGICA, IATROGÉNICA O INDUCIDA

---

**Manual de orientación para pacientes y entorno familiar**

## 1. INTRODUCCIÓN, CONTEXTO SOCIAL Y MARCO CONCEPTUAL

---

### 1.1. El estigma histórico y la invisibilización del proceso

Hablar de la menopausia siempre ha sido un tabú. Históricamente envuelta en el silencio, la vergüenza social o el chiste fácil, la pérdida de la función reproductiva se ha tratado como un secreto a voces que las mujeres debían transitar en soledad. Si la menopausia natural sigue arrastrando el peso del estigma y la invisibilidad, la menopausia quirúrgica o iatrogénica resulta aún más incomprendida por la sociedad y, con frecuencia, por los propios entornos familiares.

### 1.2. Menopausia natural vs. Menopausia quirúrgica o iatrogénica

Pero si hablamos de menopausia suele evocar la idea de una transición gradual, un proceso biológico que se despliega suavemente a lo largo de los años. Sin embargo, cuando la medicina

interviene a través de una cirugía, el escenario cambia por completo. Lejos de la narrativa habitual que describe este proceso como un desgaste progresivo a lo largo de los años, cuando la medicina interviene a través de una cirugía, no hay margen para la adaptación paulatina. La menopausia quirúrgica, iatrogénica o inducida no avisa ni da tregua, es una interrupción tajante, un antes y un después que transforma el cuerpo y la mente de un día para otro.

La menopausia marca el final de la etapa reproductiva de la mujer, definida clínicamente tras 12 meses consecutivos de amenorrea (ausencia de menstruación). La diferencia fundamental entre la menopausia natural y la quirúrgica reside en la causa que la desencadena, la velocidad de su inicio y la severidad de sus manifestaciones fisiológicas.

### **Menopausia Natural**

Es un proceso biológico endocrino gradual y progresivo que ocurre habitualmente entre los 45 y 55 años (con una media de 51 años).

- **Mecanismo:** Se produce por el agotamiento progresivo de la reserva folicular en los ovarios. A medida que disminuye el número de folículos ováricos, cae la producción de estrógenos (principalmente estradiol) y progesterona, mientras aumentan los niveles de las gonadotropinas hipofisarias **FSH** (hormona foliculoestimulante) y la **LH** (hormona luteinizante) como mecanismo de compensación.
- **Transición gradual:** Consta de varias fases:
  - **Perimenopausia:** Fase de fluctuación hormonal en la que los ciclos se vuelven irregulares y comienzan a manifestarse síntomas incipientes.
  - **Menopausia:** El hito puntual que marca un año completo sin periodo menstrual.
  - **Postmenopausia:** Etapa posterior donde los niveles hormonales se estabilizan en valores bajos.
- **Adaptación sintomática:** El descenso hormonal progresivo permite que el sistema nervioso central y los tejidos diana tengan tiempo para adaptarse gradualmente a la reducción de estrógenos.

### **Menopausia Quirúrgica**

Es un tipo de menopausia iatrogénica provocada por la extirpación quirúrgica de ambos ovarios (**ooforectomía bilateral**), frecuentemente realizada en el contexto de una histerectomía total, por complicaciones en patologías benignas, condiciones oncológicas o preventivas.

- **Mecanismo:** La extirpación de las gónadas causa un cese inmediato y total de la producción ovárica de estrógenos, progesterona y andrógenos (como la testosterona).

- **Ausencia de transición:** No existe la fase gradual de perimenopausia; el perfil hormonal cambia de forma drástica en cuestión de horas tras la intervención médica.
- **Sintomatología abrupta:** Al no existir un periodo de adaptación biológica, los síntomas vasomotores (sofocos, sudoración nocturna), las alteraciones neurológicas (cambios bruscos de humor, insomnio) y la sequedad mucocutánea suelen presentarse con mayor severidad e intensidad desde los primeros días postquirúrgicos.

### Comparativa Principal

| Parámetro             | Menopausia Natural                                  | Menopausia Quirúrgica                                               |
|-----------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Causa principal       | Envejecimiento ovárico fisiológico                  | Extirpación quirúrgica de ambos ovarios                             |
| Inicio                | Gradual (meses o años de transición)                | Abrupto e inmediato                                                 |
| Reserva androgénica   | Los ovarios siguen secretando andrógenos residuales | Pérdida inmediata de la producción ovárica de andrógenos            |
| Severidad de síntomas | Variable, con adaptación progresiva                 | Típicamente más severa e intensa                                    |
| Consideración clínica | Proceso biológico estándar                          | Riesgo cardiovascular y óseo acelerado si ocurre a edades tempranas |

**Nota sobre la histerectomía:** La extirpación del útero conservando los ovarios (*histerectomía con conservación ovárica*) interrumpe el sangrado menstrual, pero no causa menopausia quirúrgica inmediata, ya que los ovarios continúan produciendo hormonas hasta que se agota su reserva folicular natural.

### 1.3. Mecanismo Quirúrgico y Fisiopatología Abrupta

A diferencia del cese progresivo de la función ovárica, la extirpación quirúrgica de los ovarios (ooforectomía), a menudo acompañada de una histerectomía completa (la extracción total del útero y el cuello uterino), provoca un colapso hormonal inmediato. Al despertar de la anestesia, los niveles de estrógenos, progesterona y andrógenos caen a cero de forma abrupta, desencadenando una cascada de síntomas simultáneos e intensos que someten al organismo a un auténtico choque biológico, fisiológico, emocional, cognitivo y conductual.

## 2. CUADRO CLÍNICO DETALLADO Y MANIFESTACIONES SINTOMÁTICAS

---

### 2.1. Manifestaciones Físicas Complejas

- **Sofocos de alta intensidad y sudoración nocturna profusa:** Se presentan de forma repentina debido a la desregulación del centro termorregulador en el hipotálamo, provocando despertares frecuentes y agotamiento extremo.
- **Sequedad extrema en mucosas y piel:** Pérdida acelerada de colágeno y elasticidad que afecta a la piel, los ojos, la cavidad oral y, de manera crítica, al tejido vulvovaginal.
- **Insomnio resistente:** Dificultad tanto para conciliar como para mantener el sueño, agravado por los despertares vasomotores y la alteración de la arquitectura del descanso.
- **Dolores articulares y musculares agudos:** Rigidez articular generalizada (artralgia menopáusica) y tensión muscular que dificulta la movilidad fina y el ejercicio.
- **Fatiga profunda no reparadora:** Sensación de agotamiento sistemático que no se alivia con el reposo convencional, derivada del desequilibrio hormonal y metabólico.

### 2.2. Sintomatología Emocional e Identitaria

- **Labilidad emocional y ansiedad brusca:** Episodios repentinos de labilidad emocional extrema, irritabilidad, vulnerabilidad a la depresión y una sensación difusa de desorientación.
- **La histerectomía completa y el vacío identitario:** Cuando la intervención incluye la histerectomía completa, al impacto hormonal se le suma una vivencia corporal profundamente compleja. Muchas mujeres experimentan una sensación física y simbólica de "vacío" interno tras la pérdida del útero y la matriz. Este espacio físico al que el cuerpo estaba habituado se

transforma en un silencio orgánico que puede alterar la percepción de la propia identidad. En una sociedad donde la feminidad se ha vinculado históricamente a la capacidad gestante o a la juventud biológica —otro gran tabú por romper—, no es extraño que aflore un duelo silencioso y la sensación de haber perdido un eje visceral sobre el que se articulaba el esquema corporal, la deseabilidad o la conexión con la propia corporalidad, llegando a sentir que se deja de ser mujer. Reconocer y nombrar este sentimiento es el primer paso para dismantelar la culpa y rehacer el vínculo con el propio cuerpo desde un lugar nuevo.

## 2.3. Esfera Cognitiva y la "Niebla Mental"

La denominada "niebla mental" postquirúrgica está directamente vinculada al cese de la acción protectora de los estrógenos sobre los receptores cerebrales. Se caracteriza por:

- Fallos recurrentes en la memoria de trabajo a corto plazo.
- Dificultad acusada para encontrar palabras o mantener el hilo del discurso (anomia).
- Lentitud en el procesamiento de la información compleja y pérdida de agilidad en la toma de decisiones.
- Problemas de concentración y fácil fatigabilidad ante tareas intelectuales continuadas.

Desde la neuropsicología y la neurociencia cognitiva, se explica a través de la interacción entre los estrógenos, la neuroquímica cerebral y las redes de la corteza prefrontal y el hipocampo:

### 2.3.1. El rol neuro protector del estradiol en el cerebro

El estradiol (E2) actúa como un potente **neuromodulador y neuro protector**. No solo es una hormona sexual; el cerebro está repleto de receptores estrogénicos (especialmente ER\alpha y ER\beta) concentrados en dos áreas clave para la cognición:

- **El hipocampo:** Eje central de la consolidación de la memoria declarativa y el aprendizaje.
- **La corteza prefrontal:** Encargada de las funciones ejecutivas (atención sostenida, memoria de trabajo, planificación, inhibición de impulsos y flexibilidad mental).

### 2.3.2. Mecanismos neuropsicológicos y neurobiológicos de la niebla mental

- **Hipometabolismo cerebral y crisis de energía:** El estradiol regula el metabolismo de la glucosa en las neuronas (su principal fuente de energía). Al caer abruptamente los estrógenos, el cerebro experimenta una reducción temporal en su capacidad metabólica. Las neuronas literalmente sufren una **hipoglucemia funcional**, lo que enlentece la velocidad de procesamiento de la información.

- **Reducción de la plasticidad sináptica:** Los estrógenos estimulan la densidad de las espinas dendríticas en el hipocampo y la corteza prefrontal. La privación hormonal brusca reduce la conectividad sináptica, dificultando la codificación y recuperación rápida de recuerdos y la búsqueda de palabras (aparición de anomia o "tener la palabra en la punta de la lengua").
- **Alteración de los sistemas de neurotransmisión:**
  - **Sistema colinérgico:** Los estrógenos modulan la síntesis de acetilcolina, neurotransmisor crítico para la atención y la memoria. Su déficit directo causa despistes y fallos de concentración.
  - **Sistema serotoninérgico y dopaminérgico:** Al disminuir el estrógeno, cae el tono dopaminérgico en el circuito prefrontal, lo que afecta a la memoria de trabajo (capacidad de mantener y manipular información en la mente a corto plazo).
- **Impacto indirecto por fragmentación de la arquitectura del sueño:** La falta de estrógenos altera el centro termorregulador hipotalámico (causando sofocos nocturnos) y reduce la fase de sueño profundo (*NREM* / ondas lentas). Durante el sueño profundo ocurre la depuración de toxinas cerebrales y la consolidación de la memoria. La privación crónica de sueño empeora drásticamente el rendimiento ejecutivo al día siguiente.
- **Efecto del cortisol y estrés biológico:** El cambio hormonal repentino eleva la reactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). El cortisol elevado actúa de forma neurotóxica sobre las neuronas del hipocampo, bloqueando aún más el rendimiento cognitivo.

### 2.3.3. Perfil del déficit cognitivo en la evaluación neuropsicológica

En las pruebas neuropsicológicas estandarizadas, la niebla mental menopáusica no muestra un deterioro cognitivo global ni una demencia, sino un patrón muy específico de alteración en la **eficiencia del procesamiento**.

## 2.4. Trastornos Metabólicos y Resistencia a la Insulina

La resistencia a la insulina ocurre cuando las células del cuerpo (músculo, grasa e hígado) dejan de responder adecuadamente a la insulina, impidiendo que la glucosa penetre en ellas con facilidad para generar energía. En respuesta, el páncreas produce aún más insulina para compensar, manteniendo niveles de azúcar normales en sangre durante un tiempo, hasta que la capacidad pancreática se agota.

### Principales causas y factores de riesgo en menopausia:

- **Grasa visceral:** Acumulación de tejido adiposo intraabdominal favorecida por la caída de estrógenos, la cual libera sustancias inflamatorias e interfiere en la señalización celular de la insulina.
- **Estilo de vida:** Sedentarismo prolongado e involuntario tras la cirugía y patrones de alimentación inadecuados.
- **Componente hormonal y estrés:** La elevación crónica de cortisol por dolor o ansiedad altera la sensibilidad glucémica.
- **Descanso alterado:** La privación crónica de sueño empeora directamente la resistencia insulínica.

**Signos físicos de sospecha:** Acantosis nigricans (oscurecimiento de la piel en pliegues como cuello y axilas), acrocordones, acumulación rápida de grasa abdominal y fatiga acusada tras las comidas principales (fatiga postprandial).

## 2.5. Alteraciones en la Sexualidad y Salud Genitourinaria

La bajada drástica de estrógenos y andrógenos altera la respuesta sexual femenina a nivel físico y neuroquímico:

- **Atrofia vulvovaginal y dispareunia:** La mucosa vaginal se adelgaza, pierde pliegues y lubricación, convirtiendo el contacto físico o el coito en algo incómodo o francamente doloroso si no se pauta tratamiento.
- **Tránsito del deseo espontáneo al deseo reactivo:** El deseo ya no surge de forma espontánea antes del encuentro, sino de forma reactiva tras iniciar un contacto físico relajado, placentero y libre de presiones.
- **Pérdida de tonicidad y cambios en el suelo pélvico:** Modificación en la firmeza del tejido de soporte pélvico, requiriendo rehabilitación específica.



## COMPLICACIONES

---

### 3.1. Cronología Real del Postoperatorio

La recuperación de una histerectomía completa no se limita al cierre externo de la herida en 2 o 3 semanas. La restauración tisular profunda y la reorganización metabólica abarcan un marco temporal más amplio:

| Fase de Recuperación                     | Marco Temporal | Objetivos Fisiológicos y Funcionales                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Recuperación Física Primaria</b>      | 1 a 3 meses    | Periodo crítico para el cierre de la cúpula vaginal y la cicatrización interna. Se recupera progresivamente la autonomía para actividades cotidianas livianas.                                    |
| <b>Recuperación Integral y Funcional</b> | 3 a 6 meses    | Tiempo necesario para reanudar el ejercicio físico progresivo, la actividad sexual (tras alta médica explícita) y para que el sistema endocrino y nervioso alcancen un nuevo punto de equilibrio. |
| <b>Adaptación a Largo Plazo</b>          | 6 a 12 meses   | Periodo en el que el cuerpo termina de asentarse tras el choque hormonal, la cicatrización interna se consolida por completo y se evalúa la eficacia de los tratamientos de soporte.              |

### 3.2. Restricciones Físicas Indispensables

- **Restricción de vuelos (mínimo 4 a 8 semanas):** Volar en avión implica inmovilidad prolongada y cambios de presión en cabina, lo que eleva significativamente el riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) o tromboembolismo pulmonar, especialmente tras cirugías pélvicas mayores.
- **Prohibición de baños, playa y piscinas (mínimo 6 a 8 semanas):** Sumergir el cuerpo en agua (ya sea de mar, piscina o bañera) está completamente contraindicado mientras la cúpula vaginal y las heridas externas no hayan cicatrizado del todo. El agua actúa como vehículo de bacterias hacia una zona interna vulnerable y en proceso de epitelización, aumentando el riesgo de infecciones severas.
- **Limitación en la conducción de vehículos (mínimo 4 a 6 semanas):** Conducir o realizar viajes largos en coche implica presión sobre la zona abdominal/pélvica al pisar los pedales, vibración constante y riesgo de lesiones bruscas ante frenadas de emergencia. Además, los trayectos sentada durante mucho tiempo reducen el retorno venoso en las piernas.
- **El reto añadido de los meses de verano:** Atravesar la recuperación en época estival añade una complicación física objetiva. La temperatura elevada potencia la frecuencia e intensidad de los sofocos, acelera la deshidratación y dificulta el descanso nocturno. Asimismo, el sudor exige un cuidado minucioso de las incisiones quirúrgicas para prevenir infecciones o hiperpigmentación de las cicatrices.

### 3.3. Complicaciones Postoperatorias Específicas y Signos de Alarma

- **Acumulación de líquido o hematomas en la cúpula vaginal (Seroma / Hematoma del manguito vaginal):** Al extirpar el útero, la parte superior de la vagina se sutura para crear un fondo de saco (la cúpula vaginal). En el espacio quirúrgico residual puede acumularse líquido seroso o sangre.  
*Síntomas de alarma:* Sensación de peso o presión pélvica, flujo vaginal anormal (rosado, amarillento o con mal olor), manchado intermitente o fiebre. Si el líquido se infecta o el volumen es grande, puede requerir drenaje médico o antibioticoterapia.
- **Riesgo de coágulos de sangre (Trombosis / Tromboflebitis):** La cirugía pélvica, sumada a la inmovilidad inicial y al reposo, incrementa el estancamiento de la sangre en las venas de las piernas y la pelvis.  
*Prevención y manejo:* Uso de medias de compresión gradual, administración de heparina de bajo peso molecular (según pauta quirúrgica) y paseos cortos y frecuentes desde los primeros días para estimular la circulación sin realizar esfuerzos abdominales.

### 3.4. La Influencia Fisiológica del Estrés en la Cicatrización

El estrés crónico no es solo un estado anímico; genera una cascada fisiológica directa sobre el organismo en proceso de cicatrización y adaptación hormonal:

- **Fase aguda (postoperatorio):** La elevación crónica del cortisol reduce la respuesta inflamatoria saludable inicial y frena la proliferación de fibroblastos y la síntesis de colágeno, enlenteciendo el cierre de las incisiones y de la cúpula vaginal. Además, deprime el sistema inmunitario y genera tensión muscular pélvica involuntaria.
- **Fase posterior:** La bajada de estrógenos junto al cortisol elevado intensifican los sofocos, el insomnio y la niebla mental, al tiempo que potencian la resistencia a la insulina y la acumulación de grasa visceral.
- **La estabilidad mental previa:** Incluso cuando la intervención se programa de forma preventiva para evitar que lesiones o tumores alcancen un riesgo de malignidad, el estado psicológico con el que se entra a quirófano es decisivo. Abordar la cirugía desde un momento de relativo equilibrio emocional facilita la asimilación del choque neuroquímico posterior. Llegar en situaciones de agotamiento o estrés crónico multiplica el impacto de la bajada hormonal.

## 4. MANEJO FARMACOLÓGICO Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

---

### 4.1. Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH)

La Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) es el tratamiento médico destinado a sustituir las hormonas (principalmente estrógenos y progesterona) que el cuerpo deja de producir tras la menopausia. En casos de menopausia quirúrgica o iatrogénica, la TRH cobra un papel especialmente crítico para amortiguar el desplome biológico inmediato. En mujeres intervenidas quirúrgicamente de forma prematura (especialmente antes de los 45 años), las guías clínicas recomiendan mantener la TRH al menos hasta la edad promedio de la menopausia natural (50-51 años), salvo contraindicación médica explícita.

#### Esquemas de tratamiento:

- **Terapia con solo estrógenos:** Indicada exclusivamente para mujeres a las que se les ha practicado una histerectomía (extracción del útero). Al no haber endometrio, no se requiere progesterona para proteger la mucosa uterina.

- **Terapia combinada (Estrógenos + Progestágenos):** Necesaria si se conserva el útero, ya que la progesterona previene la hiperplasia endometrial provocada por el estrógeno sin oposición. A veces se puede pautar progesterona a pesar de una histerectomía ya que ayuda a reducir la ansiedad, la irritabilidad y a inducir el sueño profundo en pacientes con insomnio severo postquirúrgico. La progesterona micronizada natural tiene una acción directa sobre el sistema nervioso central a través de sus metabolitos (como la alopregnanolona), los cuales estimulan los receptores GABA-A del cerebro. También si la paciente no tolera bien la TRH de solo estrógenos por insomnio resistente, se prescribe progesterona nocturna por su beneficio neurológico.
- **Testosterona:** La administración de testosterona en mujeres durante la menopausia (especialmente en la menopausia quirúrgica o iatrogénica) busca restaurar los niveles fisiológicos de andrógenos que el cuerpo deja de producir tras la pérdida de los ovarios. Aunque tradicionalmente se asocia al varón, las mujeres sanas producen andrógenos en los ovarios y las glándulas suprarrenales. La extirpación brusca de los ovarios provoca una caída inmediata del **50% o más de la testosterona circulante**, lo que en muchas mujeres desencadena un impacto profundo en su calidad de vida:
  - **Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo (TDSH):** Caracterizado por la falta o pérdida persistente del deseo, la excitación sexual y pensamientos eróticos, acompañada de un malestar personal significativo o distrés emocional. La terapia con testosterona a dosis fisiológicas femeninas demuestra mejorar la frecuencia de encuentros sexuales placenteros, la libido, el orgasmo y la satisfacción sexual general, reduciendo la angustia asociada a la pérdida del deseo.
  - **Mantenimiento de la masa muscular y fuerza (Sarcopenia):** La testosterona promueve la síntesis proteica muscular, facilitando el rendimiento físico y la prevención de la fragilidad. Reducción del cansancio persistente que no responde solo al reemplazo estrogénico. Actúa en sinergia con los estrógenos estimulando la densidad mineral ósea y previniendo la osteopenia. Apoyo frente a la astenia, la falta de motivación o la "niebla mental".

### **Criterios de Elegibilidad, Pauta de Administración y Efectos Secundarios:**

#### **Efectos secundarios de los Estrógenos**

Cuando se administran de forma sistémica (parches, geles o comprimidos):

- Efectos leves o adaptativos (frecuentes al inicio):
  - Tensión o dolor mamario (mastalgia): Sensibilidad aumentada o turgencia en los pechos (suele remitir a las pocas semanas o tras ajustar la dosis).
  - Retención de líquidos y distensión abdominal: Sensación de hinchazón leve en extremidades o abdomen.
  - Náuseas o molestias gástricas: Especialmente más comunes en la vía oral que en la vía transdérmica (geles o parches).

- Cefaleas o migrañas ligeras: Relacionadas con la fluctuación o adaptación de los niveles hormonales.
- Manchados o sangrados irregulares (*spotting*): Común durante los primeros 3 a 6 meses de tratamiento.
- Riesgos y complicaciones a largo plazo (según dosis, duración y perfil de riesgo previo):
  - Tromboembolismo venoso (TEV) y accidente cerebrovascular: La vía oral incrementa ligeramente el riesgo al pasar por el hígado (aumenta factores de coagulación). La vía transdérmica (geles o parches) no incrementa el riesgo trombótico, por lo que es de elección en mujeres con factores de riesgo cardiovascular o metabólico.
  - Riesgo endotelial / cardiovascular: Si la TRH se inicia muy tarde (más de 10 años tras el inicio de la menopausia o pasados los 60 años), el riesgo cardiovascular puede incrementarse. Iniciada dentro de la "ventana de oportunidad" (menores de 60 años o <10 años de menopausia), es cardioprotectora.

### **Efectos secundarios de la Progesterona y Progestágenos**

Indicada principalmente para la protección endometrial en mujeres con útero conservado (o en casos concretos sin útero como endometriosis previa o insomnio):

- Progesterona natural micronizada (de elección por vía oral/vaginal):
  - Somnolencia y sedación: Dado que sus metabolitos actúan sobre los receptores GABA del cerebro, puede causar mareo o adormecimiento (por ello se prescribe exclusivamente por la noche).
  - Cambios en el estado de ánimo: Leve sensación de aletargamiento o fluctuación anímica en mujeres sensibles.
- Progestágenos sintéticos (derivados sintéticos):
  - Efectos anímicos: Pueden desencadenar irritabilidad, síntomas depresivos o labilidad emocional.
  - Efectos metabólicos: Menor tolerancia a la glucosa y retención de líquidos.
  - Riesgo en salud mamaria: La adición prolongada de progestágenos sintéticos a la terapia estrogénica se asocia a un ligero incremento en el riesgo de cáncer de mama tras 5 años de uso continuo (a diferencia de la progesterona micronizada natural, que presenta un perfil de seguridad mamaria superior).

### **Efectos secundarios de la Testosterona:**

- **Prerrequisito:** Antes de pautar testosterona, es fundamental optimizar la Terapia de Reemplazo Hormonal estrogénica (con o sin progesterona) y descartar otras causas de la baja libido (estrés, dolor en relaciones, factores relacionales o fármacos como los

antidepresivos).

- **Control analítico:** Se deben monitorizar los niveles sanguíneos de testosterona total y libre antes de iniciar el tratamiento y a los 3-6 meses para asegurar que permanecen dentro del rango fisiológico femenino, evitando la sobredosificación.
- **Efectos secundarios leves (raros si la dosis es adecuada):** Ligero acné, aumento de vello facial en el punto de aplicación o cambios en el cuero cabelludo.
- **Efectos virilizantes (solo con sobredosificación):** Engrosamiento de la voz o hipertrofia clitoridiana (evitables mediante el seguimiento analítico periódico).
- **Contraindicaciones:** Historia o presencia de cánceres hormonodependientes (como cáncer de mama), hepatopatías severas o acné/hirsutismo previo de intensidad grave.

#### Vías de administración:

| Vía             | Formato                 | Ventajas Principales                                                                             |
|-----------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Transdérmica    | Parches, geles, sprays  | Absorción directa a la sangre; evita el primer paso hepático y presenta menor riesgo trombótico. |
| Oral            | Comprimidos             | Cómoda administración diaria, aunque pasa por digestión y metabolismo hepático.                  |
| Local / Vaginal | Cremas, óvulos, anillos | Eficaz para la sequedad y atrofia vulvovaginal con mínima absorción sistémica.                   |

#### Beneficios y Contraindicaciones:

- *Beneficios clave:* Alivio rápido de sofocos, preservación de densidad ósea, protección cardiovascular y cognitiva, mejora de la atrofia mucosa.
- *Contraindicaciones absolutas:* Antecedentes de cáncer hormonodependiente (mama, endometrio), enfermedad tromboembólica activa o reciente, hepatopatía severa o sangrado genital no diagnosticado.

## 4.2. Alternativas No Hormonales

Cuando la TRH está contraindicada, se requiere un abordaje multimodal:

### 1. Tratamientos Farmacológicos No Hormonales:

- *ISRS / ISRN*: Paroxetina (dosis bajas), venlafaxina o escitalopram para reducir sofocos y estabilizar el ánimo.
- *Gabapentinoides*: Gabapentina o pregabalina nocturna para mejorar el descanso y atenuar sofocos nocturnos.
- *Antagonistas NK3*: *Fezolinetant*, que actúa directamente sobre las neuronas termorreguladoras del hipotálamo sin carga hormonal.

### 2. Salud Vulvovaginal y Pélvica No Hormonal:

- Hidratantes vaginales con ácido hialurónico (2-3 veces por semana).
- Lubricantes de base acuosa o silicona en las relaciones.
- Fisioterapia de suelo pélvico para recuperar elasticidad y flexibilidad muscular.

### 3. Fitoterapia Supervisada y Suplementación:

- *Cimicífuga racemosa*: Modulación de temperatura sin efecto estrogénico mamario directo.
- *Extracto de polen purificado*: Reducción de sofocos sin actividad fitoestrogénica.
- *Magnesio y Melatonina*: Para el tono muscular, descanso óseo y regulación del sueño.
- *Nota de seguridad*: Evitar fitoestrógenos (soja, trébol rojo) si existen antecedentes de tumores hormonodependientes sin la validación previa de oncología.

### 4. Salud Ósea, Cardiovascular y Estilo de Vida:

- Suplementación de Vitamina D3 y Calcio pautaada.
- Fármacos antirresortivos (bisfosfonatos/denosumab) si hay osteopenia u osteoporosis.
- Ejercicio de fuerza muscular estructurado para mejorar receptores GLUT4 y aumentar la densidad ósea.



## 5. GUÍA PRÁCTICA DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR Y SOCIAL

---

### 5.1. El Pilar del Apoyo en el Hogar

La recuperación no es un trayecto individual. El pilar del apoyo en el hogar abarca dos dimensiones fundamentales:

- **Sostén físico:** Ayuda real y logística en las tareas cotidianas para respetar estrictamente los tiempos de reposo pélvico y abdominal.
- **Sostén emocional:** Un entorno de escucha activa y validación sin juicios, donde la mujer pueda expresar el malestar, el duelo por la pérdida corporal o la extrañeza ante los cambios sin ser minimizada ni silenciada. Romper el tabú empieza en la propia casa.

### 5.2. Decálogo de Comunicación en Pareja durante la Menopausia

1. **Despersonalizar el síntoma ("No es contra ti, es mi biología"):** Entender que la irritabilidad, la niebla mental o la bajada de libido responden a un déficit neuroquímico abrupto y no a un rechazo afectivo.
2. **Validar antes de intentar "solucionar":** Escuchar sin prisa por corregir. Un "Veo que lo estás pasando mal, estoy aquí contigo" reduce directamente el estrés.
3. **Reorganizar la intimidad sin exigencias ni culpa:** Desvincular el afecto del coito exclusivo. Explorar masajes, caricias y contacto piel con piel sin la presión del rendimiento sexual.
4. **Pactar el "Tiempo Fuera":** Acordar una palabra clave para pausar una discusión cuando la reactividad hormonal impida el diálogo sereno.
5. **Asumir corresponsabilidad en el cuidado y la logística:** Liberar a la mujer de la carga mental del hogar de forma proactiva.
6. **Hacer de las consultas médicas un proyecto compartido:** Acompañar a las visitas ginecológicas o endocrinas para comprender de primera mano los tratamientos.
7. **Proteger espacios a solas libres del "monocultivo médico":** Agendar momentos para disfrutar del ocio sin hablar de cirugías o síntomas.
8. **Sustituir la suposición por la pregunta directa:** Preguntar desde la curiosidad amable en lugar de dar por sentado distanciamientos o enfados.
9. **Respetar los tiempos de repliegue y soledad:** Comprender que la necesidad de espacio y descanso personal no equivale a desamor.
10. **Honrar el duelo corporal y celebrar la reinversión del vínculo:** Acompañar el duelo por la etapa previa y redefinir las bases de la relación para la segunda mitad de la vida.

### 5.3. Convivencia Familiar y la Coincidencia con la Adolescencia

Cuando la menopausia materna y la adolescencia de los hijos coinciden bajo el mismo techo, la convivencia familiar entra en la denominada «crisis de la doble transición». Ambas etapas comparten una alta inestabilidad neuroquímica, alteraciones del descanso y reevaluaciones identitarias.

- **Poner nombre a la biología:** Explicar a los hijos las bases fisiológicas de los cambios desdramatiza el conflicto doméstico.
- **Establecer "tiempos fuera" explícitos:** Pausar discusiones familiares antes de alcanzar escaladas de reactividad.
- **Hacer frente común en la pareja:** Mantener acuerdos claros sobre las normas familiares sin desautorizarse mutuamente.

### 5.4. Decálogo de Autocuidado para la Mujer Soltera

1. **Haz de tu hogar tu santuario de regeneración:** Diseña tu espacio físico como un refugio de paz que favorezca la calma y el descanso.
2. **Prioriza tu salud y agenda tus chequeos con rigor:** Gestiona tu historial médico y revisiones con autonomía y proactividad.
3. **Fortalece tu musculatura y tu reserva metabólica:** Practica ejercicio de fuerza regularmente para proteger tus huesos e insulina.
4. **Construye una red de apoyo basada en la reciprocidad:** Apóyate en amistades y profesionales elegidos sin sentimiento de culpa.
5. **Protege tu descanso nocturno sin concesiones:** Establece normas estrictas de desconexión digital al anochecer.
6. **Practica la soberanía financiera y la planificación:** Mantener el control de tus finanzas aporta tranquilidad y libertad de decisión.
7. **Valida tus emociones sin buscar aprobación externa:** Trátate con la misma amabilidad y respeto con la que tratarías a una amiga.
8. **Nutre tu mente con proyectos y curiosidad constante:** Invierte tu tiempo cognitivo en formación, lectura y retos estimulantes.
9. **Establece límites claros y aprende a decir "no":** Protege tu reserva de energía de compromisos agotadores.
10. **Honra tu ritmo y celebra tu propia compañía:** Disfruta de la soledad elegida y reconoce tus logros sin depender de aplausos ajenos.

***"Se cierra una etapa biológica, pero se abre la oportunidad de habitar tu cuerpo con la fuerza, el conocimiento y la libertad que te pertenecen."***

## 6. REHABILITACIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA SEXUALIDAD

---

1. **Rehabilitación y salud tisular local:** Hidratación vulvovaginal continuada de fondo (3-4 veces por semana con ácido hialurónico), uso de lubricantes de calidad en el acto, terapia de estrógenos locales ultrabajos (si están permitidos) y fisioterapia de suelo pélvico.
2. **Redefinir el mapa del deseo:** Asumir el paso del deseo espontáneo al reactivo, ampliar las prácticas eróticas sin coitocentrismo y reducir el estrés para liberar el freno sobre la libido.
3. **Reconexión corporal e identitaria:** Redescubrir el cuerpo a solas mediante la autoexploración suave, dismantlar la exigencia de rendimiento y mantener una comunicación asertiva y sincera.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

---

- Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. (2022). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la menopausia y la posmenopausia*. AEEM. <https://aeem.es/guias/>
- Cancelo, M. J., Coronado, P. J., Baquedano, L., & Sánchez-Borrego, R. (2021). Criterios de elegibilidad e indicaciones de la terapia hormonal de la menopausia en situaciones clínicas específicas. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 64(3), 112–125. <https://doi.org/10.20960/j.pog.00392>
- Coronado, P. J., & Fasero, M. (2020). Impacto físico y sintomático de la menopausia iatrogénica tras cirugía ginecológica mayor. *Revista Senología y Patología Mamaria*, 33(4), 167–176. <https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.05.004>
- Mendoza, N., Llana, P., Baquedano, L., Beltrán, E., Coronado, P. J., Ferrer, J., & Sánchez-Borrego, R. (2018). Recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) sobre la menopausia precoz y la insuficiencia ovárica prematura. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 61(6), 589–601.
- Nieto, A., & Pérez-López, F. R. (2019). Manejo no hormonal de los síntomas vasomotores y la salud genitourinaria en la mujer posmenopáusica. *Medicina Clínica*, 153(8), 325–331. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.03.018>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2020). *Guía de asistencia práctica: Complicaciones postoperatorias tempranas y tardías en cirugía ginecológica benigna*. SEGO. <https://sego.es/guias>
- Zapardiel, I., & De Santiago, J. (2021). *Manual de oncología ginecológica y cirugía pélvica*. Editorial Médica Panamericana.