

Posición oficial de la Sociedad Chilena de Climaterio para el manejo clínico de la mujer climatérica

JUAN ENRIQUE BLÜMEL M., HERNÁN ARAVENA P.,
SERGIO BRANTES G., LUIS CRUZAT T.,
PABLO LAVÍN A., RENÉ MONTAÑO V.,
ISIDORO NAVARRETE A., EDUARDO OSORIO F.

Official position of the Chilean Society of Climacteric on the management of climacteric women

The health of many women is affected in the climacteric period, either by symptoms that deteriorate their life quality (QL) or by chronic diseases that affect their life expectancy. Therefore, it is mandatory to evaluate these two aspects, having as core objectives for any eventual therapeutic intervention, the improvement of QL and the reduction of cardiovascular risk and fractures. To evaluate QL it is mandatory to follow structured interviews that weigh systematically climacteric symptoms such as the Menopause Rating Scale (MRS). The paradigm of the metabolic syndrome constitutes a suitable frame to evaluate cardiovascular risk. Age, a low body weight, a history of fractures and steroid use are risk factors for fractures. A proper evaluation will allow the detection of patients with a low QL or a high risk for chronic disease, therefore identifying those women who require therapy. The clinical management should include recommendations to improve lifestyles, increase physical activity, avoidance of smoking and to follow a low calorie diet rich in vegetables and fruits. Hormonal therapy is the most efficient treatment to improve the QL and its risk is minimized when it is used in low doses or by the transdermal route. Tibolone is an alternative, especially useful in patients with mood disorders and sexual dysfunction. Vaginal estrogens are also a good option, when urogenital symptoms are the main complaint. Some antidepressants can be an effective therapy in patients with vasomotor symptoms who are not willing or cannot use estrogens. The effectiveness of any alternative therapy for menopausal symptoms has not been demonstrated. Dyslipidemia, hypertension, obesity and insulin resistance should be managed according to guidelines. Calcium and vitamin D have positive effects on bone density and certain tendency to reduce vertebral fractures. Bisphosphonates decrease the risk of vertebral fractures.

(Rev Med Chile 2010; 138: 645-651).

Key words: Climacteric; Gonadal hormones; Menopause; Metabolic syndrome X.

Sociedad Chilena de
Climaterio. Santiago de Chile.

Recibido el 7 de septiembre de
2009, aceptado el 4 de marzo
de 2010.

Correspondencia a:
Dr. Juan Enrique Blümel M.
Sociedad Chilena de
Climaterio.
E-mail:
juan.blumel@redsalud.gov.cl
jeblumelm@gmail.com

1. Impacto del climaterio en la salud de la mujer

1.a. Calidad de vida

1.a.1. Aparecen síntomas que deterioran la calidad de vida¹

- **Psicológicos:**
 - Insomnio.
 - Trastornos del ánimo.
 - Irritabilidad.
 - Ansiedad.
 - Fatigabilidad.
- **Somáticos:**
 - Palpitaciones.
 - Bochornos.
 - Dolores osteo-articulares.
- **Urogenitales:**
 - Sequedad vaginal.
 - Disfunción sexual.
 - Incontinencia urinaria.

1.a.2. Factores de riesgo de deterioro de la calidad de vida²

	OR (IC 95%)
• Antecedentes psiquiátricos	1,66 (1,41 - 1,96)
• Uso de psicofármacos	1,57 (1,29 - 1,90)
• Postmenopausia	1,48 (1,29 - 1,69)
• Uso de terapias alternativas	1,47 (1,22 - 1,76)
• Edad (≥ 49 años)	1,24 (1,08 - 1,42)
• Uso de TH	0,65 (0,56 - 0,76)
• Estilos de vida sanos	0,59 (0,50 - 0,69)

1.b. Riesgo cardiovascular

1.b.1. Hay deterioro de factores de riesgo cardiovascular como³

- El índice de masa corporal.
- La circunferencia abdominal.
- El colesterol total.
- La hemoglobina glicosilada.

1.b.2. En mujeres la menopausia aumenta el riesgo de infarto^{4,5}

- El riesgo de infarto en las mujeres que presentan su menopausia antes de los 45 años de edad es el doble de las que presentan después de los 50.
- La menopausia quirúrgica en mujeres menores de 35 años aumenta el riesgo 7,2 veces.

1.c. Riesgo de osteoporosis

1.c.1. En el climaterio el hipoestrogenismo aumenta el riesgo de osteoporosis^{6,7}

- En la pre-menopausia aumentan los marcadores de recambio óseo.
- La densidad ósea disminuye 0,4% al año en el período premenopáusico, 1,2% en la siguiente década, para volver posteriormente a los niveles premenopáusicos.

Conclusión: La mayoría de las mujeres verán afectada su salud en el período climaterico, ya sea por sintomatología que deteriora su calidad de vida o por la aparición de enfermedades crónicas que afectan sus expectativas de vida.

2. Objetivos terapéuticos

Contribuir a:

- 2.a. Mejorar la calidad de vida en el período climaterico.
- 2.b. Reducir el riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares.
- 2.c. Disminuir el riesgo de fracturas.

3. ¿Cómo evaluar el climaterio?

3.a. Calidad de vida^{1,8,9}

3.a.1. Un instrumento que mide calidad de vida debe evaluar:

- Percepción de la paciente (autoadministrado).
- Impacto sobre la vida diaria (relevancia.)
- Multidimensionalidad (varios dominios).

3.a.2. Se sugiere usar MRS (ver Anexo 1).

3.b. Riesgo cardiovascular

3.b.1. El riesgo cardiovascular se hace operativo en el concepto de síndrome metabólico (SM). Se necesitan tres criterios para el diagnóstico¹⁰

- Obesidad abdominal (diámetro > 88 cm).
- Sistólica ≥ 130 , diastólica ≥ 85 mm o tratamiento.

- HDL < 50 mg/dL o tratamiento de dislipidemia.
- TG ≥ 150 mg/dL o tratamiento específico.
- Glicemia ≥ 110 mg/dL o tratamiento de diabetes.

3.b.2. El aumento del perímetro abdominal sugiere SM¹¹

- Un diámetro abdominal ≥ 88 cm implica un riesgo 13 veces mayor de presentar SM.
- La obesidad abdominal tiene una sensibilidad de 84,8% para detectar SM.

3.c. Riesgo de osteoporosis

3.c.1. Se sugiere el uso del ORAI¹² (Osteoporosis Risk Assessment Instrument)

- Edad (> 75 años: 15 puntos, 65-74: 9 puntos, 55-64: 5 puntos, 45-54: 0 puntos).
- Peso (< 60 kg: 9 puntos, 60-69: 3 puntos; > 69: 0 puntos).
- Terapia Hormonal (No: 2 puntos, Sí: 0 puntos).
- Riesgo > 8 puntos (sensibilidad 93,3%, especificidad 46,4%).

3.c.3. Otra opción es el FRAX¹³

3.c.3. Realizar densitometría ósea a pacientes con riesgo

Conclusión: Usar instrumentos específicos para evaluar el deterioro de la calidad de vida y el riesgo de enfermedades crónicas.

4. ¿Cuándo tratar?

4.a. Calidad de vida

4.a.1. Se tratan pacientes con compromiso de calidad de vida¹⁴

- Con puntaje total del MRS mayor de 8.
- En el dominio psicológico el puntaje es > 6.
- En el somático es > 8.
- En el urogenital > 4.

4.b. Riesgo cardiovascular

4.b.1. Se tratan las pacientes que tengan factores de riesgo del síndrome metabólico¹⁰

- Obesidad abdominal (diámetro > 88 cm).
- Sistólica ≥ 130, diastólica ≥ 85 mm o tratamiento.
- HDL < 50 mg/dL o tratamiento de dislipidemia.
- TG ≥ 150 mg/dL o tratamiento específico.
- Glicemia ≥ 100 mg/dL o tratamiento de diabetes.

4.c. Riesgo de Osteoporosis

4.c.1. Se tratan las pacientes que tengan¹⁵

- Densitometría con T > -2,5.
- Antecedentes de fracturas previas.
- T < 1,5 y factores de riesgo (uso de corticoides, edad > 62 años).

Conclusión: Se tratan las mujeres que sufren deterioro de su calidad de vida o que tienen mayor riesgo de enfermedades crónicas.

5. ¿Cómo tratar?

5.a. Calidad de vida

5.a.1. Terapia Hormonal (TH).

I. Evidencias¹⁶⁻¹⁹

- Disminuye en 80% la frecuencia y la severidad de los bochornos.
- EC y E2, oral o transdérmico, disminuyen en magnitud similar los bochornos.
- Postmenopáusicas con TH tienen menos depresión, hostilidad y agresividad.
- Tienen más lubricación, orgasmo y satisfacción sexual.

II. Riesgos²⁰⁻²³

- Los estrógenos aumentan el riesgo de cáncer endometrial; la adición de una progestina neutraliza este mayor riesgo.
- El estudio WHI mostró aumento no significativo de Ca de mama y sugirió que la medroxiprogesterona podría ser la causante.
- La progesterona micronizada y/o las nuevas progestinas no implicarían mayor riesgo de Ca de mama.
- Iniciar la TH oral en ancianas provoca mayor riesgo cardiovascular.

III. Para disminuir riesgo²⁴⁻²⁶

- **Ca mama/endometrio.** Indicar nuevas progestinas; no usar medroxiprogesterona.
- **Riesgo cardiovascular y/o trombótico.** Iniciar TH en perimenopausia con E2 transdérmico o con dosis bajas de estrógenos orales (EC: 0,3 mg, E2: 1 mg).

IV. Otras opciones hormonales²⁷⁻³⁰

- **Tibolona.** Además de disminuir los bochornos, mejora ánimo, atrofia genitourinaria y sexualidad. No estimula endometrio ni aumenta densidad mamaria. Puede bajar HDL. Dosis: 2,5 mg orales al día.
- **Estrógenos vaginales.** Un metaanálisis señala que las cremas, tabletas, pesarios, anillos vaginales son igualmente efectivas. Estriol 0,5 mg (crema, óvulos); estradiol tab 25 µg.

5.a.2. Terapias no hormonales³¹⁻³²

- **Antidepresivos.** Hay evidencias que muestran que la venlafaxina, desvenlafaxina y la paroxetina pueden ser beneficiosas en mujeres con síntomas vasomotores.
- **Fitoestrógenos.** Un metaanálisis de 70 RCT muestra que los datos actuales son insuficientes para respaldar la efectividad de ninguna terapia alternativa para el manejo de los síntomas menopáusicos.

5.b. Riesgo cardiovascular**5.b.1 Cambios de estilos de vida**³³⁻³⁶

- **Actividad física.** Mejora los factores de riesgo CV. Disminuye hasta en 43% el riesgo coronario.
- **Dieta.** El riesgo coronario disminuye 4% por cada fruta o porción de verdura que se ingiera al día.
- **Cigarrillo.** Aumenta el riesgo de eventos coronarios y cerebro-vasculares. El abandono del hábito provoca una reducción de 36% en la mortalidad coronaria.

5.b.2. Terapias farmacológicas³⁷⁻⁴⁰

- **Dislipidemia.** Estatina, fibratos.
- **Hipertensión arterial.** Hipotensores, diuréticos.
- **Resistencia a insulina.** Metformina.
- **Obesidad.** Sibutramina, orlistat.

5.c. Riesgo de Osteoporosis**5.c.1. Cambios de estilos de vida**⁴¹⁻⁴⁴

- **Actividad física.** Caminar 4 h a la semana disminuye el riesgo de fractura en 41%.
- **Mayor exposición al sol.** Las personas que sufren fracturas tienen menos exposición al sol (Vit D).
- **Disminuir cigarrillos.** Fumar se asocia con mayor riesgo de fractura (RR: 1,25; IC 95%:1,15- 1,36).

5.c.2. Calcio y Vitamina D^{45,46}

- Tienen un efecto positivo sobre la densidad ósea y cierta tendencia a reducir fracturas vertebrales; no es claro si disminuyen las fracturas no vertebrales.
- Para lograr efectos terapéuticos las evidencias sugieren dosis de 1200 mg de Ca y 800 UI de vitamina D al día.

5.c.3. Terapias farmacológicas^{47,48}

- Alendronato, calcitonina, risedronato y raloxifeno disminuyen las fracturas vertebrales. Alendronato y risedronato disminuyen el riesgo de fracturas de cadera.
- Alendronato disminuye 45% el riesgo de fracturas vertebrales. La reducción de fracturas de cadera es de 40%, pero sólo en prevención secundaria.
- La TH y la tibolona son otras opciones terapéuticas válidas.

Conclusión: Mejorar los estilos de vida y aplicar terapias farmacológicas son terapias efectivas para prevenir el deterioro de la calidad de vida y el aumento de las enfermedades crónicas que se asocian con la menopausia.

6. Conclusiones generales

1. Evaluar en toda mujer climatérica la calidad de vida y el riesgo de enfermedades crónicas.
2. Si hay deterioro clínico, indicar terapias.
3. Las principales medidas terapéuticas son mejorar los estilos de vidas y las terapias farmacológicas específicas.

Referencias

1. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Qual Life Outcomes* 2004; 2: 45.
2. Chedraui P, Blümel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. *Maturitas* 2008; 61: 323-9.
3. Kuh D, Langenberg C, Hardy R, Kok H, Cooper R, Butterworth S, Wadsworth ME. Cardiovascular risk at age 53 years in relation to the menopause transition and use of hormone replacement therapy: a prospective British birth cohort study. *BJOG* 2005; 112: 476-85.
4. Palmer JR, Rosenberg L, Shapiro S. Reproductive factors and risk of myocardial infarction. *Am J Epidemiol* 1992; 136: 408-16.
5. Rosenberg L, Hennekens CH, Rosner B, Belanger C, Rothman KJ, Speizer FE. Early menopause and the risk of myocardial infarction. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139: 47-51.
6. Hoshino H, Kushida K, Takahashi M, Yamazaki K, Denda M, Atsumi K, et al. Changes in Levels of Biochemical Markers and Ultrasound Indices of Os Calcis Across the Menopausal Transition. *Osteoporos Int* 2000; 11: 128-33.
7. Warming L, Hassager C, Christiansen C. Changes in bone mineral density with age in men and women: a longitudinal study. *Osteoporosis Int* 2002; 13: 105-12.
8. Acquadro C, Berzon R, Dubois D, Leidy NK, Marquis P, Revicki D, et al. Incorporating the patient's perspective into drug development and communication: an ad hoc task force report of the Patient-Reported Outcomes (PRO) Harmonization Group meeting at the Food and Drug Administration, February 16, 2001. *Val. Health* 2003; 5: 522-31.
9. Aedo S, Porcile A, Irribarra C. Calidad de Vida Relacionada con el Climaterio en una Población Chilena de Mujeres Saludables. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71: 402-9.
10. NCEP ATP III. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. *Circulation* 2002; 106: 3143-21.
11. Royer M, Castelo-Branco C, Blümel JE, Chedraui P, Danckers L, Bencosme A, et al. The US National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III): prevalence of the metabolic syndrome in postmenopausal Latin American women. *Climacteric* 2007; 10: 164-70.
12. Cadarette SM, Jaglal SB, Kreiger N, McIsaac WJ, Darlington GA, Tu JV. Development and validation of the Osteoporosis Risk Assessment Instrument to facilitate selection of women for bone densitometry. *CMAJ* 2000; 162: 1289-94.
13. http://www.shef.ac.uk/FRAX/index_SP.htm (20/08/2009).
14. http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Ref_Values_CountrGr.Pdf. Pdf. (10/04/2009).
15. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Hopkins R Jr, Forciea MA, Owens DK. Pharmacologic treatment of low bone density or osteoporosis to prevent fractures: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2008; 149: 404-15.
16. Farquhar CM, Marjoribanks J, Lethaby A, Lambert Q, Suckling JA; Cochrane HT Study Group. Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD004143.
17. Nelson HD. Commonly used types of postmenopausal estrogen for treatment of hot flashes: scientific review. *JAMA*. 2004; 291: 1610-20.
18. Olson MB, Bairey Merz CN, Shaw LJ, Mankad S, Reis SE, Pohost GM, et al. Hormone replacement, race, and psychological health in women: a report from the NHLBI-Sponsored WISE Study. *J Womens Health (Larchmt)* 2004; 13: 325-32.
19. Blümel JE, Bravo F, Recavarren M, Sarra S. Sexual function in postmenopausal women using hormone replacement therapy. *Rev Med Chile* 2003; 13: 1251-5.
20. Grady D, Gebretsadik T, Kerlikowske K, Ernster V, Petitti D. Hormone replacement therapy and endometrial cancer risk: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 304-13.
21. Fournier A, Berrino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort. *Int J Cancer* 2005; 114: 448-54.
22. de Lignieres B, de Vathaire F, Fournier S, Urbinelli R, Allaert F, Le MG, et al. Combined hormone replacement therapy and risk of breast cancer in a French cohort study of 3175 women. *Climacteric* 2002; 5: 332-40.
23. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2002; 288: 321-33.
24. McKenzie J, Jaap AJ, Gallacher S, Kelly A, Crawford L, Greer IA, et al. Metabolic, inflammatory and haemo-

- static effects of a low-dose continuous combined HRT in women with type 2 diabetes: potentially safer with respect to vascular risk?. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2003; 59: 682-9.
25. Zegura B, Guzic-Salobir B, Sebestjen M, Keber I. The effect of various menopausal hormone therapies on markers of inflammation, coagulation, fibrinolysis, lipids, and lipoproteins in healthy postmenopausal women. *Menopause* 2006; 13: 643-50.
 26. Straczek C, Oger E, Yon de Jonage-Canonico MB, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, et al. Prothrombotic mutations, hormone therapy, and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration. *Circulation* 2005; 112: 3495-500.
 27. Kenemans P, Speroff L. Tibolone: clinical recommendations and practical guidelines. **A report of the International Tibolone Consensus Group.** *Maturitas* 2005; 51: 21-8.
 28. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD001500.
 29. Mattsson LA, Cullberg G. **A clinical evaluation of treatment with estriol vaginal cream versus suppository in postmenopausal women.** *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983; 62: 397-401.
 30. Weisberg E, Ayton R, Darling G, Farrell E, Murkies A, O'Neill S, Kirkegard Y, Fraser IS. **Endometrial and vaginal effects of low-dose estradiol delivered by vaginal ring or vaginal tablet.** *Climacteric* 2005; 8: 83-92.
 31. Cheema D, Coomarasamy A, El-Toukhy T. Non-hormonal therapy of post-menopausal vasomotor symptoms: a structured evidence-based review. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 276: 463-9.
 32. Nedrow A, Miller J, Walker M, Nygren P, Huffman LH, Nelson HD. Complementary and alternative therapies for the management of menopause-related symptoms: a systematic evidence review. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1453-65.
 33. Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD003817.
 34. Manson JE, Greenland P, LaCroix AZ, Stefanick ML, Mouton CP, Oberman A, et al. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 2002; 347: 716-25.
 35. Dauchet L, Amouyel P, Hercberg S, Dallongeville J. Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. *J Nutr* 2006; 136: 2588-93.
 36. Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (1): CD003041.
 37. McPherson R, Frohlich J, Fodor G, Genest J, Canadian Cardiovascular Society. Canadian Cardiovascular Society position statement--recommendations for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease. *Can J Cardiol* 2006; 22: 913-27.
 38. Khan NA, Hemmelgarn B, Herman RJ, Bell CM, Mahon JL, Leiter LA, et al.; Canadian Hypertension Education Program. The 2009 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 2--therapy. *Can J Cardiol* 2009; 25: 287-98.
 39. American Heart Association. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. Executive summary. *Cardiol Rev* 2005; 1: 322-7.
 40. Lau DC, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E; Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. *CMAJ* 2007; 176: S1-13.
 41. Feskanich D, Willett W, Colditz G. Walking and leisure-time activity and risk of hip fracture in postmenopausal women. *JAMA* 2002; 288: 2300-6.
 42. Masoni A, Morosano M, Tomat MF, Pezzotto SM, Sánchez A. Association between hip fractures and risk factors for osteoporosis. Multivariate análisis. *Medicina (B Aires)* 2007; 67: 423-8.
 43. Brot C, Vestergaard P, Kolthoff N, Gram J, Hermann AP, Sørensen OH. Vitamin D status and its adequacy in healthy Danish perimenopausal women: relationships to dietary intake, sun exposure and serum parathyroid hormone. *Br J Nutr* 200; 86 Suppl 1: S97-103.
 44. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, De Laet C, Eisman JA, et al. Smoking and fracture risk: a meta-analysis. *Osteoporos Int* 2005; 16: 155-62.
 45. Tang BM, Eslick GD, Nowson C, Smith C, Bensoussan A. Use of calcium or calcium in combination with vitamin D supplementation to prevent fractures and bone loss in people aged 50 years and older: a meta-analysis. *Lancet*. 2007; 370: 657-66.
 46. Shea B, Wells G, Cranney A, Zytaruk N, Robinson V, Griffith L, et al; Osteoporosis Methodology Group; Osteoporosis Research Advisory Group. **WITHDRAWN: Calcium supplementation on bone loss in postmenopausal women.** *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (1): CD004526.

47. Hauselmann HJ, Rizzoli R. A comprehensive review of treatments for postmenopausal osteoporosis. *Osteoporos Int* 2003; 14: 2-12.
48. Wells GA, Cranney A, Peterson J, Boucher M, Shea B, Robinson V, et al. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (1): CD001155.

Anexo 1. Ficha MRS

Marque con un número la severidad o intensidad con la cual siente actualmente las siguientes molestias (Anote 0 = si no tiene molestias; 1 = molestias poco severas; 2 = moderadas; 3 = severas; 4 = muy severas)

<i>Fecha (dd/mm/aa)</i>								
Síntomas Somato-vegetativos								
Sofocos, sudoración, bochornos								
Molestias o palpitaciones cardíacas								
Insomnio, problemas de sueño								
Dolores musculares y/o articulares								
<i>Puntaje Somato-vegetativo</i>								
Síntomas Psicológicos								
Decaída, triste, ganas de llorar								
Irritabilidad, agresividad								
Ansiedad (impaciencia, pánico)								
Agotamiento físico y mental								
<i>Puntaje Psicológico</i>								
Síntomas Urogenitales								
Problemas sexuales (deseo, actividad)								
Dificultad para orinar, incontinencia								
Resequedad vaginal (dolor en el sexo)								
<i>Puntaje Urogenital</i>								
Puntaje Total (somato + psico + uro)								

Plantear tratamiento si el puntaje sómato-vegetativo es > 8 y/o el psicológico > 6 y/o el urogenital > 3 o si el puntaje total es > 8.