

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS” MANUEL FAJARDO”  
POLICLÍNICO DOCENTE “19 DE ABRIL”



AFECCIONES BUCALES Y TRASTORNOS  
TEMPOROMANDIBULARES EN LA MUJER DE EDAD MEDIANA

**Autora:**

Lic. Enf. Lisandra Pena Gil

***Tesis en opción al Título académico de Master en  
Investigaciones en Climaterio y Menopausia***

La Habana, 2018

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS” MANUEL FAJARDO”  
POLICLÍNICO DOCENTE “19 DE ABRIL”**



**AFECCIONES BUCALES Y TRASTORNOS  
TEMPOROMANDIBULARES EN LA MUJER DE EDAD MEDIANA**

**Autora:**

Lic. Enf. Lisandra Pena Gil

**Tutor:**

Dr. Miguel Sarduy Nápoles  
Doctor en Ciencias Médicas  
Profesor e Investigador Titular  
Especialista de 2do Grado en Obstetricia y Ginecología

***Tesis en opción al Título académico de Master en  
Investigaciones en Climaterio y Menopausia***

**La Habana, 2018**

Dedicatoria:

A mi madre a quien le debo todo lo que soy y los valores morales que rigen mi vida.

A mi hija para que vea en mi un ejemplo a seguir.

GRACIAS POR EXISTIR

## Agradecimientos

Esta investigación ha sido posible por la dedicación, esfuerzo y apoyo incondicional de un gran colectivo de compañeros, amigos, profesores y familia. A todos, infinitas gracias

En especial:

A la profesora, Daisy Navarro, gracias por toda la ayuda, gracias por la confianza.

A mi tutor Miguel Sarduy Nápoles, por guiarme en el camino de la investigación, por brindarme todos sus saberes, su apoyo incondicional.

Al profesor Cristóbal Antonio Bolado Alfonso, por todo su esmero en el procesamiento de los datos, por todo el tiempo que le dedicó, muchas gracias.

A mi asesora Zeida Domínguez Agüero, por las enseñanzas para concluir esta investigación.

A mi amada madre que comparte esta maestría conmigo, sin su ayuda en todo momento, hubiera sido imposible.

A todos los doctores, estomatólogos y enfermeros del Policlínico. A todas las pacientes gracias por su contribución.

## Resumen

**Introducción.** El envejecimiento es una de las pocas características que unifica y define a todos los seres humanos. El número de mujeres que llegan a la edad adulta es cada vez mayor, por lo que el climaterio y las modificaciones de la salud asociadas a él son un problema de interés sanitario mundial. La salud bucal es parte integrante de la salud general. Las enfermedades bucales han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifica plenamente su atención como problema de salud pública.

**Objetivo.** Identificar las afecciones orales y los trastornos temporomandibulares en un grupo de mujeres de edad mediana atendidas en la Clínica Estomatológica: Policlínico Universitario "19 de abril" durante el año 2018.

**Método.** Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal y prospectivo durante el año 2018 en la Clínica Estomatológica: Policlínico Docente "19 de abril" del municipio Plaza de la Revolución. De un universo de 200 mujeres entre 40 y 59 años, se seleccionó una muestra de 200 pacientes.

**Resultados.** De las encuestadas en síntomas bucales, predominó en el grupo de **50-59(115)** en cambios en el gusto y el aliento un 95,7%. En afecciones de la articulación temporomandibular, los chasquidos fueron el signo más frecuente que afecta al 34,5 % de las encuestadas. **Conclusiones.** Las afecciones estomatológicas en las mujeres de edad mediana resultaron más frecuentes a partir de los 50 años. La presencia de trastornos temporomandibulares no se relacionó con síntomas moderados o muy molestos del síndrome climatérico.

**Palabras clave.** Afecciones bucales, trastornos temporomandibulares, climaterio, menopausia.

## Índice

I. Introducción.....	6
1.1 Antecedentes.....	6
1.2 Justificación.....	12
1.3 Problema de la investigación.....	12
a) Problema científico.....	13
1.4 Novedad científica.....	14
II. Objetivos	
2.1. Objetivo general.....	15
2.2. Objetivo específico.....	15
III. Marco teórico conceptual.....	16
3.1 Climaterio y menopausia.....	16
3.2 Relación entre el climaterio y salud bucal.....	20
3.3 Afecciones de la mucosa oral por candidiasis bucal.....	22
3.4 Afecciones de la mucosa oral por el uso de prótesis estomatológicas.....	23
3.5 Trastornos temporomandibulares en la mujer de edad mediana.....	26
3.6 Osteoporosis.....	28
3.7 Osteonecrosis de los maxilares.....	30
IV. Desarrollo	
4. Material y método.....	34
4.1 Tipo de estudio.....	34
4.2 Período y lugar donde se desarrolló el estudio.....	34
4.3 Universo.....	34
4.4 Variables.....	35
4.5 Operacionalización de las Variables.....	36
V. Técnica de recolección y procesamiento de la información.....	39
5.1 Desarrollo del estudio.....	41
5.2 Análisis de los datos.....	41
VI. Resultados y discusión.....	42
VII. Conclusiones.....	65
VIII. Recomendaciones.....	66
Referencias bibliográficas.....	67
Anexos.....	81



## INTRODUCCIÓN

### Antecedentes

“Juventud, ¿sabes que la tuya no es la primera generación que anhela una vida plena de belleza y libertad?”<sup>1</sup>, he querido comenzar con estas palabras del físico de origen alemán *Albert Einstein*, considerado el científico más importante y conocido del siglo XX, precisamente para referirme a la modificación que experimentan las féminas con el decursar de los años y que las tornan y reforman en determinadas etapas de su vida como grupos de mayor latitud.

El envejecimiento es una de las pocas características que unifica y define a todos los seres humanos. Es considerado un fenómeno universal, un proceso dinámico, irreversible, inevitable y progresivo, que involucra un cierto número de cambios fisiológicos, en su mayoría simplemente una declinación en la función del organismo como un todo, considerándose por algunos autores “un error del código genético”.<sup>2</sup>

A lo largo de la vida sexual de la mujer se pueden señalar etapas se convierten en eventos de vital importancia: la menarquia, la primera relación sexual, el embarazo, el parto y el climaterio. Diferentes estudios realizados han demostrado que las mujeres viven la etapa climatérica según sus factores hereditarios, dieta, estilo de vida, medio social y actitudes culturales<sup>3</sup>.

El hecho de que la mujer pierde su menstruación en un momento determinado de la vida es algo perfectamente conocido desde la más remota antigüedad. Ya en el *Génesis* se menciona la pérdida de la impureza mensual y en los papiros egipcios se señala a las mujeres menopáusicas como mujeres blancas, en contraposición a las rojas que eran las que menstruaban. También *Abraham*, en el *Génesis*, conocía el fallo de la reproducción cuando consideraba las pocas posibilidades de descendencia en las parejas que tenían mucha edad<sup>4</sup>.

*Hipócrates* menciona en sus escritos el cese de las menstruaciones y *Aristóteles* en el año 322 a.n.e. describió en su historia *Animalium* que la menstruación cesa alrededor de los 50 años. En el siglo VI a.n.e. *Aecio de Amida* describe que la

menstruación cesa en la mujer en un periodo nunca anterior a los 35 años y por lo común hacia los 50. Durante la edad media, las descripciones sobre la menopausia, fueron escasas y esporádicas.<sup>3-4</sup>

Otros autores a inicios del siglo XIX comienzan a modificar sus investigaciones y ya establecen los otros síntomas que la acompañan, como el cambio de temperamento y los síntomas psicológicos. *Colombat de L'Isere* en el siglo XIX, al referirse a la mujer menopáusica decía: "Se parece a una reina destronada o más bien a una diosa cuyos adoradores ya no frecuentan el templo, solo puede atraerlos por la gracia de su ingenio y la fuerza de su talento". Todavía en el pasado siglo XX, un autor de gran prestigio universal, como fue *Sigmund Freud* dijo epítetos muy despectivos y hasta ofensivos acerca de las mujeres en esta etapa: "Son pendencieras y obstinadas, mezquinas, sádicas y anales neuróticas."<sup>5</sup>

*John Freind* que en 1729 describió que el cese de la menstruación se llevaba a cabo alrededor de los 49 años. El enfoque más clínico del problema aparece en los siglos XVIII y XIX en el mundo occidental en países como Francia e Inglaterra. *Gardanne* en 1816 (Francia), introdujo el término de menopausia para referirse al cese de las menstruaciones. Pero fue en 1857, en que *Edwars Tilt* da a conocer en Inglaterra uno de los primeros trabajos con cierta metodología científica con respecto al climaterio. En este se valora determinadamente y con criterios estadísticos los síntomas y trastornos a la mujer climatérica y se relacionan con la involución ovárica de esta edad.<sup>6</sup>

A finales de la década de los años 40, también del pasado siglo, hacen su aparición en el escenario varios científicos que se convierten en los que fueron llamados "los apóstoles del evangelio" y que predicán acerca del estudio de la menopausia y su importancia para la salud de las mujeres, y disertan sobre el efecto provechoso de la terapia de reemplazo hormonal, fundamentalmente con estrógenos. Entre ellos se destacan *Robert Benjamín Greenblatt*, pionero de la ginecología endocrinológica, y *Fuller Albright*, epítome del investigador clínico por excelencia, quienes demuestran por primera vez que los estrógenos ejercen una acción importante, no solamente en la esfera ginecológica, sino también fuera del aparato reproductivo. El profesor *Greenblatt* continuó hasta el fin de su brillante y pródiga

existencia, que fue en el año 1987, difundiendo la manera de cómo una mujer en la posmenopausia podría mantener su dignidad y juventud. Él mismo era un enamorado de la vida y un jovial soñador que tenía un secreto que compartir, seguramente inspirado en *Shakespeare* para decir: "...una buena pierna cojeará, una espalda recta se encorvará, una ensortijada cabellera encanecerá, un cutis terso se arrugará, un ojo pleno se ahuecará, pero un buen corazón, es el sol y la luna".<sup>7</sup>

En los últimos años se ha elevado el interés por el estudio del climaterio por tres razones fundamentales:<sup>8-11</sup>

- Problema sociodemográfico: dado el elevado crecimiento y envejecimiento de la población mundial; fenómeno al cual nuestro país no está ajeno ya que la esperanza de vida en la mujer cubana es hasta los 80 años.
- Problema de salud: dado por la morbilidad del síndrome climatérico y la provocada por las afecciones cardiovasculares, del sistema nervioso central y la osteoporosis.
- Demanda de atención: Debido a la solicitud de cuidado por parte de las mujeres de edad mediana con el fin de mejorar su calidad vida cuando se encuentran agobiadas por los síntomas del climaterio y no han tenido una preparación previa durante su juventud que les permita atravesar la frontera climatérica de una forma más segura.

Estas mujeres son esposas, hijas, madres, abuelas, más otras relaciones familiares por consanguinidad o afinidad, incluido en no pocos casos de nietas dado el aumento de la esperanza de vida. A todo esto debe unírsele sus responsabilidades sociales, sobre todo laborales. Todo ello ocasiona que estén sometidas a cargas que otros grupos de edad no reciben y al no estar contempladas en grupos considerados como vulnerables -niñas, adolescentes, en edad reproductiva, envejecidas-, no estaban diseñados e implementados programas de atención específicos, situación que internacionalmente es muy similar. Una de las razones que puede incidir es la falta de información, la cual impide el conocimiento del problema, sus particularidades y características que lo diferencian de otros y, por tanto, necesita de una atención específica.<sup>9</sup>

En gran medida, la mayor morbilidad y discapacidad de las mujeres se justifica por los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación que, frecuentemente, generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud.<sup>10</sup>

Cabe mencionar que las mujeres durante el ciclo de vida realizan el trabajo de cuidadoras del bienestar familiar, puesto que son las que tienden a cuidar primero a los hijos, después a los padres y finalmente al cónyuge enfermo durante la vejez. En los últimos años los roles de las mujeres han cambiado, en muchos casos empeorando su situación al propiciar el fenómeno de la "doble jornada" o "triple jornada". Esta diferencia de género, que se transforma en una desigualdad, condiciona seriamente el bienestar social, biológico, psicológico y físico de las mujeres de forma diferencial de acuerdo a su edad.<sup>12</sup>

Se ha dicho que la única constante en la vida es el cambio, un concepto que la mujer que pasa por el climaterio comprende mejor que nadie, pues este trae consigo muchos de los cambios más significativos en la vida de una mujer, algunos pueden ser desconcertantes, otros pueden ser difíciles, pero lo que es importante recordar es que, para muchas mujeres, esta etapa de la vida puede ser un cambio para mejorar.

El climaterio, por su parte, no es sinónimo de deterioro, puede ser leído como una pausa para reflexionar sobre el quehacer como mujeres y como madres, constituye una transición social, a veces difícil y dolorosa, pero también de apertura y oportunidades en distintos ámbitos. Las generaciones de mujeres al final de la vida reproductiva y en la etapa anterior a la vejez han sido denominadas "generación *sándwich* o mujeres en el medio", porque además de estar en muchas ocasiones incorporadas a la vida laboral activa y ocuparse de las tareas del hogar, tienen que brindar cuidados a sus familiares ancianos u otros representantes de la descendencia por lo que disponen de menos tiempo para el descanso. Por otra parte, sufren los cambios biológicos propios de su edad y los de su pareja. Todo lo cual conlleva a un mayor deterioro de su salud, a que se automedique más y acuda más frecuentemente a las consultas médicas.

Aunque se usan de manera indistintas las palabras menopausia y climaterio, no significan lo mismo. La primera se refiere a la desaparición definitiva de la menstruación por un período de 12 meses, producto del fallo de la función ovárica. Antes de los 40 años, su aparición se denomina menopausia precoz.<sup>13-14</sup>

Climaterio se conoce como el período durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva. Según criterios actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología, publicados en el 2do. Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia, esto ocurre entre los 45 y 59 años de edad. Se inicia unos años antes de la menopausia (perimenopausia) y se extiende unos años después (posmenopausia). Otros estudios entienden por posmenopausia todo el tiempo de vida de la mujer con posterioridad al cese de la función reproductiva del ovario.<sup>15-16</sup>

La menopausia es una etapa en la que la mujer puede vivir sin preocuparse por su fecundidad, pues ya no tendrá el riesgo o temor de un embarazo, y por tanto no precisará de métodos de planificación familiar; habrán cesado las molestias menstruales, sus hijos ya son mayores y se valen por sí solos y pueden compartir con los nietos, para mayor disfrute de su vida familiar, laboral y social.<sup>16</sup>

Según los conceptos de salud, salud mental y salud sexual de la OMS, nada debe impedir que la mujer en la etapa del climaterio sea mental y sexualmente sana. Es por eso que se deben estudiar y recomendar todos aquellos elementos que permitan la plenitud de sus posibilidades físicas, psíquicas y sociales en esta etapa de la vida.<sup>17</sup>

El climaterio no es el final, sino el comienzo de una etapa que como ya se planteó, ocupa casi la tercera parte de la vida femenina. En los inicios del nuevo siglo, donde llegar a los 70 es algo cotidiano, el climaterio debe ocupar el centro de atención.<sup>18-21</sup>

La edad de la mujer es uno de los factores descrito como determinante en la manifestación de síntomas climatéricos y en como la mujer vive esta etapa. Casi la mitad de las mujeres mayores de 50 años tienen síntomas climatéricos moderados o severos. En cambio, en las mujeres menores de 50 años, los síntomas más frecuentes son: depresión, insomnio y disminución del deseo sexual<sup>17</sup>. Es importante destacar que en el segundo grupo de mujeres, puesto que están en plena etapa de actividad y realización, se encuentra la mayor cantidad de problemas de autoestima y síntomas depresivos, los cuales impactan significativamente en su calidad de vida<sup>18</sup>. Este fenómeno podría explicarse por la búsqueda de una nueva definición del rol de mujer.<sup>22</sup>

En el pasado siglo, uno de sus principales logros fue el aumento de la expectativa de vida que se experimentó de forma global en el mundo, por lo que el presente tiene entre sus retos brindar atención y mejorar la calidad de vida a una población cada vez más envejecida.<sup>23-25</sup>

Es conocido que las mujeres tienen una esperanza de vida que es aproximadamente de siete a diez años más que en los hombres, sin embargo, resulta una paradoja, que las mujeres presentan una incidencia más elevada de morbilidades y discapacidades durante su existencia que los hombres, sobre todo porque acumulan muchas más enfermedades crónicas que ellos. Las mujeres tienen mayores probabilidades de experimentar el equivalente a dos o tres años más de mala salud, en comparación con los hombres durante el curso de su vida.

26-29

Este importante acontecimiento, trae como consecuencia un incremento significativo de las mujeres en edad mediana, donde por cambios biológicos, con una marcada interrelación social se producen alteraciones que pueden requerir de atención especializada en salud; así como comprensión, tolerancia familiar y social.<sup>21,30-33</sup>

## **JUSTIFICACIÓN:**

La expectativa de vida de la mujer cubana se elevó casi a los 80 años de edad lo que significa que más de la tercera parte de su vida transcurre después del cese de la función ovárica.

Es necesario precisar las consecuencias del envejecimiento en este sector poblacional, asumiendo el importante número de mujeres cubanas que arriban y están en etapa de climaterio resulta necesario identificar cómo se comportan en nuestro medio las que tengan afecciones bucales y trastornos temporomandibulares más frecuentes diagnosticadas durante este periodo , lo cual posibilitaría conocer aspectos de la morbilidad de este grupo poblacional y por tanto abriría nuevos caminos para la investigación así como la estrategia para mejorar la calidad de vida de las mismas.

## **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Premisas**

- ✓ Las mujeres de edad mediana constituyen un grupo poblacional que como objeto de la atención de salud, pasa inadvertido entre el que corresponde al grupo en edad fértil (hasta los 49 años) y el de la edad geriátrica comprendida entre los 60 o 65 años<sup>30</sup>.
- ✓ La menopausia en la mujer marca el inicio de una serie de cambios físicos, hormonales y reproductivos, que se asocian a un conjunto de factores que aumentan la incidencia de afecciones bucales y trastornos temporomandibulares.
- ✓ La menopausia constituye para muchas un momento de definiciones, de enfrentamiento a conflictos que no solo tienen sus causas en cambios hormonales propios de esta etapa, sino también se deben a conductas sociales preestablecidas, a sobrecargas por razones de género, a tabúes, intolerancia y a la incomunicación con los seres con que comparten la cotidianidad<sup>30</sup>.

- ✓ Las afecciones bucales y trastornos temporomandibulares incluyen aspectos fisiopatológicos, manifestaciones clínicas, percepción de la enfermedad e intervención y tratamiento de éstas, lo cual determina una evolución y unos desenlaces diferentes. Esta cadena de diferencias convierte las modificaciones orales de la mujer en un tema prioritario de estudio, comprensión, divulgación y manejo.<sup>34-37</sup>
  
- ✓ Los profesionales de la salud estiman cotidianamente la probabilidad de que las pacientes padezcan enfermedades mediante la valoración de factores de riesgo para la salud muy diversos. El hábito de fumar, los malos hábitos higiénicos, afecciones de la mucosa oral por candidiasis bucal, afecciones de la mucosa oral por prótesis estomatológicas, osteoporosis y osteonecrosis de los maxilares son algunos de los factores más conocidos<sup>38-40</sup>.

Con menos frecuencia se indaga sobre la situación, familiar, laboral o ambiental de las enfermas, y mucho menos aún sobre otros factores sociales relativos a su clase social o a su situación económica, material, cultural o social. Sin embargo el conjunto de esos factores sociales juega un papel decisivo en la determinación de la salud colectiva.<sup>41,42</sup>

## **PROBLEMA CIENTÍFICO:**

Debido a que las mujeres de la mediana edad sufren con más frecuencia de afecciones orales y trastornos temporomandibulares que los hombres en una relación de tres a uno,<sup>10</sup> además, el incremento de la esperanza de vida en la población femenina cubana, considerando lo anteriormente expuesto se realizó esta investigación para dar respuesta a las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles de las afecciones orales son más frecuentes en el grupo de mujeres de edad mediana a estudiar?
- ¿Cuáles son sus principales características?
- ¿Cuáles son las principales causas de trastornos temporomandibulares?

## **NOVEDAD CIENTÍFICA**

La importancia de esta investigación radica, en mostrar las características de la mujer de edad mediana en el contexto cubano, vista de una perspectiva más profunda, la visión va dirigida a indagar en su modo de vida, tanto laboral, como doméstico, y comunitario, a investigar sobre los factores de riesgo de afecciones bucales y trastornos temporomandibulares, en vista a proporcionar un mejor enfoque de la mujer en esta etapa de la vida, que pueda servir al personal de salud en la atención primaria de salud a tomar acciones de salud que la beneficien.

## **OBJETIVOS:**

### **General**

Identificar las afecciones orales y los trastornos temporomandibulares en un grupo de mujeres de edad mediana atendidas en la Clínica Estomatológica: Policlínico Universitario "19 de abril" durante el año 2018.

### **Específicos**

Definir cuáles afecciones de la cavidad oral son más frecuentes por grupos etarios.

Relacionar las pacientes que padecen trastornos temporomandibulares con la percepción de la sintomatología del síndrome climatérico.

## **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

En la mayoría de las pacientes, el diagnóstico de síndrome climatérico es sencillo solo con la clínica, por la asociación de la amenorrea a su sintomatología propia. Factores de índole sociocultural, personal o psicopatológica surgen en esta edad. Preocupaciones de la mujer madura moderna hacen referencia a la preservación de su imagen física, con particular recelo a la ganancia ponderal y a los cambios faciales o buco faciales.

Los factores psicológicos (ansiedad y depresión) también pueden jugar un significativo papel en la etiología y mantenimiento de los trastornos temporomandibulares. En este sentido, los factores biopsicosociales han sido relacionados con la aparición de los síntomas, como origen de tensión muscular masticatoria y dolor oro facial crónico.<sup>42,43</sup>

### **Climaterio y menopausia**

El climaterio es un acontecimiento fisiológico de la vida de la mujer, que se manifiesta de una forma evidente en el aparato genital por la pérdida de la función reproductiva, pero ese cambio incluye numerosos procesos que ocurren simultáneamente en diferentes órganos y sistemas. Los efectos de la insuficiencia ovárica son diferentes para cada mujer, y las necesidades terapéuticas y preventivas son cambiantes en función del tiempo transcurrido, sensación de bienestar o malestar y medio ambiente. La preservación de la salud femenina es un objetivo fundamental de la medicina. Cada mujer merece un análisis pormenorizado de la totalidad de la historia clínica y estado de salud, considerando la probabilidad de que el proceso de envejecimiento requiere un tratamiento individualizado al margen del hecho fisiológico menopausia/climaterio.<sup>22</sup>

Durante el climaterio, sucede el último sangrado menstrual, al cual médicamente se le llama menopausia después de una amenorrea de 12 meses. Este es el cambio de un estado reproductivo a un estado no reproductivo.

Normalmente se utiliza este término como calificativo para las mujeres, pero es incorrecto, ya que la menopausia es solo un instante, en el cual ocurre la última

menstruación. El climaterio es una etapa de la vida, que dura muchos años, y la menopausia es un momento que sucede normalmente después de los 45 años.

La menopausia es un estado fisiológico de la mujer, parte del proceso natural de envejecimiento, caracterizado por el cese de la secreción hormonal ovárica, dando lugar a cambios que afectan el aparato urogenital, sistema cardiovascular y óseo.

La Organización Mundial de la Salud (Sistema Nacional de Salud, 2003) define la menopausia como el cese permanente de la menstruación, tras un período de doce meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente patológica ni psicológica. Se reserva el término de perimenopausia para el periodo de tiempo que precede a la última regla y los doce meses posteriores, y posmenopausia para todos los años que siguen tras la última regla.<sup>22,23</sup>

Existen tantos conceptos de climaterio como autores que estudian el tema, por ejemplo: El climaterio es la etapa de la vida de la mujer en la que se produce el tránsito de la vida reproductiva a la no reproductiva, como consecuencia del agotamiento folicular y ocurren cambios hormonales por pérdida gradual y progresiva de la función ovárica, lo que trae, por consiguiente, manifestaciones denominadas "síndrome climatérico" y aparecen síntomas y signos debidos a este déficit en el aparato urogenital, cardiovascular, osteomioarticular y del sistema nervioso central, bajo la influencia de los procesos socioculturales.<sup>24,25</sup>

El mismo se divide en dos etapas: a) la perimenopausia, período considerado desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia y b) la posmenopausia que se extiende hasta los 64 años, según las definiciones operacionales establecidas en el II Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia.<sup>26</sup>

*Paredes Pérez* señala que "el climaterio es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparece la menstruación, se pierde la capacidad reproductiva, se producen signos de desfeminización y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, todo esto como consecuencia directa de la disminución progresiva de la función ovárica".<sup>27</sup>

Marca los límites que internacionalmente se han aceptado para esta etapa de la vida, un ciclo que inicia a los 35 años y termina a los 65. Climaterio viene del griego "*klimakter*", en latín "*climacter*" que significa escalera, peldaño, escalón en la vida de una persona, momento difícil de superar. Es una etapa del desarrollo humano que marca la transición entre la edad adulta y la vejez. Por lo tanto, se puede dividir de la siguiente manera: los primeros diez años (35 a 45) el climaterio temprano, los segundos diez años (45 a 55) el climaterio perimenopáusico, y los últimos diez (55 a 65) el climaterio tardío.<sup>28,29,30</sup>

Si consideramos que los trastornos temporomandibulares tienen una etiología multifactorial, donde los factores psicológicos desempeñan un importante rol, entonces, podríamos asumir que durante el climaterio, las mujeres también deberían ser más susceptibles a estos trastornos, pues el síndrome climatérico puede manifestarse de formas muy diversas y de acuerdo a factores biopsicosociales.

Algunos de los procesos relacionados con el déficit estrogénico están claramente limitados al período de transición menopaúsica; sin ir más lejos, los trastornos menstruales o el síndrome climatérico. Pero las consecuencias sobre el sistema cardiovascular, el hueso o las mucosas son mayores conforme más años transcurren desde el momento de la menopausia. Por este motivo, en la elaboración de un plan de atención a la mujer en este período, se deben considerar dos subgrupos de medidas: por una parte, las encaminadas a resolver los trastornos de la perimenopausia y la menopausia reciente y, por otra, las dirigidas a los años tardíos de la posmenopausia.

La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues una persona no puede considerarse completamente sana si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifica plenamente su atención como problema de salud pública.<sup>44</sup>

El Estado y Gobierno cubanos velan por la salud de toda la población, y es el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) el responsable de garantizarla, con su red de servicios organizados en un sistema único de salud que dirige, ejecuta y controla todo lo relacionado con la salud de la población.

Es importante destacar que en Cuba, desde hace más de tres décadas, se han llevado a cabo diferentes acciones con el objetivo de fomentar el desarrollo social, basadas en la equidad y el derecho de todas las personas a la salud y al bienestar, que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la salud y prevención de enfermedades.

La estrategia de la especialidad de Estomatología como parte del Sistema Nacional de Salud ha alcanzado logros importantes, que se expresa en metas de salud bucal comparables con las de países desarrollados y además contamos con recursos humanos con alta preparación científica reconocidos internacionalmente.<sup>45</sup>

En Cuba, las acciones de salud bucal se encuentran integradas en un Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral, a través de la vinculación con el médico de la familia, los cuales son responsables de la atención de una población determinada, delimitada geográficamente. La atención integral se basa en cuatro acciones fundamentales: promoción, prevención, curación y rehabilitación.

La promoción de salud tiene una de sus expresiones en el "movimiento de municipios por la salud". En Cuba esta estrategia trata de aunar los recursos del nivel local para trabajar en pro de la salud, partiendo de un pronunciamiento político y la articulación de acciones intersectoriales con la participación de las organizaciones sociales y la comunidad de un territorio dado, que logre la concertación de la voluntad política, técnica y comunitaria. Centra sus acciones en el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades bucales, para formar y modificar hábitos y estilos de vida saludables <sup>45</sup>

## **Relación entre el climaterio y salud bucal.**

Algunos estudios vienen advirtiendo del incremento de enfermedades periodontales en las mujeres mayores y, recientemente, se ha mostrado que esta progresa lentamente entre las mujeres posmenopáusicas sanas, pero que la pérdida de hueso alveolar fue mayor entre las que padecían osteoporosis.

Por el contrario, el uso de hormonoterapia se relaciona con una menor gravedad de la enfermedad periodontal.<sup>46</sup>

El sistema estomatognático está compuesto por todos los elementos que se encuentran dentro de la cavidad bucal, y tiene dos grandes grupos de funciones: en el primero se encuentran aquellas funciones que podrían llamarse fisiológicas como incidir y desgarrar los alimentos, masticar, conformar el bolo alimenticio, iniciar los procesos de nutrición y deglución, humectar la parte superior de la laringe, funciones de defensa (inmunológicas), el saborear los alimentos (gusto), articulación del lenguaje; en el segundo se incluyen funciones fundamentales para todo ser humano que podríamos llamar de interacción social (comunicación por medio de palabras y/o gestos, reír, sonreír, besar, coquetear, sexo, etc.).<sup>47,48</sup>

Si se hace una reflexión consciente alrededor de estas funciones, entonces entenderíamos cuál es la influencia de la cavidad bucal en la calidad de vida de las mujeres de mediana edad. Cuando se tiene salud bucal, o cuando esta se pierde, las funciones anteriormente enunciadas se ven afectadas, alterándose así todas las esferas del individuo (la biológica y la psico-socio-afectiva); esta reflexión necesariamente obliga a todos los profesionales del área de la salud, pero también de las ciencias humanas y sociales, a recontextualizar no solo la cavidad bucal, sino su mirada del individuo y de su labor profesional, pero también constituye un llamado a todas estas mujeres para hacerse más conscientes de su boca y de la importancia de su cuidado.<sup>49,50</sup>

La boca desempeña también en las mujeres de mediana edad funciones muy importantes, y el deterioro de la salud bucal es capaz de alterarlas, afectando la calidad de vida de ellas. Para ofrecer un tratamiento odontológico a una de estas

mujeres, es necesario tener en cuenta las condiciones normativas (visión profesional) y realistas de la paciente (situación funcional, cognitiva, económica), con el fin de garantizar la mejor alternativa para cada persona en particular.

La recuperación y mantenimiento de la salud y funcionalidad de la cavidad bucal en la mujer repercute de manera significativa en su calidad de vida y la responsabilidad de esta labor no recae solamente en manos de la profesión odontológica, sino en las de todo profesional de la salud o de las humanidades, y particularmente en todas las familias en cuyo interior hay alguna mujer de la mediana edad o adulta mayor.<sup>51</sup>

La mucosa oral y las glándulas salivales son órganos diana para los estrógenos: se han aislado receptores para ellos en estos tejidos, los niveles hormonales están correlacionados con los del plasma<sup>6</sup> y se han observado cambios similares a los descritos en la piel, la vagina y otras mucosas (pérdida de la elasticidad, disminución del grosor y de la producción de fibras colágenas, cambios en la microbiota, entre otras) con el tiempo de posmenopausia o el uso de tratamiento hormonal.<sup>52</sup>

Se han descrito otras afecciones bucales en las mujeres posmenopáusicas:<sup>52,53</sup>

- El síndrome de la boca ardiente (glosodinia, glosopirosis, glosalgia, ardor bucal, estomatodinia y estomatopirosis), que se caracteriza por un ardor intenso y una sensación espontánea de quemazón en la lengua, los labios y las encías, sin presentarse lesiones reconocibles. Son comunes los cambios en el gusto y en el aliento, así como la sequedad de boca, la dificultad para tragar y el dolor facial o dental. Aun siendo poco frecuente, se ha descrito un síndrome en mujeres posmenopáusicas que asocia el ardor de boca con el de los genitales externos, llamándose por ello *vulvoestomatodinia*.<sup>53</sup>

- La xerostomía (boca seca): debida a la escasez de saliva y relacionada con el padecimiento de enfermedades sistémicas y fármacos, que propicia la aparición de caries y enfermedad periodontal.

- La gingivo-estomatitis menopáusica: se caracteriza por encías que sangran con facilidad, pálidas, secas y con zonas enrojecidas.
- Otras enfermedades dermatológicas hacen su aparición en las mujeres mayores: el liquen plano, el penfigoide benigno de las mucosas.
- Síndrome de *Sjögren* (trastorno bucoocular autoinmunitario que afecta a la producción de la saliva y las lágrimas).

### **Afecciones de la mucosa oral por candidiasis bucal**

La moniliasis o candidiasis de la mucosa bucal (CMB) es una de las enfermedades más frecuentes de la mucosa bucal y, sin dudas, la afección micótica más común en esta localización. La magnitud de la infección micótica depende fundamentalmente de las condiciones del hospedero, pues el establecimiento del padecimiento ocurre cuando se perturban los parámetros de equilibrio fisiológico que mantienen la homeostasia del medio bucal.<sup>53</sup>

La especie más importante desde el punto de vista médico odontológico como agente etiológico de infección es la *C. albicans*, aunque de la cavidad bucal han sido aisladas otras especies como son: *C. krusei*, *C. parakrusei*, *C. tropicalis*, *C. pseudotropicalis*, *C. stellatoidea*, *C. glabrata*, *C. dubliniensis*, *C. parapsilosis* y *C. guilliermondii*.<sup>38,40-43</sup>

En una boca en perfecto estado higiénico se encuentran un número infinito de bacterias y otros organismos en vida saprofita, y con ellas las distintas especies de *Cándidas*, pero sin desarrollar alteración patológica, de modo que tienen que incidir elementos anormales para quebrar este estado de acciones y reacciones y se motive la proliferación micótica patógena.<sup>54</sup>

En las mujeres de mediana edad hay también una disminución fisiológica de la producción salival, unido a una serie de condiciones que favorecen la aparición de este hongo, como son: la pérdida de la dimensión vertical por el desgaste de sus dientes naturales o por la abrasión de los artificiales, así como su pérdida, que

facilita un babeo comisural y una retención salival, excelente caldo de cultivo de los hongos.<sup>55</sup> La colonización de la cavidad bucal por *Cándidas* se incrementa en estas mujeres por la mayor predisposición en el uso de prótesis, lo cual se incrementa también en las pacientes de edad avanzada<sup>56</sup>.

En el síndrome de *Sjögren*, la sarcoidosis, y otros trastornos fibrosantes de las glándulas salivales, la xerostomía suele ser progresiva, y es bien tolerada por el paciente, hasta que aparece una superinfección de la mucosa bucal por monilia.<sup>42</sup> También la población de mediana edad drogodependiente y las que toman sedantes, padecen una disminución de la tasa de saliva, condicionante para el desarrollo de la candidiasis bucal.<sup>57</sup>

Las prótesis mal adaptadas por cualquier causa, asociadas en ocasiones con su deficiente higiene, son causantes de estados inflamatorios de la mucosa bucal.<sup>31</sup>

Se ha encontrado que el 70 % de las mujeres de mediana edad con signos clínicos de estomatitis subprótesis exhiben un crecimiento fúngico; la *C. albicans* fue la especie aislada con mayor frecuencia.<sup>58</sup>

### **Afecciones de la mucosa oral en mujeres de mediana edad portadores de prótesis estomatológicas**

Una de las características fundamentales del envejecimiento es precisamente la pérdida dentaria, esta hace que la función que estos cumplen de estimular el hueso de los maxilares para que se conserve su altura, se pierde, conllevando a la reducción crónica, acumulable y progresiva de la altura y espesor de los maxilares en las zonas que contenían los dientes (rebordes alveolares), produciendo y/o acentuando el deterioro de la apariencia facial. (Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. Ciudad de La Habana; 2002. pp. 26-34).<sup>59</sup>

Las consecuencias de esta pérdida dental son graves, pues limitan la gama de alimentos a ser consumidos, producen alteraciones en la estética facial, así como tienen un gran impacto en la autoestima y la fonética.<sup>60,61</sup> Se ha observado que las

personas y en particular las mujeres de mediana edad desdentadas ingieren dietas con un bajo aporte de nutrientes y pueden presentar carencias nutricionales con mayor frecuencia que las personas dentadas, aquí es donde comienza a desempeñar un importante papel la prótesis dental, haciéndose necesario su uso.<sup>62,63</sup>

El uso de prótesis por largos períodos de tiempo sin que sean cambiadas periódicamente (cada 5 años), puede generar dolor e inestabilidad durante la masticación debido a la desadaptación de dichas prótesis, si esto se suma a su uso durante las 24 horas del día, se desarrollarán lesiones inflamatorias en el paladar y tejidos blandos en contacto con el aparato protésico (estomatitis subprótesis, hiperplasias, etc.).<sup>64,65</sup>

Con la edad, la mucosa oral experimenta modificaciones similares a las que afectan a la mucosa de otras partes del organismo, pero factores locales adquiridos a lo largo de la vida (dieta, prótesis, etc.), pueden influir en dichos cambios, provocando alteraciones en la mucosa.<sup>64</sup> Es decir, se convierten en una agresión física al medio bucal, e incluso pueden converger otros factores negativos como el trauma y la infección.<sup>66</sup>

Las prótesis al actuar mecánicamente sobre los tejidos, dan lugar a cambios de diversas índoles que están en relación con la capacidad reaccional de los tejidos y la forma de agresión que ejerza la prótesis. Esos cambios son muy variados por presentarse desde simples modificaciones fisiológicas de adaptación hasta profundas alteraciones patológicas.<sup>67,68</sup>

La mucosa bucal está sujeta a diversas lesiones como resultado del uso de dentaduras artificiales, éstas se pueden manifestar como úlceras traumáticas, estomatitis subprótesis, érpulis o hiperplasia inflamatoria fibrosa, alergia a la base de las prótesis, así como queilitis angular; por lo que se hace necesario controlar los factores de riesgo en un intento por prevenir o disminuir las afecciones bucales en los pacientes con aditamentos protésicos.<sup>69,70</sup>

La deficiente higiene de las prótesis favorece la formación de placa bacteriana y en múltiples casos los estados inflamatorios de la mucosa bucal son provocados por infecciones de tejidos a causa de microorganismos, cuyos medios de cultivo son los restos de alimentos depositados en la prótesis.

Para la limpieza de la prótesis una premisa es fundamental; no es cuestión de limpiar mucho sino de limpiar bien. *Chagas*<sup>71</sup> recomienda evitar el empleo diario de polvos abrasivos, de cepillos muy duros y también el cepillado muy vigoroso, para reducir el desgaste. Se han encontrado dentaduras con deterioro de sus materiales de construcción y la consiguiente acumulación de cálculo y placa debido al abuso de sustancias o métodos utilizados por ellos mismos en el hogar, por lo que un gran número de pacientes no saben cómo limpiar la dentadura de una forma satisfactoria.<sup>72,73</sup>

Existe una deficiente educación sanitaria bucal en las pacientes portadoras de prótesis dental, que además están sometidas a un gran número de factores de riesgo que favorecen la aparición de afecciones de la cavidad bucal, lo que puede evitarse si se explotan herramientas como la educación para la salud y de esta forma mejorar la información y la actitud en lo que a salud bucal se refiere.

El Ministerio de Salud Pública ha trazado, entre sus líneas principales de desarrollo, la creación de una modalidad de atención gerontológica en la comunidad que permita resolver las necesidades de las mujeres de mediana edad y la de ancianas.<sup>74</sup> El desenvolvimiento de los conocimientos científico-técnicos en la Estomatología tiene una relación directa con el envejecimiento poblacional, pues al restablecer y mantener la salud del sistema estomatognático en las mujeres de mediana edad y las pacientes geriátricas desdentados totales o parciales por medio de las prótesis, se logra proporcionar el equilibrio biopsicosocial fundamental en estos pacientes.<sup>75,76</sup>

## **Trastornos temporomandibulares en la mujer de edad mediana**

La articulación temporomandibular (ATM) es la articulación formada entre el cóndilo de la mandíbula y el cóndilo temporal que hace posible abrir y cerrar la boca; está ubicada delante de la oreja y a cada lado de la cabeza, se utiliza para hablar, masticar, deglutir, bostezar, y en diversas expresiones faciales.<sup>77</sup> Es una de las articulaciones más complejas del cuerpo y está sometida a una gran presión durante la masticación. Esta compleja conformación permite explicar la mayor probabilidad de que se produzcan disturbios en ella a lo largo de la vida. Estos trastornos incluyen chasquidos, crepitación, incapacidad para abrir la boca, dolores de cabeza, oídos y diversos tipos de dolores faciales.<sup>78,79</sup>

El dolor es la sintomatología más dramática de la consulta diaria y a su vez la fuerza que impulse al paciente a buscar tratamiento. Específicamente la otalgia (dolor de oído) es una de las causas más comunes de consulta en el servicio de medicina general y que en ocasiones requiere de manejo integral por el servicio de otorrinolaringología. La otalgia es una entidad que cursa con diferentes etiologías, como lo son las infecciones bacterianas, virales, fúngicas, objetos extraños, lesión por trauma, entre otras; la mayoría de estas generan compromiso directo con el oído y sus componentes, sin embargo, en ocasiones se presenta por alteración de estructuras colindantes al mismo, como es el caso de la disfunción de la articulación temporomandibular.

La disfunción de la articulación temporomandibular es una patología causada por alteración intrínseca de la articulación, bien sea por el componente muscular, óseo, cartilaginoso, tendinoso o una mezcla de los mismos. La ATM es una articulación que se deteriora mucho más rápido que otras articulaciones de nuestro cuerpo.<sup>77</sup>

Dentro de la sintomatología que cursa esta alteración, está la otalgia, que en muchas ocasiones no tiene un patrón que permitan diferenciar el origen del mismo, lo que genera que el diagnóstico y posterior tratamiento de la otalgia sea inadecuado o insuficiente, pues la disfunción de la ATM es una entidad que pese a su frecuencia no se tiene presente en nuestro medio como su principal causante.<sup>78</sup>

Es muy importante tener presente esta disfunción con el ánimo de lograr diagnóstico acertado, oportuno y mejores opciones de tratamientos que contribuyen con una adecuada calidad de vida para el paciente.

Bell W. E. sugirió el término trastornos temporomandibulares. Esta denominación no sugiere simplemente problemas limitados a las articulaciones sino que incluye todos los trastornos asociados con la función del sistema masticatorio<sup>76</sup>

En este estudio se utilizó la denominación de trastornos témporo mandibulares adoptado por la *American Dental Association* y de acuerdo con la clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, propuesto en la X Revisión de la Organización Panamericana de la Salud, realizada en 1996.<sup>77</sup>

El estudio funcional de la oclusión que se realiza mediante el Test de Krogh Paulsen es poco utilizado según trabajos consultados; es un método completo y eficiente, dado que en el examen clínico el operador sigue una secuencia lógica por grupos musculares, articulación temporomandibular y la oclusión dentaria con el propósito de localizar el problema, lograr un diagnóstico certero y encaminar el tratamiento apropiado.

El *test de Krogh-Paulsen* fue el método empleado en esta investigación para la evaluación de los trastornos témporo mandibulares cuyo contenido será explicado en material y método y en el anexo V.<sup>77</sup>

Los sonidos articulares son muy frecuentes en los pacientes con TTM y sus causas pueden ser artrósicas, variaciones anatómicas, incoordinaciones musculares y es más común el desplazamiento anormal del disco, todo lo cual ha sido confirmado por técnicas imaginológicas de punta.<sup>78,79</sup>

Síntomas somáticos caracterizados por artralgias, dolores y molestias corporales, dolor músculo-esquelético y dolores articulares han sido investigados en un gran número de estudios de menopausia natural, quirúrgica o inducida por quimioterapia en el tratamiento del cáncer de mama. La osteoartritis y el dolor articular puede

estar incrementado en las mujeres desde las perimenopáusicas hasta las que se encuentran en la posmenopausia, con un cambio hormonal implicado en su etiología.<sup>80-82</sup>

Es preciso reconocer y hacer de conocimiento masivo los efectos de la privación hormonal postmenopáusicas, pero también se debe rescatar el valor que tienen las conductas individuales y colectivas en la consecución de la salud y de este modo contribuir a elevar la calidad de vida de las mujeres durante esta etapa de la vida

## **Osteoporosis**

Otro órgano que es afectado por la falta de estrógenos y que no produce síntomas francos hasta que se expresan sus consecuencias, en este caso las fracturas, es el esqueleto, que desarrolla osteoporosis hasta en 4 de cada 10 mujeres posmenopáusicas sin tratamiento. La osteoporosis es un trastorno de deterioro de los huesos, por una pérdida excesiva del tejido óseo. Esta pérdida de masa ósea aumenta la susceptibilidad a las fracturas y micro fracturas. Es un problema de salud pública mayor, debido a que estas imponen severas restricciones a la calidad de vida y en el caso de fracturas, aumentan el riesgo de mortalidad.<sup>31,41</sup>

Es una enfermedad crónica, progresiva y debilitante del esqueleto, que menoscaba su resistencia y lo hace más sensible a las fracturas.

Las vértebras, el fémur y la muñeca son las regiones más afectadas por las fracturas.<sup>83</sup> Existen poderosas razones fisiopatológicas que relacionan las hormonas femeninas con el remodelado óseo. En efecto, se sabe que por diferentes mecanismos, donde están involucradas moléculas muy importantes en el metabolismo esquelético como las interleucinas 1 y 6, el factor de necrosis tumoral  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), el factor estimulante de las colonias de macrófagos (M-CSF) o el sistema osteoprotegerina-RANKL (ligando del receptor activador del factor nuclear- $\kappa\beta$ ) — los estrógenos actúan evitando la destrucción de hueso, al disminuir la actividad osteoclástica. En consecuencia, se atribuye al hipoestrogenismo la

responsabilidad directa de casi la mitad de la pérdida de masa ósea en la mujer a lo largo de su vida.<sup>84</sup>

Las fracturas vertebrales producen dolor de espalda, pérdida de altura, deformidad e inmovilidad. Las de cadera son más graves y ocurren ya en la senilidad; son responsables del dolor crónico y de la disminución de la movilidad, llegando en demasiadas ocasiones los pacientes afectados a la invalidez y la pérdida de independencia.

El riesgo de fracturas es inversamente proporcional a la densidad mineral ósea (DMO) y se mide comúnmente mediante la densitometría ósea, siendo la absorbiometría radiológica de doble energía (DXA) el método más reconocido y utilizado para predecir cuál es el riesgo de fractura de una paciente concreta.

De hecho, la Organización Mundial de la Salud ha establecido una definición densitométrica de la osteoporosis cuando el valor de la DMO cae por debajo de las 2,5 desviaciones estándar (DE) del pico máximo de masa ósea. Si, por cada DE que disminuye la DMO, el riesgo relativo de presentar una fractura se incrementa más de tres veces, está claro que no es prudente esperar a alcanzar aquellos niveles de DMO para emprender las medidas terapéuticas disponibles.

Aunque el riesgo de fractura ósea es mayor entre las pacientes con osteoporosis, el número de fracturas, por lo general, es más alto entre pacientes con osteopenia, debido a su mayor prevalencia. De hecho, muchas mujeres posmenopáusicas no se diagnostican hasta que se ha producido una fractura, de ahí, el apelativo de «epidemia silenciosa» que recibe esta enfermedad.<sup>85</sup>

Muy importante dentro del marco teórico Gran cantidad de trabajos sugieren que existe asociación entre la enfermedad periodontal o la pérdida de dientes con la disminución de la DMO<sup>85,86</sup> De hecho, es probable que la mandíbula experimente una pérdida ósea posmenopáusica similar a la observada en la columna vertebral y, aunque el examen periodontal no haya demostrado ser útil para como método de cribado para la osteoporosis,<sup>87</sup> se ha sugerido que varios métodos radiográficos dentales si puedan contemplarse como forma de cribado, debido a su amplia

disponibilidad, funcionalidad y bajo coste. Entre ellos, el *índice panorámico mandibular*, que tiene en cuenta la erosión y espesor del hueso cortical mandibular,<sup>88</sup> o la *apófisis estiloides alargada*, que se correlaciona con osteoporosis u osteopenia en las radiografías panorámicas.<sup>89</sup>

Tanto el riesgo de padecer una fractura como sus daños y secuelas pueden ser reducidos con diferentes estrategias terapéuticas, que van desde simples cambios en el comportamiento higiénico-dietético, hasta el uso de fármacos específicos para su tratamiento. Se ha demostrado la eficacia de diferentes clases de fármacos en la prevención y tratamiento de la osteoporosis. Otras medidas contrastadas son el ejercicio y la dieta, y su suplementación con calcio y vitamina D, para garantizar la adecuada absorción de estos principios tan altamente implicados en el metabolismo óseo.<sup>90</sup>

### **Osteonecrosis de los maxilares**

La osteonecrosis de los maxilares (ONM) es una enfermedad poco frecuente asociada a los medicamentos antirreabsortivos sistémicos, especialmente a los bifosfonatos y al más reciente denosumab. Clínicamente, se caracteriza por lesiones óseas necróticas expuestas que persisten durante más de ocho semanas. Las características radiográficas de la ONM incluyen lesiones mixtas radiopacas o radiolúcidas, a menudo, con un aspecto moteado. En los casos más avanzados, los cambios osteolíticos pueden extenderse hasta el borde inferior de la mandíbula. En la mayoría de los casos, las radiografías intraoral y panorámica son suficientes para el diagnóstico; sin embargo, en casos de sospecha de fracturas patológicas, puede estar indicada la tomografía computarizada.<sup>91</sup>

Las pacientes que sufren de ONM pueden experimentar un deterioro sustancial en su calidad de vida debido al dolor crónico, a la dificultad para comer y a la deformación facial. Es común la infección secundaria del tejido blando circundante, así como la disestesia o parestesia en la zona afectada por afectación inflamatoria o infecciosa, debido a la mayor deposición ósea y estrechamiento del canal del nervio.<sup>92</sup>

Para la evaluación integral de las pacientes que presenten alguna de estas alteraciones, se utilizará como el interrogatorio para indagar sobre los síntomas y la historia de los mismos, además, se debe precisar si han existido eventos psicosociales que han favorecido la aparición o el mantenimiento de estos padecimientos.

Diferentes investigadores han encontrado asociaciones significativas entre la satisfacción con la vida y los estilos de afrontamiento centrados en el problema, que a su vez se estiman como más saludables. Los sujetos satisfechos con la vida interpretan los eventos neutrales y ambiguos como positivos, poseen un pensamiento flexible, son más creativos y exhiben un umbral alto de tolerancia a las frustraciones, lo que los hace menos vulnerables al estrés psicológico.<sup>91</sup>

Estos individuos experimentan menos emociones negativas, y, por tanto, conservan en buen estado los procesos inmunes que son alterados por aquellas, a través de sus efectos en los sistemas endocrino y nervioso autónomo. La ira es un factor de riesgo de hipertensión arterial, enfermedad coronaria y muerte prematura. La tristeza, el miedo, la vergüenza y la culpa, predisponen a la depresión y la ansiedad.

Por su parte, la satisfacción con la vida predispone a las experiencias emocionales positivas, las que a su vez favorecen las evaluaciones cognitivas de satisfacción.<sup>93</sup> También formará parte del interrogatorio el conocimiento de enfermedades asociadas, máxime la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la historia de cáncer bucal; todas las pacientes deben ser sometidas a un examen físico y bucal adecuado y las pruebas diagnósticas complementarias necesarias, de ellas la radiografía se utiliza cada vez más como un método diagnóstico.<sup>(94-97)</sup>

Las modificaciones orales y los trastornos temporomandibulares tanto por exceso como por defecto son muy frecuentes durante la edad mediana, su diagnóstico diferencial es necesario, una parte central de la evaluación de los mismos. En mujeres con estos trastornos después de establecer su etiología es necesario mantener una adecuada vigilancia para la prevención de la osteoporosis, así mismo debido a que en este importante grupo poblacional la incidencia de

patologías malignas de la boca se incrementa sobre todo cuando aparece el sangramiento posmenopáusico.

La atención de la mujer en edad mediana con modificaciones orales y trastornos temporomandibulares debe en primer lugar realizar el diagnóstico de la morbilidad oculta, involucrar a la paciente, que conozca los riesgos y beneficios, que cuente con la información necesaria para utilizar, ayudarla en la sistematización del tratamiento y que el seguimiento de la misma esté basado en una buena relación médico y/o enfermero-paciente.

Como hemos expresado hasta el momento el climaterio es una importante etapa en la vida de la mujer tanto desde el punto de vista biológico, psicológico como social. Sin embargo, a pesar de que existen múltiples estudios con respecto al mismo, tanto a nivel nacional como internacional (7, 8, 13,16 - 21, 24, 29, 36, 37, 44-56 ) llama la atención que en pocos se caracterizan las manifestaciones orales y trastornos temporomandibulares y su etiología en la mujer climatérica de edad mediana haciéndose solo mención de estos como parte del conjunto de síntomas y signos que pueden aparecer en esta etapa de la vida femenina, aun cuando los trastornos bucales son motivos de consulta frecuente y que dada su repercusión pudieran convertirse en uno de los más importantes.

Las manifestaciones orales y trastornos temporomandibulares posmenopáusicos también afecta la mujer en edad mediana, de este siempre se realiza un análisis profundo por el riesgo elevado que encierra el mismo de afección orgánica.

La cultura interviene de manera determinante en la percepción de la salud y la enfermedad a partir de sus atributos: forma y capacidad de pensar de las personas, organización social y familiar lo que se expresa en creencias, ideas, conocimientos, ideologías y filosofías para asumir el proceso de una u otra manera.

La interacción dinámica entre los procesos biológicos y ambientales y la indudable mayor vulnerabilidad de muchas mujeres ante los cambios del entorno se corresponde con una mayor intensidad en la percepción de los síntomas climatéricos y de las limitaciones que ello implica para su vida cotidiana.<sup>98</sup>

En Cuba los recursos de salud están al alcance de toda la población, la cual tiene un elevado nivel de escolaridad y recibe educación para la salud a través de los medios de difusión masiva, por lo que su población constituye un modelo para identificar los factores biológicos y sociodemográficos que inciden sobre la decisión de la mujer de edad mediana para demandar ayuda.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Tipo de estudio.**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal

### **Período y lugar donde se desarrolló el estudio.**

Se realizó en la Clínica Estomatológica: Policlínico Universitario "19 de abril" durante el año 2018 perteneciente al municipio Plaza de la Revolución en La Habana, Cuba.

### **Universo poblacional**

De un universo de 200 mujeres en edad mediana (entre 40 y 59 años), que acudieron a consulta de Estomatología en el período de la investigación y dieron su aprobación para ser incluidas en el estudio, se seleccionó este grupo de estudio de pacientes que presentaron alteraciones bucales y temporomandibulares.

### **Principios éticos básicos**

En la realización de esta investigación se cumplieron los principios éticos de: respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, ya que los datos que se obtuvieron de las historias clínicas y de forma personal solo fueron utilizados con el fin de nuestra investigación, se mantuvo la confidencialidad y privacidad de los mismos y se requirió la aprobación de la paciente para su inclusión. (Anexo 1)

### **Criterios de inclusión**

- Mujeres comprendidas entre 40-59 años de edad.
- Acudir a consulta por afecciones orales y/o trastornos temporomandibulares.
- Se consideró que las examinadas podían presentar brechas de no más de dos dientes, teniendo en cuenta que no se afecte la dimensión vertical oclusiva, ni la guía anterior.
- Consentimiento informado

## **Criterios de exclusión**

- Pacientes que padecían alguna enfermedad endocrino-metabólica tales como la diabetes mellitus, puesto que tienden a confundir el diagnóstico por sintomatología similares e/o idénticas.
- Pacientes que habían ingerido de forma ininterrumpida durante los tres meses anteriores al estudio algún medicamento que en su composición contuviera hormonas, tales como los anticonceptivos orales y la terapia hormonal de reemplazo (THR).
- Antecedentes de traumas faciales o de las articulaciones temporomandibulares (ATM).
- Pacientes que presentaran afectaciones psíquicas y mentales.

## **Variables**

Variables incluidas en el estudio

**FACTORES ASOCIADOS:**

- Factores biológicos.
- Factores psicológicos.
- Factores socioeconómicos.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADOR
		ESCALA	DESCRIPCIÓN	
Edad	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ 40 a 49 años</li> <li>✚ 50 a 59 años</li> </ul>	Según años cumplidos en el momento de realizada la investigación	Número Por ciento
Escolaridad	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Primaria Incompleta</li> <li>✚ Primaria Completa</li> <li>✚ Secundaria</li> <li>✚ Media</li> <li>✚ Universitario</li> </ul>	Según nivel escolar vencido	Número por grupo de edad
Ocupación actual	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Ama de casa</li> <li>✚ Obrera</li> <li>✚ Servicios</li> <li>✚ Técnicos</li> <li>✚ Profesional</li> </ul>	Según vínculo laboral o no	Número por grupo de edad Por ciento
Trabajo actual	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Trabaja sí o no</li> <li>✚ Trabajadoras insertadas</li> <li>✚ No responde</li> </ul>	Según vínculo de trabajo o no	Número por grupo de edad Por ciento
Patrón menstrual	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Ciclo menstrual</li> <li>✚ Ciclo regular</li> <li>✚ Ciclo irregular</li> <li>✚ Periodo climaterio</li> <li>✚ Perimenopausia</li> </ul>	Según resultado de la encuesta	Número y Por ciento

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Posmenopausia Temprana</li> <li>✚ Posmenopausia Tardía</li> </ul>		
Sangramiento gingival	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ No se cepilla</li> <li>✚ Se mueven los dientes.</li> <li>✚ Enfermos los dientes.</li> <li>✚ Ingiere alimentos dulces</li> <li>✚ No visita al estomatólogo</li> </ul>	Según grupos de edades	Número y Por ciento
Precauciones para el sangrado gingival	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Conocer cómo cuidarse</li> <li>✚ Revisar periódicamente</li> <li>✚ Cepillados de los dientes</li> <li>✚ Uso de hilo dental</li> <li>✚ Uso de medicamentos</li> <li>✚ Ingerir alimentos blandos</li> <li>✚ Cepillar después de las comidas</li> <li>✚ Otras</li> </ul>	Según resultado de las encuestas	Número y Por ciento
Higiene bucal	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Cepillo dental</li> <li>✚ Agua corriente</li> <li>✚ Remojar en agua corriente durante la noche.</li> <li>✚ Con agua y</li> </ul>	Según grupos de edades	Número por grupo de edad Por ciento

		jabón  Otras		
Conocimiento sobre la Candidiasis oral	Cualitativa nominal politómica	 Sí  No	Según resultado de las encuestas	Número y por ciento

## **TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS:**

La técnica para la obtención de la información que se utilizó fue la encuesta mediante un formulario para la recolección de datos como: actitudes, conocimientos, expectativas y creencias para evaluar la asociación que tuvieron los síntomas del climaterio con las afecciones bucales y los trastornos temporomandibulares. (Anexo 2)

Este cuestionario se divide en tres partes: a) la primera con cuatro preguntas consideró los factores sociodemográficos tales como: edad, escolaridad, trabajo, ocupación entre otros. b) en la segunda con siete preguntas se exploraron los factores psicológicos asignados tales como: función cognitiva, apariencia personal, uso adecuado del cepillo y prótesis; en la tercera con cuatro preguntas se exploraron los factores biológicos asignados como: causas del sangrado gingival, enfermedades micóticas orales y otros síntomas bucales.

Para recolectar los datos referidos a la sintomatología correspondiente al síndrome climatérico se empleó la escala cubana para clasificar la intensidad del síndrome climatérico validado por Perez Piñero y refrendada en el II Consenso cubano sobre climaterio (Anexo 3), la cual tiene la cualidad de ser auto aplicable y consta de 28 ítems con una escala tipo *Likert*, divididos en cuatro subescalas:<sup>96</sup>

- Síntomas generales: Dolores musculares-osteoarticulares, aumento de peso, vértigos, sequedad mucosa oral, astenia, pérdida de peso, sequedad de la piel. Corresponde con las mujeres asintomáticas de 0 a 3 puntos, síntomas leves de 4 a 6 puntos, moderados de 7 a 11 puntos y muy molestos 12 puntos o más
- Síntomas circulatorios: Los sofocos u oleadas de calor, sudoraciones nocturnas, palpitaciones, parestesias, cefaleas a las que se asigna un puntaje de 0 a 6 puntos que corresponde con las mujeres asintomáticas o de

síntomas muy leves, de 7 a 14 se evalúa como leve, de 15 a 23 como moderado y de 24 o más lo considera crítico

- Síntomas psicológicos: insomnio, nerviosismo, irritabilidad, labilidad emocional, disminución de libido, pérdida de la capacidad de concentración, apatía, tristeza y miedo, con puntajes de 0 a 9 que se considera asintomática o síntomas muy leves; de 10 a 19 leve; de 20 a 32 moderados y críticos de 33 o más puntos.
- Síntomas genitourinarios: incontinencia urinaria, polaquiuria, disuria, dispareunia, disminución del placer sexual, sequedad vaginal y atrofia vaginal que van desde 0 a 1 punto para las asintomáticas o con síntomas muy leves, de 2 a 7 puntos se consideran leves, de 8 a 16 puntos para los moderados y de 17 o más puntos para críticos.

Además, se utilizó el *test de Krogh-Paulsen* que reconoce entre nueve síntomas y signos empleados para diagnosticar los trastornos temporomandibulares.<sup>97</sup> (Anexo 4)

### **Trastornos temporomandibulares (*Test Krogh-Paulsen*)**

1. Abertura de la boca menor de 40 mm
2. Irregularidades en los movimientos de apertura y cierre
3. Dolor muscular a la palpación
4. Dolor de la articulación
5. Chasquido o crujido
6. Traba en apertura o cierre
7. Inestabilidad entre la relación y oclusión céntricas.
8. Deslizamiento anterior
9. Deslizamiento lateral

### **Categorización e interpretación de los resultados:**

Sano:	Ningún aspecto positivo
Perturbación:	Un aspecto positivo
Riesgo:	Dos aspectos positivos
Disfunción:	Tres aspectos positivos

### **Análisis de los datos**

Estos fueron procesados y mostrados en tablas de contingencia, distribuidas en números y porcentajes.

### **RECURSOS MATERIALES E INFRAESTRUCTURA DISPONIBLE POR EL CENTRO PARA EJECUTAR EL PROYECTO:**

La Clínica Estomatológica del Policlínico Universitario "19 de abril" perteneciente al municipio Plaza de la Revolución, en La Habana, Cuba con una misión como centro diseñado estructural y funcionalmente para garantizar la ejecución de servicios de salud en condiciones especiales de seguridad y confort, destinada a satisfacer las actividades de promoción y prevención, asistencia estomatológica y la investigación científica en pro de garantizar un nivel de excelencia en la calidad de los programas y servicios que oferta y de las más elevadas exigencias de sus beneficiarios, por lo que es de vital importancia la salud en las mujeres trabajadoras de edad mediana.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla 1. Grupos etarios de las mujeres de edad mediana atendidas en consultas. Policlínico Universitario "19 de abril", año 2018**

Grupos etarios	No.	%
40-49	85	42,5
50-59	115	57,5
TOTAL	200	100

Según el consenso cubano, las mujeres de edad mediana son aquellas que se incluyen en el grupo etario 40 – 59 años.

En la tabla 1 se aprecia que fueron incluidas un total de 200 mujeres; en el grupo con edades entre 40 y 49 años fueron 85, mientras que más de la mitad de las mujeres atendidas tenía entre 50 y 59 años (57,5%).

**Tabla 2. Nivel de escolaridad según grupos etarios. Policlínico Universitario "19 de abril", año 2018**

Grupos etarios	Primaria incompleta	Primaria	Secundaria	Media	Universitaria	No responde	
40-49	1	9	23	24	13	15	85
50-59	3	45	33	16	5	13	115
TOTAL	4	54	56	40	18	28	200

En la tabla 2 se refleja que la escolaridad primaria incompleta, completa y secundaria predominó en más de la mitad de estas pacientes. Mientras que el grupo correspondiente a las universitarias fue bajo pues representaron menos de una (9%) de cada diez de las pacientes atendidas.

En un estudio realizado en Cuba por García y Navarro <sup>98</sup>, en 112 mujeres de edad mediana, 44 % eran universitarias En contraposición, al revisar otro estudio

realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social se informa que el 60 % solo alcanzó el nivel primario en una muestra de 4 162 mujeres.<sup>99</sup>

En otro estudio nacional realizado por Lugones y Navarro en cuatro consultorios del municipio Playa en la provincia de La Habana, ninguna de las mujeres incluidas en la muestra reportó tener nivel de enseñanza primaria y la mayoría (77,2 %) el nivel de escolaridad fue preuniversitario.<sup>100</sup>

Zalazar y colaboradores en una investigación realizada en usuarias del Centro de Salud de Concepción, en Chile, estudiaron a 49 mujeres de edad mediana y ninguna había alcanzado el nivel universitario y 28,6% reportó haber culminado la enseñanza secundaria.<sup>101</sup>

**Tabla 3. Situación laboral según grupos etarios. Policlínico Universitario "19 de abril", año 2018.**

EDAD	TRABAJA				Trabajadoras insertadas	%	NO RESPONDE	%
	SI	%	NO	%				
40-49 (85)	53	26,5	18	21,2	9	10,6	5	5,9
50-59 (115)	60	52,2	29	25,2	11	9,6	15	13,0
TOTAL (200)	113	56,5	47	23,5	20	10,0	20	10,0

En la tabla 3 se observa que más de la mitad de todas las pacientes son trabajadoras (56,5%) mientras sólo poco más de la quinta parte (23,5%) son amas de casa. Solo la cuarta parte de las mujeres entre 40 y 49 años tiene vínculo laboral.

En Cuba, las mujeres comprendidas entre 40 y 59 años de edad tienen una importante labor social, por lo que resultan muy útiles a la sociedad,<sup>102</sup> a pesar de no estar en el mejor momento de su biología, desempeñan un importante y decisivo

papel en la sociedad al ser cuidadoras de la familia y productoras, pues constituyen más del 40 % de la fuerza laboral nacional.<sup>103</sup>

Datos muy similares a este trabajo encontró Santisteban Alba en un estudio realizado durante seis años en la consulta de climaterio y menopausia del municipio Cerro.<sup>90</sup>

Diferentes resultados encontraron otros autores cubanos con una tendencia a la no incorporación al trabajo, a pesar de haber estado compuesto fundamentalmente por mujeres en edad laboral.<sup>104,105,106</sup>

**TABLA 4. Ocupación laboral actual según grupos etarios. Policlínico Universitario “19 de abril”, año 2018.**

OCUPACIÓN	40-49		50-59	
		%		%
<b>Obreras</b>	6	9,6	28	39,5
<b>Servicios</b>	23	37,1	7	9,8
<b>Técnicos</b>	20	32,3	22	30,9
<b>Profesional</b>	4	6,5	3	4,3
<b>Trabajadoras insertadas</b>	9	14,5	11	15,5
<b>TOTAL</b>	62	100%	71	100%

En la tabla 4 vemos la relación entre los grupos de edades y la ocupación actual. 39,5% de las mujeres entre 50 y 59 años eran obreras y en este grupo el 30,9% correspondió a trabajos técnicos, mientras que en el grupo entre 40 y 49 años predominaron las trabajadoras en los servicios.

En Cuba, las mujeres de edad mediana aunque pueden haber concluido con el ciclo reproductivo tienen una importante labor social, ya que se encuentran inmersas en la formación social de nuevas generaciones, por lo que resultan muy

útiles a la sociedad, <sup>107</sup> En nuestro país, la incorporación al trabajo de la mujer, su participación en el desarrollo económico del país y su papel directriz en el sostén y desarrollo de la familia, por lo cual debe asegurarse su atención médica integral.

108,109

En el estudio realizado en nuestra área de salud observamos que las mujeres de la muestra resultaron ser trabajadoras. Desde el punto de vista sociodemográfico el grupo de mujeres que formó parte de esta investigación presentó características similares a las reportadas en otras investigaciones realizadas en mujeres de igual edad en nuestro país. <sup>110,</sup>

111,112,113

Resultados similares al nuestro encontró Martínez Chang en un estudio en el consultorio 17 del Policlínico” Luis Augusto Turcius Lima “del municipio 10 de Octubre en La Habana, en 163 mujeres, donde encontró que el 36 % de las mujeres eran trabajadoras. <sup>113</sup>

**Tabla.5. Uso y cambio de prótesis. Policlínico Universitario 19 de abril, año 2018.**

<b>USO</b>	<b>40-49</b>	<b>%</b>	<b>50-59</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	23	27,1	88	76,5
<b>NO</b>	62	72,9	27	23,5
<b>Duermen con la prótesis</b>	18	78,3	14	15,9
<b>Cambio de prótesis en años</b>				
<b>2</b>	2	8,7	7	7,9
<b>3</b>	2	8,7	17	19,3
<b>4</b>	6	26,1	21	23,9
<b>5</b>	7	30,4	22	25,0
<b>+ 5</b>	6	26,1	21	23,9

La Tabla 5 expone las 23 pacientes que tienen prótesis dentaria total o parcial en el grupo de 40 a 49 años y las 88 del grupo entre 50 y 59 años.

El hábito de dormir con la prótesis está presente en casi 8 de cada diez pacientes entre 40 y 49 años, mientras que sólo 15,9% de las mayores de 50 años permanece con la prótesis mientras duerme.

Más de la mitad de las pacientes que utilizan prótesis dentaria la cambian a los 5 o más años de uso.

Investigaciones dadas del Policlínico Universitario Julio Antonio Mella, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey y Clínica Hermanos Peredo. Vertientes. Camagüey, Cuba demuestran que 180 pacientes afectados con lesiones de la mucosa bucal, el 60 % eran femeninos en edad mediana y 40 % masculino. En el período de uso de la prótesis hasta cinco años, fue donde más lesiones aparecieron con un 31, 57 %.

En las úlceras traumáticas el 19, 83 % y el 8, 90 % de los émulis fisurados fueron causadas por aparatos protésicos recién instalados mientras que la estomatitis subprótesis apareció con mayor frecuencia (15, 38 %) en mujeres de edad mediana que usaban prótesis de 6 a 10 años.

La queilitis angular (13, 76 %) se presentó con mayor número en aquellas pacientes femeninas que tenían prótesis en uso de más de 10 años (7, 28 %)

En cuanto al tipo de lesión en mucosa bucal y estado técnico de la prótesis. Se observó que la mayor cantidad de lesiones están asociadas con el uso de la prótesis desajustadas (158 para el 63, 96 %) y las afecciones de mayor aparición en relación con este estado técnico de la prótesis deficiente fue la estomatitis subprótesis (64 lesiones para el 25, 91 %), la queilitis angular (30 lesiones, para el 12, 14 %) y el émulis fisurado (26 afecciones para el 10, 52 %)

Están relación con los resultados de Díaz<sup>114</sup> que encontró que las úlceras traumáticas fueron causadas por aparatos protésicos recién instalados (65, 22 %). También Gutiérrez<sup>115</sup> asegura que el mayor número de lesiones de tipo ulcerativo se presentaron en prótesis nuevas, por tanto se corrobora que sus principales causas son: zonas compresivas, exóstosis no aliviadas, bordes filosos, inserciones frénicas no liberadas, nódulos de acrílico y puntos exagerados de contacto oclusales.

La estomatitis subprótesis apareció con mayor frecuencia en pacientes femeninas de edad mediana que usaban prótesis de 6 a 20 años. En un estudio realizado por García<sup>115</sup> la mayor cantidad de lesiones se determinó en las pacientes que tenían prótesis con menos de cinco años de uso. Sin embargo, este mismo autor en otra investigación titulada Prótesis dentales y lesiones mucosas en le edad mediana y el adulto mayor: una preocupación de todos, 8 encontró más lesiones en aquellos que tenían más de 16 años con la prótesis.

Gutiérrez Segura<sup>116</sup> evidenció que el mayor número de afectados estuvo en pacientes con uso del aparato por más de diez años y Ávila Chiong<sup>117</sup> en aquellos que usan el aparato de forma permanente.

Se plantea que la estomatitis subprótesis es la afección más prevalente de la mucosa palatina; aspecto que se corroboró en el estudio y coincide con las investigaciones de Gutiérrez Segura<sup>116</sup> Moret de González<sup>118</sup> y Moreno<sup>119</sup> que plantean que esta aparición frecuente puede estar dado porque los pacientes no cambiaron sus prótesis oportunamente, lo cual induce a pensar que la causa es mecánica.

El desajuste del aparato por largos períodos de uso, conlleva a la falta o disminución de la retención y estabilidad, lo que provoca a su vez, degeneración de las glándulas salivales y bloqueo mecánico de sus conductos excretores, lo cual disminuye la secreción salival y su pH, además incita la aparición de la estomatitis.

**Tabla 6. Pacientes que utilizan prótesis dentaria total o parcial y método empleado para su higiene. Policlínico Universitario 19 de abril, año 2018.**

MÉTODOS DE HIGIENE	40-49	%	50-59	%
	CON UN CEPILLO DENTAL	12	52,2	53
CON AGUA CORRIENTE	8	34,8	27	30,7
REMOJO EN AGUA CORRIENTE DURANTE LA NOCHE	2	8,7	7	7,9
CON AGUA Y JABÓN	1	4,3	1	1,1
TOTAL	23	100	88	100

En la tabla 6 se observa que el uso del cepillo dental y enjuague con agua corriente son los métodos de higiene más empleados para la limpieza de las prótesis.

Estudios del doctor Isidro de Jesús Nápoles González aseguran que el complejo biopsicosocial de las pacientes portadores de prótesis dental, se ve afectado con relativa frecuencia al dejar de constituir un estímulo para los tejidos de sostén y convertirse en una agresión física al medio bucal. Los estudios relacionados con la cavidad bucal muestran una incidencia relativamente alta de enfermedades, que van desde simples procesos inflamatorios hasta alteraciones leucoplásicas, por lo que resultan cada vez más preocupantes para las autoridades sanitarias encargadas de la salud de la comunidad. <sup>114</sup>

Las prótesis que tienen mala calidad por estar mal confeccionadas o inadecuadamente conservadas y que hayan perdido inevitablemente sus cualidades por el uso continuo más allá de su tiempo requerido, han contribuido con la aparición de lesiones en los tejidos bucales. <sup>121,122</sup>

Los materiales con que se fabrican estas, pueden favorecer a la aparición de las lesiones, es por ello que estos producto deben ser biocompatibles con los tejidos con los que entrará en contacto, para lograr ser biológicamente aceptables,

bioestables, tanto a corto como a largo plazo, mantener sus propiedades, así como su estructura físico-química en el entorno biológico donde es aplicado. <sup>123,124</sup>

Por otra parte, una incorrecta higiene de las prótesis y de la cavidad oral propicia la acumulación y proliferación de microorganismos oportunistas como la *Candida albicans*; que pueden irritar la mucosa bucal en diferentes grados. <sup>125</sup>

Estudios de *Pérez Hernández*<sup>126</sup> en los consultorios médicos #9 y 47 de la Clínica Estomatológica Hermanos Saiz, municipio San Juan y Martínez, Pinar del Río el mayor número de lesiones bucales estuvo relacionado con aquellas pacientes que poseen la prótesis con mala higiene, donde se tuvo un 47,68% con estomatitis sub-prótesis seguido de un 33,78% con queilitis angular.

No se coincide con los autores<sup>127</sup> quienes refieren que en un grupo de pacientes portadores de prótesis dentales no predomina la higiene bucal deficiente de las prótesis dentales (31,4%), ellos expresan cómo el estomatólogo en su labor educativa ha utilizado diferentes vías para lograr la comunicación, y un ejemplo importante de esto son las técnicas afectivo-participativas que han logrado abrirse paso, por los resultados obtenidos en cuanto a facilitar aprendizaje a través de la creatividad y los juegos didácticos como herramientas fundamentales en el trabajo educativo.

**Tabla 7. Conocimientos de las mujeres sobre las precauciones para evitar el sangrado gingival. Policlínico Universitario 19 de abril, año 2018.**

<b>PRECAUCIONES PARA EVITAR EL SANGRADO GINGIVAL</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
Autocuidado	12	6,0
Revisión periódica para la detección de enfermedades	37	18,5
Cepillarse bien los dientes	45	22,5
Uso de hilo dental	9	4,5
Empleo de medicamentos	27	13,5
Ingerir alimentos blandos	3	1,5
Cepillado después de cada comida	68	34,0
Otras	11	5,5
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

En la tabla 7. Conocimientos de precauciones de sangrado de encías se evidenció que la precaución de sangrado de encías que más predominó fue: *Cepillado después de cada comida* con un 34.0% y el menos predominante fue por *otras causas* con un 5.5%.

Esta situación se pudiera explicar por las características de las féminas que al decursar de los años tienen con mayor frecuencia un aumento de la fragilidad capilar, cambios de las mucosas y alteraciones psicósomáticas, tanto las que producen el estrés como las que aparecen durante y después del climaterio, las cuales tienen influencia sobre los tejidos bucales al alterar la irrigación, el flujo salival y la tasa de anticuerpos circulantes.<sup>128</sup>

Estudios de Ruiz Candina y Herrera Batista<sup>128</sup> del policlínico Manuel Fajardo de Jaimanitas revelaron que 36 pacientes de las 65 que conformaron la muestra presentaron las formas menos agresivas de la enfermedad periodontal, la gingivitis, para un 55,38%, por lo que estos resultados están por debajo de otros reportados por la literatura<sup>129, 130</sup>. De acuerdo al índice de Russell<sup>131</sup> estas pacientes fueron clasificadas como portadores de gingivitis leve, moderada y gingivitis con bolsa y ninguno presentó periodontitis con bolsa y movilidad.

Estos resultados difieren de los reportados por otros autores quienes plantean que las periodontitis es la forma que predominan en la edad mediana y el anciano<sup>16</sup> y señalan que esto es comprensible, si se tiene en cuenta que con la edad los factores que favorecen el inicio y progresión de esta enfermedad se van acumulando y la inflamación aumenta y pasa a los tejidos de inserción, cuando además, la resistencia de los tejidos disminuye<sup>132</sup>.

Por otro lado las personas que participaron en ese trabajo al ser encuestadas, señalaron en un elevado número, que accedían de forma fácil o aceptable a los servicios de salud por lo que es probable que al estar mejor atendidos desde muy temprano en el transcurso de sus vidas no haya avanzado de forma tan dramática la enfermedad periodontal. La adecuada accesibilidad a todos los servicios de salud es algo que caracteriza a nuestra sociedad. Todo esto explicaría las diferencias encontrados con los trabajos de referencia en otras latitudes.<sup>133</sup>

Estas personas demostraron, en una inmensa mayoría, poseer adecuados conocimientos sobre salud bucal. El cuestionario que se les realizó mostró que sólo dos encuestados no tienen conocimientos de higiene y salud bucales. El resto posee conocimientos que en 40 de ellos puede considerarse de bien.

Sin embargo, estudios de Vallejo<sup>134</sup> de 282 pacientes que se encontraban en la etapa del climaterio, que acudieron a la consulta de Endocrinología del Policlínico de Especialidades del Hospital Provincial Docente Clínico quirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba demostraron desconocimiento del tema, mostrándose altos porcentajes de afecciones. Del total de pacientes, 72,3 % estaba en etapa posmenopáusica y solo 27,7 % en la premenopáusica. En ambas etapas prevaleció la gingivitis (67,9 y 35,3 %, respectivamente), pero al analizar los estadios más severos de la enfermedad periodontal (periodontitis establecida y terminal) llamó la atención el hecho de que la mayoría de las afectadas (19,1 y 10,8 %, en ese orden) se encontraron en el grupo de las posmenopáusicas. Se demostró que existe asociación entre la severidad de la enfermedad periodontal y la etapa clínica del climaterio.

Al relacionar la severidad de la enfermedad periodontal según años de posmenopausia, se constató que en el primer período primó la gingivitis severa (75,9 %); en el segundo, la periodontitis establecida (66,7 %) y en el tercero, la periodontitis terminal (68,2 %). Hubo asociación entre la severidad de la enfermedad periodontal y los años de posmenopausia, pues esta se incrementó a medida que transcurrieron los años sin efecto estrogénico en los tejidos periodontales.<sup>135</sup>

**Tabla.8. Síntomas bucales referidos. Policlínico Universitario 19 de abril, año 2018.**

<b>AFECCIONES</b>	<b>40-49</b>	<b>%</b>	<b>50-59</b>	<b>%</b>
Ardor intenso	12	14,1	73	63,5
Sensación de quemazón en la lengua, labios y encías	19	22,4	43	37,4
Cambios en el gusto y en el aliento	49	57,6	110	95,7
Sequedad bucal	67	78,8	99	86,1
Dificultad para tragar	1	1,2	3	2,6
Dolor facial o dental	32	37,6	7	6,1

En la tabla.8, la sintomatología que prevaleció en ambos grupos etarios fueron: los cambios en el gusto y el aliento, así como la sequedad bucal. No puede dejar de señalarse que el ardor bucal intenso fue referido por seis de cada 10 mujeres de 50 años o más.

El descenso de la producción de hormonas durante la menopausia conlleva una serie de modificaciones en las encías, la mucosa bucal y el hueso que sustenta los dientes. Estos cambios pueden hacer perder color a los dientes, alterar su forma e incluso provocar la pérdida de piezas. Además, es más frecuente la aparición de otros síntomas orales como la sensación de ardor o sequedad en la boca.

La totalidad de los estudios epidemiológicos muestran que la mayor prevalencia y severidad de la gingivitis y periodontitis están estrechamente asociadas con la mala higiene bucal en las mujeres de edad mediana.<sup>136,137</sup>

Estudios de la Asociación Americana de Periodoncia (AAP) y Regezi, coincidieron en señalar que la prevalencia de la enfermedad periodontal era significativamente mayor en la etapa posmenopáusica que en la premenopáusica.<sup>138</sup>

Por otra parte, el desequilibrio entre la formación y reabsorción ósea creado por el déficit estrogénico, podría manifestarse tempranamente en la estructura alveolar al crear volumen negativo de hueso, lo cual aumenta el riesgo de enfermedad periodontal y de la pérdida dental.<sup>139,140</sup> Los resultados coinciden con lo encontrado en otros estudios epidemiológicos que demuestran la asociación entre años con déficit estrogénico y la gravedad de la enfermedad periodontal,<sup>141</sup> así como también con quienes afirmaron que no existe asociación entre la gravedad del síndrome climatérico y la aparición de la osteoporosis, la pérdida dental y la gravedad de la enfermedad periodontal.

**Tabla 9. Conocimiento de la candidiasis oral según grupos etarios.**

<b>Grupos etarios</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
40-49 AÑOS	54	63,5	31	36,5	85
50 – 59 AÑOS	68	59,1	47	40,9	115
TOTAL	122	61,0	78	39,0	200

En la tabla 9, se expone el conocimiento referido por las mujeres al realizar una pregunta sobre la candidiasis oral en la encuesta.

La mayor parte refirió conocer al menos que existe uno de sus síntomas.

Investigaciones de Pérez Hernández<sup>126</sup> demuestran que las superficies mucosas recubiertas por las bases protéticas son un reservorio especial para las levaduras orales. Estudios efectuados constatan conocimientos por mujeres de edad mediana sobre la candidiasis oral y la influencia altamente significativa del uso de prótesis dental en el desarrollo de hifas y *pseudohifas de Cándida*, refleja el autor<sup>128</sup> una probabilidad de desarrollar las mismas de un 98,21% en las pacientes portadoras de aditamentos protésicos.

**Tabla10** Patrón menstrual según clasificación del test de Krogh-Paulsen

Patrón menstrual	Clasificación del test de Krogh- Paulsen								Total	
	Sano		Perturbación		Riesgo		Disfunción			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ciclos regulares	4	11,1	28	77,9	2	5,6	2	5,6	36	18
Ciclos irregulares	3	25	5	41,7	1	8,3	3	25	12	6
Amenorrea	44	28,9	59	38,8	36	23,6	13	8,7	152	76
Total	51	25,5	92	46	39	19,5	18	9	200	100

En la tabla 10 se observa que en el 76 % de las mujeres encuestadas entre 40 y 59 años ya había desaparecido la menstruación y solo 12 tenían ciclos irregulares. El 46 % se clasificó con perturbación y sólo el 25,5% estuvo sano.

**Tabla11** Periodo climatérico según clasificación del test de Krogh- Paulsen

Periodo climatérico	Clasificación del test de Krogh-Paulsen								Total	
	Sano		Perturbación		Riesgo		Disfunción			
	No.	%	No.	%	No	%	No	%	No	%
Perimenopausia	9	17	35	66	4	7,5	5	9,5	53	26,5
Posmenopausia temprana	23	37,7	18	29,5	12	19,7	8	13,1	61	30,5
Posmenopausia tardía	19	22,1	39	45,3	23	26,8	5	5,8	86	43
Total	51	25,5	92	46	39	19,5	18	9	200	100

La tabla 11 nos muestra que el 43% de las mujeres se encontraban en la postmenopausia tardía. De las 51 clasificadas como sanas, solo 9 estaban en la perimenopausia.

**Tabla12** Severidad del síndrome climatérico según clasificación del test de Krogh-Paulsen

Severidad síndrome climatérico	Clasificación del test de Krogh-Paulsen								Total	
	Sano		Perturbación		Riesgo		Disfunción			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Asintomático	33	28,7	52	45,2	23	20	7	6,1	115	57,5
Leve	16	30,8	23	44,2	9	17,3	4	7,7	52	26
Moderado	2	8	13	52	5	20	5	20	25	12,5
Muy molesto	-	-	4	50	2	25	2	25	8	4
Total	51	25,5	92	46	39	19,5	18	9	200	100

Podemos percibir en la [tabla 12](#) que aunque el 57,5 % de las mujeres era asintomática, la cantidad incluida en el grupo de los sanos según el Test de Krogh-Paulsen disminuyó a medida que aumentaba la severidad del síndrome climatérico

(de 33 pacientes en el grupo de asintomáticos decreció a ningún paciente en el grupo de los muy molesto según la severidad del síndrome climatérico).

**Tabla13** Signos y síntomas de trastornos temporomandibulares según severidad del síndrome climatérico

Signos y síntomas	Severidad del síndrome climatérico								Total	
	Asintomático		Leve		Moderado		Muy molesto			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Irregularidad en apertura y cierre	8	50	4	25	3	18,7	1	6,3	16	8
Dolor muscular a la palpación	13	40,6	9	28,1	6	18,8	4	12,5	32	16
Dolor en ATM	11	40,8	8	29,6	5	18,5	3	11,1	27	13,5
Chasquido	47	68,2	15	21,7	7	10,1	-	-	69	34,5
Traba	1	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5
Inestabilidad entre relación céntrica y oclusión céntrica	3	60	-	-	2	40	-	-	5	2,5

Como se ilustra en la [tabla13](#) los chasquidos fueron el signo más frecuente que afecta al 34,5 % de las encuestadas, seguido por el dolor muscular a la palpación (16 %) y el dolor en la articulación témporo mandibular. (13,5 %).

Cualquier connotación de enfermedad o de patología ligada al acontecimiento fisiológico del climaterio y menopausia debe ser erradicada y este es probablemente uno de los aspectos más importantes a desarrollar desde cualquier ámbito de la salud sobre todo porque contribuye a mejorar la calidad de vida de las mujeres de mediana edad que viven estos eventos.

Además, se hace necesario darle el rol protagónico a las mujeres que se encuentran en el proceso de climaterio y menopausia como sujeto integral, que experimentan y expresan de diversas formas las transformaciones que sufre su cuerpo, su funcionamiento, sus fantasías, para que pueda llevar una vida plena y satisfactoria.

Este estudio demuestra el aumento con mayor frecuencia de la fragilidad capilar; cambios de las mucosas y alteraciones psicosomáticas, tanto las que producen el estrés como las que aparecen durante y después del climaterio, las cuales tienen influencia sobre los tejidos bucales al alterar la irrigación, el flujo salival y la tasa de anticuerpos circulantes.

Ya hemos visto que, aunque los trastornos hormonales van a estar relacionados de una manera más o menos directa con los problemas de la cavidad oral de las pacientes menopaúsicas, muchos de sus padecimientos van a poder ser atribuidos también al mismo proceso fisiológico de envejecimiento de los tejidos orales.

No obstante, un hecho muy importante en estas pacientes de edad más o menos avanzada es el intentar mantener que los niveles de placa sean bajos, pues el exceso de esta puede facilitar la aparición de infecciones odontológicas. Para ello es fundamental el control mecánico de la placa, complementándose, en su caso, con algún agente quimioterápico, como por ejemplo la clorhexidina que es el quimioterápico más efectivo que se conoce para combatir los microorganismos orales.

Recientes estudios epidemiológicos claramente demuestran que las mujeres tienen un mayor riesgo de presentar sensibilidad al dolor en comparación con los hombres.<sup>136</sup> Los estudios en humanos de cambios de la tolerancia de la mujer y la sensibilidad al estímulo doloroso debido a cambios hormonales han mostrado resultados muy variables. Una revisión reciente concluía que la intensidad del dolor experimental fue mayor durante las épocas en la que estaba aumentado el estradiol y la progesterona. Aunque estos cambios hormonales se pueden manifestar con el patrón menstrual, en nuestro estudio, durante las diferentes

etapas de este, las pacientes con trastornos temporomandibulares estuvieron distribuidas de forma similar.

*De Tommaso*<sup>142</sup> señala que las hormonas sexuales influyen la función cerebral y la percepción del dolor y que algunos estudios que aplican procedimientos neurofisiológicos para evaluar el dolor relacionado a los cambios durante el ciclo menstrual, sugieren una fluctuación de la modulación central del dolor durante las diferentes fases, con una prevalencia de la excitación sobre el control inhibitorio en el período premenstrual.

Para las mujeres premenopáusicas con edades entre 35 y 44 años, el estrés decrece con la edad y es influido positiva o negativamente por factores psicosociales. Con el comienzo de la menopausia, el estrés ha mostrado un incremento, particularmente en esas mujeres que son sintomáticas. Este aumento del estrés (o su percepción) aparentemente afecta los síntomas perimenopáusicos, aunque el mecanismo permanece desconocido.

Desde una perspectiva diferente, una menopausia prolongada con síntomas asociados es una fuente de estrés y angustia entre las mujeres de edad mediana. Las mujeres con una depresión previa mayor o menor, tienen un riesgo incrementado a tener cambios de humor a pesar del estatus de la menopausia.<sup>141</sup>

La mujer postmenopáusica responde al estrés agudo más intensamente que la premenopáusica (aumenta el ritmo cardíaco, la presión arterial, los niveles de epinefrina en sangre, así como otros cambios).<sup>140</sup> En nuestra investigación la que se encontraban en la perimenopausia fueron las que se mostraron más afectadas por trastornos temporomandibulares.

Nuestros resultados muestran que la cantidad de mujeres incluidas en el grupo de los sanos disminuyó sensiblemente a medida que aumentaba la severidad del síndrome climatérico. Lo cual se corresponde con que los síntomas somáticos y psicológicos de depresión y ansiedad pueden ser similares a los atribuidos a la transición menopáusica.<sup>94,143</sup>

Los sonidos articulares son muy frecuentes en los pacientes con TTM y sus causas pueden ser artrósicas, variaciones anatómicas, incoordinaciones musculares y es más común el desplazamiento anormal del disco, todo lo cual ha sido confirmado por técnicas imaginológicas de punta.<sup>139</sup>

El porcentaje de pacientes con sonidos articulares en nuestro estudio es inferior al mostrado por *Pérez García*<sup>97</sup> en una investigación desarrollada en México con una muestra similar, quien reportó su presencia en el 49,5 % de los casos. También reportó un 92 % de afectación en la ATM en las mujeres menopáusicas, lo cual es muy superior a los valores identificados en nuestra investigación (74,5 %), donde también predominaron las alteraciones nivel de los músculos masticatorios.

Síntomas somáticos caracterizados por artralgiyas, dolores y molestias corporales, dolor musculoesquelético y dolores articulares han sido investigados en un gran número de estudios de menopausia natural, quirúrgica o inducida por quimioterapia en el tratamiento del cáncer de mama.

La osteoartritis y el dolor articular se señala puede estar incrementado en las mujeres desde las perimenopáusicas hasta las que se encuentran en la postmenopausia, con un cambio hormonal implicado en su etiología.<sup>140,143</sup>

Es preciso reconocer y hacer de conocimiento masivo los efectos de la deprivación hormonal postmenopáusica, pero también se debe rescatar el valor que tienen las conductas individuales y colectivas en la consecución de la salud y de este modo contribuir a elevar la calidad de vida de las mujeres durante esta etapa de la vida.<sup>144</sup>

Cerca de las tres cuartas partes de las mujeres de edad mediana estuvieron afectadas por trastornos temporomandibulares, mostrándose estos con mayor frecuencia durante la perimenopausia e independientemente de los cambios en el patrón menstrual. Al aumentar la severidad del síndrome climatérico disminuyó la cantidad de mujeres sanas, siendo los chasquidos los signos más frecuentes de afectación en el sistema estomatognático.

La etiología de los trastornos temporomandibulares es multifactorial por lo que no puede especificarse como un solo factor etiológico.

Se considera que la influencia de las maloclusiones en la etiología de los TTM es más bien pequeña, variando del 3 al 11 por ciento. Esto indica que ningún factor oclusal por si solo es de gran importancia para el desarrollo de TTM, corroborando los hallazgos de otros estudios longitudinales<sup>80</sup>

Sin embargo, los resultados actuales no suponen un perjuicio tal que considere la importancia de la intervención temprana de Ortodoncia, como sucede con otros indicios funcionales para la corrección de ciertas maloclusiones, por ejemplo riesgo de crecimiento bicondíleo asimétrico, daños tisulares y la posible predisposición a la apnea obstructiva del sueño en el futuro <sup>81</sup>

Algozaín<sup>137</sup> estudió, que los contactos mediotrusivos disminuyen el riesgo de clic a los 19 años, este efecto protector del contacto mediotrusivo se observa sobre todo durante el bruxismo.

Aunque la oclusión funcional se considera que es más importante que la misma maloclusión en la etiología de los TTM, estudios sobre la asociación entre interferencias y TTM son contradictorios<sup>82</sup>. Algozaín<sup>137</sup> indica que la interferencia protrusiva parecía aumentar el riesgo de hacer clic en la edad adulta, comenzando en la edad mediana de la mujer.

Con el fin de evaluar el papel de las interferencias en la etiología de la TTM, se debe recordar que una variedad de contactos oclusales se producen durante los movimientos funcionales mandibulares de acuerdo con la morfología craneofacial de un individuo, y por lo tanto, los contactos mediotrusivos deben ser separados de las interferencias mediotrusivas.

Sin embargo, las asociaciones vagas entre interferencias y TTM no es excusa para la introducción de factores riesgo, tales como interferencias oclusales, como un efecto secundario de tratamiento dental<sup>138</sup>

Los resultados también mostraron que los diferentes signos de TTM estaban relacionados entre sí, pero con un patrón impredecible. Los TTM pueden simplemente representar un conglomerado suelto de los signos y síntomas sin relaciones causales sistemáticas, o los signos y síntomas podrían representar diferentes etapas de un proceso que avanza a diferentes velocidades debido a que los signos y síntomas de los TTM son fluctuantes <sup>139</sup>

Algunas situaciones oclusales como mordida abierta anterior, overjet superior a 6 mm, deslizamiento entre relación céntrica y oclusión céntrica mayor de 4 mm, mordida cruzada unilateral, se asocian con trastornos de ATM.

No obstante, la capacidad adaptativa potencial de los tejidos de la articulación, desempeñan un rol significativo en cuanto a aliviar o evitar los trastornos de la ATM mediante procesos de adaptación y se produce enfermedad cuando se exceden los límites fisiológicos defensivos por la naturaleza de la perturbación, por la capacidad de los tejidos de ATM o por ambos. <sup>137</sup>

Sin embargo, la edad es naturalmente de importancia ya que el crecimiento y el desarrollo de las articulaciones temporomandibulares se manifestará gradualmente, especialmente el desarrollo de la eminencia articular. <sup>138</sup>

Entre las posibles causas se menciona las desarmonías oclusales, bruxismo, estrés y extracciones del tercer molar, consideradas como factores de riesgo <sup>137, 138</sup>

Para lograr estabilidad oclusal se debe conseguir contactos oclusales (posteriores y anteriores) y una posición mandibular estable; el bruxismo se considera como factor de riesgo. El mismo consiste en rechinar y apretar los dientes, y este hecho ejerce presión sobre los músculos, tejidos y otras estructuras que rodean la mandíbula, lo cual puede provocar dolor e inflamación, cefalea, daños en los dientes y otros problemas, causando además trastornos en la articulación temporomandibular.

El sistema estomatognático ha sido diseñado para cumplir una serie de funciones, las de masticación y deglución son las más reconocidas y propias del sistema. No

obstante, cualquiera de ellas pueden ser afectadas en su función normal por alteraciones de origen local o sistémicas. Entre las alteraciones locales se encuentran cambios en el estímulo sensitivo o propioceptivo, debido a una restauración mal realizada, una oclusión inadecuada, un traumatismo, uso no habitual del sistema. Las superficies oclusales de los dientes es parte del sistema, y para que exista armonía de las funciones necesita normalidad de sus componentes. Es frecuente encontrar pacientes con pérdida de dientes o dientes mal posicionados, provocando ésto alteraciones en la ubicación del cóndilo mandibular en la cavidad glenoidea. Dentro de las manifestaciones sistémicas, por su parte, es característico el aumento del estrés emocional interno que experimenta el individuo, incrementando la actividad parafuncional, principalmente el bruxismo, así como el aumento de la tonicidad muscular a nivel del complejo cráneo-cérvico-facial <sup>139, 140</sup>

Cualquier alteración en la oclusión dentaria repercute en la articulación témporo-mandibular, como lo hace en la cadera tener una pierna más corta que otra. Observaciones clínicas de la práctica diaria han demostrado que alteraciones oclusales, tales como las 17 interferencias oclusales, restauraciones inadecuadas, pérdida de dientes y maloclusiones dentarias, provocan trastornos temporomandibulares que el paciente lo manifiesta como dolor y cambios en la función mandibular <sup>137, 140, 141</sup>

Según Lobbezoo<sup>139</sup>, la etiología de la disfunción temporomandibular es uno de los asuntos más controvertidos y estudiados de la Odontología, quizás porque no se encuentra una clara relación causa-efecto o porque faltan fundamentos científicos concretos pero, sin embargo, sí parece haber consenso en la comunidad científica de que se trata de un trastorno multifactorial que se desglosa en factores predisponentes que aumentan el riesgo de la aparición de un trastorno, factores desencadenantes que provocan en última instancia el comienzo de un trastorno y los factores perpetuantes que impiden la curación y favorecen el agravamiento<sup>142</sup>

Una de las razones por las cuales es posible que los estudios sobre la oclusión sean tan variables es por considerar la oclusión desde un punto de vista estático.

La estabilidad ortopédica existe cuando la posición intercuspídea estable de los dientes está en armonía con la posición musculoesquelética estable de los cóndilos en las fosas articulares.

Cuando existe una discrepancia entre estas dos posiciones, uno de los cóndilos o ambos no se sitúa en una posición estable con el disco y la fosa, y aumenta el riesgo de alteraciones intracapsulares <sup>132</sup>

Refiriéndose a la oclusión dentaria, un trabajo realizado por Guler<sup>138</sup> en nigerianas adultas de edad mediana observan que pacientes con desgastes en dientes posteriores, referían dolor muscular, ruidos en los movimientos de abrir y cerrar la boca e irregularidades en los movimientos mandibulares, acercándose a los resultados de esta investigación.

Un estudio realizado sobre prevalencia del dolor miofacial y su asociación con los factores de riesgo oclusales<sup>132</sup> concluye que existe relación causa efecto, tomando como variables las alteraciones del sobrepase y la mordida abierta posterior unilateral, afirmando una vez más lo hallado en este trabajo. Lobbezoo<sup>139</sup>, en una publicación reciente, realiza asociación entre la actividad muscular durante el sueño (bruxismo) y el dolor muscular, al tiempo que afirma la existencia de una significativa asociación entre ambas. Otro artículo similar sobre bruxismo nocturno<sup>131</sup> sugiere que la presencia de ruidos o chasquidos articulares está estrechamente relacionada con este hábito de apretar los dientes de forma severa.

Botelho<sup>81</sup> refiere que los hábitos parafuncionales favorecen la aparición del dolor muscular y en la articulación temporomandibular, aunque no especifica cuáles. Una interesante publicación realizada por Penna<sup>79</sup> compara el dolor de la ATM, el dolor muscular y la limitación en la función mandibular, con algunos hábitos parafuncionales. Además, menciona el hecho de masticar objetos duros, hablar durante mucho rato y apretar los dientes durante la noche; los valora en correspondencia directa y los describe como causante del dolor.

Pérez García<sup>82</sup> emite un criterio contrario a los hallazgos del presente estudio, cuando afirman que anomalías del resalte y sobrepase no son factores de riesgo a considerar y no los relaciona con la presencia de ruidos y trabas articulares. Sin embargo, los autores del presente trabajo consideran que el resalte aumentado o disminuido, lo mismo que el sobrepase, la mordida cruzada posterior, las interferencias oclusales, la masticación unilateral, pérdida del soporte posterior y el bruxismo son factores de riesgo a considerar en el establecimiento de una disfunción temporomandibular, visto en los resultados de esta investigación y en otras realizada en la literatura consultada <sup>139,140</sup>

Carranza<sup>143</sup> apunta que las desarmonías entre la relación céntrica, máxima intercuspidad y la mordida cruzada unilateral tienen potencial predisposición para la aparición de alteraciones articulares, acercándose a los resultados obtenidos.

Las variables que generan presión intraarticular, como el estrés que por lo general se manifiesta en los pacientes con bruxismo y la masticación unilateral, que también produce sobrecarga en una de las articulaciones, mostraron valores porcentuales elevados para casi todos los síntomas y signos tomados del Test de Krogh Paulsen. Igualmente se observó que el aumento de la sobrecarga es el factor de riesgo que más dañó la función masticatoria, y esto se debe tener en cuenta para encaminar los estudios de diagnósticos en la población, sobre todo en la atención primaria que es donde mayor desempeño se debe tener, con el fin de evitar la enfermedad antes de tratarla.

## **CONCLUSIONES**

Las afecciones estomatológicas en las mujeres de edad mediana resultaron más frecuentes a partir de los 50 años.

La gingivo-estomatitis fue una afección muy frecuente en las mujeres de edad mediana independientemente de la edad.

Las lesiones por el uso de prótesis estomatológica y la presencia de trastornos temporomandibulares constituyeron afecciones muy frecuentes sobre todo en las mujeres mayores de 50 años.

La presencia de trastornos temporomandibulares no se relacionó con síntomas moderados o muy molestos del síndrome climatérico.

## **RECOMENDACIONES**

Profundizar en el estudio de la salud de las mujeres de mediana edad en el nivel primario de salud, mediante la generalización del Modelo de Atención a la Mujer Climatérica (MACLI), propuesto por el Comité de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología.

Realizar como método de profilaxis el Test de Krogh- Paulsen a todas las mujeres de edad mediana que asisten a consulta de Estomatología, previniendo así afecciones bucales y trastornos temporomandibulares futuros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Albert E. Frases célebres. jMerren Mobile-Apps Developers Copyright © 2013.
- 2) Navarro D. Climaterio y Menopausia. De médica a mujer. 2a ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2006.
- 3) Capote MI, Segredo AM, Gómez O. Climaterio y menopausia. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2011; 27(4): 543-557.
- 4) Lugones BM, Ramírez BM. Lo social y lo cultural: Su importancia en la mujer de edad mediana. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2008; 34(1).
- 5) Lugones BM, Ramírez BM. Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia. Rev. Cubana Med Gen Integr oct.-dic. 2008. 24(4).
- 6) Artilles L, Navarro D, Manzano B. Climaterio y Menopausia: Un enfoque desde lo social. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.
- 7) Anuario Estadístico de Salud 2012. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud La Habana, abril 2013.
- 8) Colectivo de Autores. II Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia. Taller Nacional de Actualización y Revisión. Sección de Climaterio y Menopausia. Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia. La Habana: Editorial CIMEQ; 2006.
- 9) Herrera VR, Torres RM. Algunos componentes del estado de salud de la mujer cubana. Rev Cubana Salud Pública. 2009; 35(1).
- 10) Salgado de Zinder N, Soc D, Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Pública Méx. 2007; 49(supl 4).
- 11) Castañeda IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Salud Pública. 2007; 33(2).
- 12) Novak. Tratado de Ginecología. 12a ed. México DF: Interamericana; 2002.
- 13) Navarro D. Diabetes Mellitus, Menopausia y Osteoporosis. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.
- 14) Siobán D, Pangaja P. Menstruation and the Menopause Transition. Obstet Gynecol Clin North Am. 2011; 38(3): 595-607.
- 15) Chunyan H, Kraft P, Chasman DI, Buring JE, Chen C, Hankinson SE, et al. A largescale candidate-gene association studies of age at menarche and age at natural menopause. Hum Genet. 2010; 128(5): 515-527.

- 16) Heredia HB, Lugones BM. Edad de la menopausia y su relación con el hábito de fumar, estado marital y laboral. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2007; 33(3).
- 17) Delgado Peruyera L. Características sociodemográficas de las mujeres de edad mediana en Cuba. *Revista* 16 de abril. 2014; (254):7-16 15
- 18) Mikkelsen TF, Graff-Iversen S, Sundby J, Bjertness E. Early menopause, association with tobacco smoking, coffee consumption and other lifestyle factors: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2007; 7(1): 149.
- 19) Plante BJ, Cooper GS, Baird DD, Steiner AZ. The impact of smoking on antimüllerian hormone levels in women aged 38 to 50 years. *Menopause.* 2010; 17(3): 571.
- 20) Meczekalski B, Podfigurna-Stopa A. Genetics of premature ovarian failure. *Minerva Endocrinol.* 2010; 35(4): 195-209.
- 21) Wiacek M, Jegal BS, Hagner W, Hagner-Derengowska M, Zubrzyckil Z. Age- and menopause-related differences in physiological factors of health quality in women aged 35-60. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011; 54(2), 385-390.
- 22) Morris DH, Jones ME, Schoemaker MJ, Ashworth A, Swerdlow AJ. Familial concordance for age at natural menopause: results from the Breakthrough Generations Study. *Menopause.* 2011; 18(9), 956-961.
- 23) Monterrosa-Castro A, Blümel JE, Portela-Buelvas K, Mezones-Holguín E, Barón G, et al. Type II diabetes mellitus and menopause: a multinational study. *Climacteric.* 2013; 16(6), 663- 672.
- 24) Anderson RA, Nelson SM, Wallace WH. Measuring anti-Müllerian hormone for the assessment of ovarian reserve: When and for who is it indicated? *Maturitas.* 2011; 71(1), 28- 33.
- 25) Visser JA, Schipper I, Laven JS, Themmen AP. Anti-Müllerian hormone: an ovarian reserve marker in primary ovarian insufficiency. *Nat Rev Endocrinol.* 2012; 8(6), 331-341.
- 26) Mendoza N, Sánchez-Borrego R, Cancelo MJ, Calvo A, Checa MA, Cortés J, et al. Position of the Spanish Menopause Society regarding the management of perimenopause. *Maturitas.* 2013; 74(3), 283-290.
- 27) Pérez-Alcalá I, Sievert LL, Obermeyer CM, Reher DS. Cross cultural analysis of factors associated with age at natural menopause among latin-american

- immigrants to Madrid and their spanish neighbors. *Am J Hum Biol.* 2013; 25(6), 780-788.
- 28) Taher YA, Ben Emhemed HM, Tawati AM. Menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Libyan women. *Climacteric.* 2012; 16(1), 179-184.
- 29) Siseles ON, Gutiérrez P. El climaterio en Latinoamérica: estado actual y tendencias futuras. Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio. 2007. Disponible en: [http://www.aapec.org/trab\\_cientificos/28.htm](http://www.aapec.org/trab_cientificos/28.htm)
- 30) Lugones M, Valdés S, Pérez J. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (I). *Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2001; 27(1): 16-21.
- 31) Navarro D, Padrón RS, Seuc A, Desdin M. Factores relacionados con las características del síndrome climatérico en un grupo de mujeres cubanas. *Rev. Cubana Endocrinol.* 1999; 10(2): 116-123.
- 32) Santisteban SR. Atención Integral a las mujeres climatéricas desde el nivel Primario de Salud. Junio 2000-06. La Habana. 2007 (Trabajo para optar por el grado científico de Doctora en Ciencias Médicas).
- 33) Lugones M, Córdova AM, Dávalos ST. La salud integral de la mujer en el climaterio. *Rev Sexología y Sociedad.* 2003; 9(23), 28-32.
- 34) Navarro D, Xiqués T, Pérez A. Características clínicas y sociales de la mujer en etapa climatérica. *Rev. Cubana Endocrinología.* 1996. 7(1): 10-4.
- 35) Corral A, Pérez J. Clasificación del síndrome climatérico en mujeres de edad mediana, Ciudad de La Habana, 2003 (I). *Rev. Cubana Med Gen Integr.* 2009; 25(1).
- 36) Alfonso Fraga JC. El descenso de la fecundidad en Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. *Rev Cubana Salud Pública.* 2006; 32(1).
- 37) López L, Gran Álvarez MA, Felipe AM. Evolución de la fecundidad en Cuba en las últimas cinco décadas. *Rev. Temas Estadísticos de Salud.* 2005; 1(2).
- 38) Rodríguez G. La fecundidad cubana entre los fines del siglo XX y principios del XXI. *Rev. Cubana Salud Pública.* 2008; 34(1)
- 39) Franco MC, González D E, Fernández JC. Caracterización de la población femenina con ideales reproductivos por encima del reemplazo. *Rev Cubana Salud Pública.* 2006; 32(1).
- 40) Liu K, Case A. Advanced reproductive age and fertility. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011; 33(11): 1165-75.

- 41) Lugones M, Navarro DD. Síndrome climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2006; 32(1).
- 42) Delgado L. Caracterización de los trastornos menstruales y el sangrado posmenopáusico en mujeres de edad mediana. Rev Panorama Cuba y Salud. 2010; 5(1): 37-43.
- 43) Jiménez MC, Enríquez B, Puentes EM. Comportamiento y tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 36(2): 160-172.
- 44) Shridhar K, Walia GK, Aggarwal A, Gulati S, Geetha AV, Prabhakaran D, et al. DNA methylation markers for oral pre-cancer progression: A critical review. Oral Oncol [revista en Internet]. 2016 [citado 20 marzo 2016];53:1-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4788701>
- 45) Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. MINSAP. Cuba, 1992.
- 46) Ribeiro IL, Medeiros JJ, Rodrigues LV, Valença AM, Lima Neto E de A. Factors associated with lip and oral cavity cancer. Rev Bras Epidemiol [revista en Internet]. 2015 [citado 20 agosto 2015];18(3):618-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500030008>
- 47) Villa A, Gohel A. Oral potentially malignant disorders in a large dental population. J Appl Oral Sci [revista en Internet]. 2014 [citado 2015 Sep 01]; 22(6):473-476. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-77572014000600473&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572014000600473&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1678-775720140254>
- 48) Batista Marrero K, Niño Peña A, Borrego Chi Y. Factores de riesgo genéticos de cáncer bucal. CCM [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Ago 24]; 18(4):740-743. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000400014&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000400014&lng=es)
- 49) Miguel Soca PE, Almaguer Herrera A, Ponce de León D, Sales Márquez H, Pérez Rodríguez H. El cáncer una enfermedad genética. CCM [revista en Internet]. 2007 [citado 22 agosto 2015];11(3). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no113/n113rev1.htm>

- 50)Jurel SK, Gupta DS, Singh RD, Singh M, Srivastava S. Genes and oral cancer. Indian J Hum Genet [revista en Internet]. 2014 [citado 29 agosto 2015];20(1):4-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4065477>
- 51)Legorreta D, Montaña JA, Hernández I, Salinas C, Hernández-Bueno JA. Age at menopause, motives for consultation and symptoms reported by 40-59-year-old Mexican women. Climacteric. 2012; 16(4), 417-425.
- 52)Lemus Cruz LM, Triana K, Del Valle Selenenko O, Fuertes Rufin L, Sáez Carriera R. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Rev Cubana Estomatología[serie en internet]. 2009 ene-mar [citado 18 Junio 2012]; 46(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100003&script=sci_arttext)
- 53). Rodríguez V, Arellano I, Zambrano R, Roldani MT. Lesiones de los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de dentaduras totales. Los Nevados, estado Mérida. Rev Odontológica de los Andes [serie en internet]. 2007 ene-jun [citado 4 Junio 2012]; 2(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=47169&id\\_seccion=2994&id\\_ejemplar=4780&id\\_revista=177](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=47169&id_seccion=2994&id_ejemplar=4780&id_revista=177)
- 54)Ceccotti E. Micosis bucales. En: Ceccotti E. Clínica estomatológica SIDA, cáncer y otras afecciones. Buenos Aires: Panamericana; 1993.p.162-4.
- 55)Santana JC. Candidiasis de la mucosa bucal. En: Santana JC. Infección por el VIH en el complejo bucal. La Habana: Ciencias Médicas; 2000.p.73-87.
- 56)Lazarde J, Mazzali de Lija R, Perrone M. Estudio sobre la transmisión de Candida albicans entre parejas conyugales. Acta Odont Venez 1990;28(1):41-5.
- 57)Ceballos A. Micosis bucales. En: Ceballos A. Medicina bucal. Granada: Gráficas Anel;1993.p.60-6.
- 58)Burket LW. Lesiones blancas. En: Burket LW. Medicina bucal. Diagnóstico y tratamiento.6.a ed. México DF: Interamericana; 1973.p.83-91.
- 59)Lockhart SR, Joly S , Vargas K, Swails-Wenger J, Enger L, Soll DR. Natural defenses against Candida colonization breakdown in the oral cavities of the elderly. J Dent Res 1999;78(4):857-68.

- 60) McMullan-Vogel CG, Jude HD, Ollert MW, Vogel CW. Serotype distribution and secretory acid proteinase activity of *Candida albicans* isolated from the oral mucosa of patients with denture stomatitis. *Oral Microbiol Immunol* 1999;14(3):183-9.
- 61) Cossío Capellán T. Prótesis estomatológica T1. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1989.
- 62) Río Highsmith J del. *Odontología integrada para adultos*. Madrid: Editorial Pues; 1999.
- 63) Lazarde J. Estomatitis subprotésica. *Acta Odontol Venez*. 2001;39(3):9–17.
- 64) Saizar P. *Prótesis a placa*. La Habana: Ciencia y Técnica; 1970.
- 65) PHARMADENT. Bony plus traz á tona a importância da higiene bucal na 3a idade. *Ortodontia*. 2000;33(3):97.
- 66) Río Highsmith J del. Modelos guías de instrucciones de manejo, cuidado y mantenimiento de las prótesis dentales convencionales [en línea]. 2002 octubre 28 [fecha de acceso 14 de enero de 2003]. URL disponible en: <http://www.infomed.es/cnavarra/pdf/instrucciones.pdf>
- 67) Herazo Acuña B. La odontología para el tercer milenio. *Rev Fed Odontol Colombia*. 1998;(194):93–5.
- 68) Carranza FA. *Compendio de periodoncia*. 5ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996.
- 69) Pinzón Pulido SA, Gil Montoya JA. Validación del Índice de Valoración de Salud Oral en Geriátrica en una población geriátrica institucionalizada de Granada. *Rev Española Ger Gerontol*. 1999;34(5):273-82.
- 70) Cañada Madinazcoitia L, Martínez Vázquez de Prada JA, Río Highsmith J del. Tratamientos prostodóncicos en pacientes geriátricos. *RCOE*. 2001;6(2):187–93.
- 71) Chagas IJ das, Nascimento A do, Silveira MM da. Atención odontológica a idosos na OCM: uma análise epidemiológica. *Rev Bras Odontol*. 2000;57(5):332–5.
- 72) Torres Curi EM, Rosales JM. Relación entre el uso nocturno y la adaptación a la prótesis estomatológica. *Rev Cubana Estomatol*. 2000;37(2):77–83.
- 73) Munevar Torres AM, Rojas García JK, Marín Zuluaga DJ. Perfil epidemiológico bucal de los pacientes de 55 años y más que asisten a las clínicas del geronte a la facultad de odontología de la UN durante el primer

semestre del año 2000 y cuál es la percepción que tienen estos pacientes sobre su propio estado de salud bucal. *Rev Fed Odontol Colombia*. 2001–2002;(201):7–32.

- 74) Abreu de la Huerta M del C, Sanjurjo Álvarez M del C, Fornaris Frías MF. Conocimientos y hábitos en pacientes portadores de prótesis dentales en relación con su uso y cuidados. *Rev MEDISAN*. 2000;4(4):23-7.
- 75) *Carvalho de Oliveira TR*. Avaliação nutricional e protética de pacientes senescentes totalmente desdentados. São Paulo: s.n; 2001. p. 106).
- 76) (Bell W.E.: *Orofacial Pains: Classification Diagnoses and Management*. 3rd. de. Chicago. Year Book Medical Publisher, 1985
- 77) (Krough Poulsen W.G., Olsson, A.: *Occlusal dysharmonies and dysfunction of the stomatognathic system*. *Dent Clinic*. North Am. Nov.1996)
- 78) Meneghim M de C, Saliba NA. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba–SP. *RPG*. 2000;7(1):7–13.
- 79) Penna P, Gil C. Estudio de um dos aspectos psicossomáticos relacionados com as desordens craniomandibulares. *RPG*. 2006;13(2):181-5.
- 80) Bernardi M, Bussadori S, Fernandes K, Biasotto-Gonzalez D. Correlação entre estresse e cefaléia tensional. *Fisioter Mov*. 2008;21(1):87-93. <http://scielo.sld.cu/26279>.
- 81) Botelho AP, Veiga MC. Influence of sex on temporomandibular disorder pain: a review of occurrence and development. *Braz. J Oral Sci*. 2008;7(26):1631-5.
- 82) Pérez García LM, Saez Luna M, Castillo Hernández R, Soto Cantero L, Grau Avalo R. Impacto funcional del activador de Klammt según la magnitud del avance mandibular. *Gaceta Médica Espirituana [revista en la Internet]*. 2003; [citado julio 2012];5(1)[5 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.5.\(1\)\\_03/p3.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.5.(1)_03/p3.html)
- 83) Navarro D. *Diabetes Mellitus, Menopausia y Osteoporosis*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.
- 84) Rossouw, J.E.; Anderson, G.L.; Prentice, R.L.; LaCroix, A.Z.; Kooperberg, C.; Stefanick, M.L. *et al.* (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women’s Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 288 (3), 321-333.

- 85) Schapira, M.M.; Gilligan, M.A.; McAuliffe, T.L. & 27
- 86) Nattinger, A.B. (2004). Menopausal hormone therapy decisions: insights from a multi-attribute model. *Patient. Educ. Couns.* 52 (1), 89-95.
- 87) Rapp, S.; Espeland, M.; Shumaker, M.; Henderson, V.; Brunner, R.; Manson, J. *et col.* (2003). Bowen Effect of Estrogen Plus Progestin on Global Cognitive Function in Postmenopausal Women: The Women's Health Initiative Memory Study: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 289 (20), 2663-2672.
- 88) Teoman, N.; Ozcan, A. & Acar, B. (2004). The effect of exercise on physical fitness and quality of life in postmenopausal women. *Maturitas* 47 (1), 71-77
- 89) Sección climaterio y menopausia. Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. II Consenso cubano sobre climaterio y menopausia. [texto en Internet]. 2006 [citado 2012 Mar 12]. Disponible en: <http://www.scog.sld.cu/Articulos/consenso2006seccclimymenop.pdf>
- 90) Santisteban Alba S. Atención integral a las mujeres de edad mediana. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* [revista en la Internet] 2011 [citado 2013 Ene 12];37(2): 251-70. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2011000200015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000200015&lng=es)
- 91) López-Alegría F, De Lorenzi DR. Lifestyles and quality of life of post menopausal women. *Rev Med Chil.* 2011 May;139(5):618-24.
- 92) Lilue M, Palacios S. Non-hormonal treatment for vasomotor symptoms during menopause: role of desvenlafaxine. *Ginecol Obstet Mex.* 2009;77(10):475-81.
- 93) España Pons M, Puig Clota M, Pérez González A, Rebollo Alvarez P. Nocturia in female with symptoms of urinary incontinence: analysis of associated clinical and urodynamic variables. *Actas Urol Esp.* 2005;29(4):378-86.
- 94) Valadares AL, Pinto-Neto AM, Conde DM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L. The opinion of women on menopause and treatment of its symptoms. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54(4):299-304.
- 95) Hernández-Valencia M, Córdova-Pérez N, Basurto L, Saucedo R, Vargas C, Vargas A, Ruiz M, Manuel L, Zárate A. Frequency of symptoms of the climacteric syndrome. *Ginecol Obstet Mex.* 2010;78(4):232-7.

- 96)Pérez Piñero J, Martínez Morales M.A, Sarmiento Leyva M. Escala climatérica como instrumento para la clasificación de la severidad del Síndrome Climatérico. En: Artilos Visbal L, Navarro Despaigne D, Manzano Ovies Blanca R. Climatorio y Menopausia. Un enfoque desde lo Social. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007. p.501-12.
- 97)Pérez García E, Aldana Calva E, Ruelas Franco MG, Díaz Romero RM. Frecuencia de trastornos temporomandibulares en mujeres climatéricas en el Instituto Nacional de Perinatología. Revista ADM. 2005;62(3):85-90.
- 98)García I, Navarro D.Influencia del entorno familiar en la mujer en etapa climatérica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011; 27(2)143-154
- 99)Velasco V, Fernández IH, Ojeda RI, Padilla I, De la Cruz L.:Conocimientos, experiencias y conductas durante el climatorio y la menopausia en las usuárias de los servicios de medicina familiar del IMSS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 45 (6): 549-56.
- 100) Lugones M, Navarro D: Síndrome climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa. Rev Cubana Obstet Ginecol.[Internet]. 2006 Abr [citado 2016 Abr 16] ; 32( 1 ): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2006000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100002&lng=es).
- 101) Salazar A, Barriga OA. Percepción de las mujeres y sus parejas sobre la calidad de vida en el climatorio. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2011; 76(2): 64-70
- 102) Navarro D , Mayans G, Almarales C, Sosa O, Rivas E, Nicolau O. Calidad del hueso en mujeres de edad mediana Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2007 Abr [citado 2016 Abr 17] ; 18( 1 ): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532007000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000100002&lng=es).
- 103) Navarro D, Fontaine Y. Síndrome climatérico: su repercusión social en mujeres de edad mediana. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17(2):169-176
- 104) García I, Navarro D.Influencia del entorno familiar en la mujer en etapa climatérica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011; 27(2)143-154
- 105) Velasco V, Fernández IH, Ojeda RI, Padilla I, De la Cruz L.:Conocimientos, experiencias y conductas durante el climatorio y la

- menopausia en las usuárias de los servicios de medicina familiar del IMSS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 45 (6): 549-56
- 106) Lugones M, Navarro D: Síndrome climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa. Rev Cubana Obstet Ginecol.[Internet]. 2006 Abr [citado 2016 Abr 16] ; 32( 1 ): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2006000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100002&lng=es).
- 107) Couto D, Nápoles D. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. MEDISAN. 2012 (16)8 1185-94
- 108) Artiles L, Navarro DA, Manzano BR. Género, categoría de impacto en la criticidad del síndrome climatérico. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 1998 [acceso 12 abr 2009];14(6):527-32. Disponible
- 109) Capote MI, Segredo AM, Gómez O. Satisfacción de mujeres en etapa climatérica en Brisas del Golfo, República Bolivariana de Venezuela (2005-2007) Rev Cubana Med Gen Integr. 2012; 28(1):114-22
- 110) Yanes M, Chio I, Pérez R. Satisfacción personal de la mujer de edad mediana y su relación con otros factores de la vida cotidiana. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012; 38(2):199-213
- 111) De la Llera Suárez, Álvarez Sintés R. Modo, condiciones y estilo de vida. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral Vol. 1 Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2008, p 77
- 112) Ruiz-Sandoval JL. Estilos de vida y prevención primaria y secundaria de enfermedad vascular cerebral. Revista de Investigación Clínica. 2010; 62(2):181-191.
- 113) Quirantes AJ; López M; Hernández E; Pérez A. Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. Rev Cubana Salud Pública.[Internet]. 2009 Sep [citado 2016 Abr 17] ; 35( 3 ): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000300014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300014&lng=es)
- 114) Nápoles González I de J, Díaz Gómez SM, Puig Capote E, Espeso Nápoles N. La candidiasis en pacientes con estomatitis sub- prótesis. Arch Med Camagüey [Internet]. 2008 [citado 14 de ene del 2015];12(6): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n6/amc03608.htm>

- 115) García Alpízar B, Capote Valladares M, Morales Montes de Oca T. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Rev Finlay [Internet]. 2012 [citado 2015 feb 24];2(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99>
- 116) Gutiérrez Segura M, Sánchez Ramírez Y, Castillo Santiesteban Y. Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. CCM [Internet]. Dic 2013 [citado 24 Feb 2015];17(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156043812013000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812013000400005&lng=es)
- 117) Ávila Chiong G, Rojas Pérez S, Peláez Bello R, Rodríguez Guirado H, Prado Ramos A. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes de la Clínica Estomatológica “Héroes de Bolivia”. Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2014 [citado 23 Jun 2015];39(7):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/18>
- 118) Moret de González YN. Prevalencia de lesiones benignas y desórdenes potencialmente malignos que afectan la mucosa bucal en pacientes adultos. Acta Odont Venez [Internet]. 2014 [citado 22 Mar 2015];52 (1):[aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art15.asp>
- 119) Moreno JA, Montoya AF, Gómez DP, Arbolea A, Zea FJ, Agudelo AA. Oral health profile and denture status of bimaxillary edentulous patients assisted at Universidad de Antioquia's School of Dentistry: A pilot study. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet]. 2012 [citado 23 Jun 2015];24(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v24n1/v24n1a03.pdf>
- 120) García Alpízar B, Benet Rodríguez M, Castillo Betancourt E. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor: una preocupación de todos. MediSur [Internet]. 2010 [citado 24 Feb 2015];8(1):[aprox. 5 p.].

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727897X2010000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2010000100008&lng=es)

- 121) Sánchez Ramírez Y, Ruiz Delgado M, Batista Riverón S, Gutiérrez Serrano C, Cordero López M. Lesiones de la mucosa y tipo de prótesis en el adulto. CCM. 2013 [citado 18 Sep 2014];17(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1254>
- 122) Díaz Martell Y, Martell Forte I de la C, Zamora Díaz Javier D. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes portadores de prótesis estomatológicas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Sep 2007 [citado 24 Feb 2015];44(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475072007000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072007000300002&lng=es)
- 123) Romero Junquera CR, García Rodríguez B, Genicio Ortega S. Estado prostodóncico y salud bucal en pacientes que solicitaron reparaciones protésicas . CCM [Internet]. 2015 Mar [citado 26 Jun 2015];19(1): [aprox. 2 p.]. 166
- 124) Moret de González YN. Prevalencia de lesiones benignas y desórdenes potencialmente malignos que afectan la mucosa bucal en pacientes adultos. Acta Odont Venez [Internet]. 2014 [citado 22 Mar 2015];52 (1):[aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art15.asp>
- 125) Moreno JA, Montoya AF, Gómez DP, Arbole-da A, Zea FJ, Agudelo AA. Oral health profile and denture status of bimaxillary edentulous patients assisted at Universidad de Antioquia's School of Dentistry: A pilot study. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet]. 2012 [citado 23 Jun 2015];24(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v24n1/v24n1a03.pdf>
- 126) *Pérez Hernández*. Rehabilitación protésica en las lesiones bucales del adulto. Clínica Estomatológica Hermanos Saiz. San Juan y Martínez. Rev Ciencias Médicas vol.19 no.1 Pinar del Río ene.-feb. 2015
- 127) Reyes FM, Espeso N, Hernández A. Promoción de salud bucal en la Tercera edad en un Centro Comunitario de Salud Mental. Rev Archivo

Médico Camaguey[serie en internet]. 2009 may-jun[citado 7 septiembre 2013]; 13(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000300002&script=sci_arttext)

- 128) Ruiz Candina, Herrera Batista · Prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto. Policlínico Manuel Fajardo de Jaimanitas. Rev Cubana Invest Bioméd v.28 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2009
- 129) Cangussu MCT, Coelho E de O, Castellanos FRA. Condições de saúde bucal em adultos e idosos em Itatiba / SP, Brasil \_ 2000. Rev Odontol. UNESP 2001; 30(2): 245 \_ 56.
- 130) Cormack EF. A saúde oral do idoso [en línea] 2002 marzo 11. Disponible en: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=174&=19&kr=s> (fecha de acceso 12 de diciembre de 2006).
- 131) Carranza FA. Periodontología clínica de Glickman. 6ed. Mexico: Nueva Editorial Interamericana; 1986.p.88-92; 327-8; 436-9.
- 132) Espeso Nápoles N, Mulet García M, Gómez Mariño M, Más Sarabia M. Enfermedad periodontal en la tercera edad. Revista "Archivo Médico de Camagüey" 2006; 10(1). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n1-2006/2034.htm> . Consultado: 25 de octubre de 2008.
- 133) Bravo M, Llodra JC, Cortés J. Epidemiología y salud dental en España y Portugal. En Sanz M, editor. 1<sup>er</sup> Workshop Ibérico Control de placa e higiene buco dental Madrid: Ergón, 2003: 311-41.
- 134) Aguilar Vallejo. Enfermedad periodontal y climaterio.Clínica Estomatológica Docente "José Luis Tassende", Santiago de Cuba, Cuba. MEDISAN vol.18 no.2 Santiago de Cuba feb. 2014
- 135) Ribeiro Fontanini, C R, Ribeiro A, Atilas A, Natanael *et al*. Evaluación periodontal de pacientes portadores de Diabetes Mellitus. *Rev. Cubana Estomatol*, Mayo-ago. 2006, 43, no. 2, p.0-0. ISSN 0034-7507
- 136) Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL 3rd. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental

- findings. *J Pain.* 2009;10(5):447-85. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156043812015000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812015000100005&lng=es)
- 137) Algozaín Acosta Yudit, Viñas García Mileydis, Capote Leyva Eliseo, Rodríguez Llanes Ricardo. Comportamiento clínico del síndrome dolor disfunción del aparato temporomandibular en una consulta de urgencias estomatológicas. *Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet].* 2009 Jun [citado 2012 Oct 20]; 46(2):. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072009000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000200004&lng=es)
- 138) Guler N, Yatmaz PI, Ataoglu H, Uckan S. Temporomandibular internal derangement: Correlation of MRI findings with clinical symptoms of pain and joint sound in patients with bruxing behaviour. *Dentomaxillofac Radiol.* 2003; 32(5):304-10. <http://scielo.sld.cu> 263 <http://scielo.sld.cu> 264
- 139) Lobbezoo F. Topical review: new insights into the pathology and diagnosis of disorders of the temporomandibular joint. *J Orofac Pain.* 2004;18(3):181-91.
- 140) Leventhal AJ, Dennerstein J, Fugate Woods N, Halbreich U, Kotz K, Richardson G, et al. Arthralgias, bodily aches and pains and somatic complaints in midlife women: etiology, pathophysiology and differential diagnosis. *Expert Review of Neurotherapeutics.* 2007;7(11):515-26.
- 141) Leventhal AJ, Dennerstein L, Woods NF, Halbreich U, McEwen BS, Kotz K, et al. Role of stressful life events and menopausal stage in wellbeing and health. *Expert Rev Neurother.* 2007;7(11):93-113.
- 142) Tommaso M. Pain perception during menstrual cycle. *Curr Pain Headache Rep.* 2011;15(5):400-6.
- 143) Carranza Lira S, Flores Miranda MA, Gómez Brigada I. Comparison of climacteric syndrome symptoms among perimenopausal women from Mexico City and one Zapotec community of Oaxaca, Mexico. *Ginecol Obstet Mex.* 2010;78(2):116-20.
- 144) Reyes Cañizales A. ¿Problemas de mujeres?: La menopausia y el climaterio a la luz de la Bioantropología. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer.* 2008; 30(13):77-87

## **Anexo 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Nuestra visita tiene por objetivo hacer una entrevista para saber la presencia de algunos factores de riesgo que pueden haber influido en la enfermedad que usted presenta y por la cual se está tratando en la consulta de salud bucal. Además, realizarle algunas preguntas para conocer algunos aspectos personales que pueden influir en su calidad de vida y que pueden ser modificables.

Todos los datos recogidos serán personales y sólo serán utilizados con el fin investigativo y se garantiza la total confidencialidad.

Si está de acuerdo en cooperar con la entrevista, necesitamos exprese su aceptación y conformidad con su firma.

Fecha:

Firma de la paciente

Firma del médico/odontólogo

Firma de la enfermera

## Anexo 2

### Formulario para la recolección de la información

#### Datos generales

1-Edad:\_\_\_\_\_

Fecha:\_\_\_\_\_

2. Escolaridad: \_\_\_\_\_ (1) Ninguna (2) Primaria Incompleta (3) Primaria  
(4) Secundaria (5) Media (6) Universitaria (11) No sabe (12) No responde

3. Trabaja actualmente: \_\_\_\_\_ (1) Si (2) No (3) Jubilado (11) No sabe  
(12) No responde

4. Cual es o era su ocupación: \_\_\_\_\_ (1) Ama de Casa (2) Obrero (3)  
Servicios  
(4) Técnico (5) Profesional (11) No sabe (12) No responde

#### Actitudes, Conocimientos, Expectativas y Creencias:

6-Acostumbra usted a Cepillarse los Dientes: \_\_\_\_\_  
(1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

7-Cuántas veces al día: \_\_\_\_\_  
(1) Ninguna (2) 1 vez (3) 2 veces (4) 3 veces (5) 4 veces (12) No  
responde

8- Usa usted algún tipo de Prótesis: \_\_\_\_\_  
(1) Si (2) No (12) No responde

9- Duerme usted con la Prótesis: \_\_\_\_\_  
(1) Si (2) No (12) No responde

10- En caso de usar Prótesis con que las limpia: \_\_\_\_\_ (una sola  
respuesta)  
(1) Con un Cepillos Dental  
(2) Solo con Agua Corriente  
(3) Los remoja en Agua Corriente durante la Noche  
(4) Con Agua y Jabón  
(5) Otra. Cual: \_\_\_\_\_  
(11) No sabe (12) No responde

11- Cuántas veces al día los limpia: \_\_\_\_\_  
(1) Ninguna (2) Una Vez (3) 2 Veces (4) 3 Veces (5) 4 Veces  
(12) No responde

12-Con qué periodicidad cambia la prótesis:  
(1)\_\_\_Menos de 1 año  
(2)\_\_\_Anualmente  
(3)\_\_\_Cada 2 años  
(4)\_\_\_Cada 3 años

- (5)\_\_\_Cada 4 años
- (6)\_\_\_Cada 5 años
- (7)\_\_\_A partir de 5 años, en adelante
- (8)\_\_\_Nunca
- (9)\_\_\_No responde

13-Como usted cree que una persona que le sangran las encías pueda evitarlo. (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que dé el encuestado).

- (1) Conocer cómo cuidarse -----
- (2) Revisarse periódicamente para detectar enfermedades -----
- (3) Cepillarse bien los dientes -----
- (4) Usar hilo dental -----
- (5) Usando medicamentos -----
- (6) Comiendo alimentos blandos -----
- (7) Cepillarse después de cada comida -----
- (8) Otra. Cual: -----
- (11) No sabe -----
- (12) No responde -----

14. Ha padecido de alguno de estos síntomas bucales (No lea la lista de opciones, marque con una "X" las respuestas que de el encuestado en caso de ser positiva).

- (1) \_\_\_\_\_ardor intenso
- (2) \_\_\_\_\_sensación espontanea de quemazón en la lengua, los labios y las encías, sin presentarse lesiones reconocibles
- (3) \_\_\_\_\_cambios en el gusto y en el aliento
- (4) \_\_\_\_\_sequedad de boca
- (5) \_\_\_\_\_dificultad para tragar
- (6) \_\_\_\_\_dolor facial o dental
- (7) \_\_\_\_\_Otra. Cual: \_\_\_\_\_
- (8) \_\_\_\_\_No responde

15-Ha padecido de hongo en la boca (Moniliasis o candidiasis de la mucosa bucal)

- (1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

### Anexo 3

Escala climatérica para medir severidad del síndrome climatérico

	Ausente (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Severo (3)	Peso	Puntos
<b>SÍNTOMAS CIRCULATORIOS</b>						
Sofocos u oleadas de calor					4	
Sudoraciones nocturnas					4	
Palpitaciones					2	
Parestesias-hiperestesias					2	
Dolores de cabeza					1	
Subtotal circulatorios						
<b>SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS</b>						
Insomnio					3	
Nerviosismo					3	
Irritabilidad					3	
Labilidad emocional					3	
Disminución interés sexual					3	
Pérdida capacidad memoria-concentración					2	
Apatía					2	
Tristeza					2	
Miedos					1	
Subtotal psicológicos						
<b>SÍNTOMAS GENITOURINARIOS</b>						
Dispareunia					3	
Disminución placer sexual					3	
Sequedad vaginal	Ausente (0)		Presente (2)		3	
Atrofia genital	Ausente (0)		Presente (2)		3	
Incontinencia urinaria					1	
Polaquiuria					1	
Disuria					1	
Subtotal genitourinarios						

SÍNTOMAS GENERALES						
Dolores musculares-osteoarticulares					2	
Aumento de peso					2	
Vértigos					1	
Sequedad mucosa oral					1	
Astenia					1	
Pérdida de peso					1	
Sequedad de la piel	Ausente (0)		Presente (2)		1	
	Subtotal generales					
				Total		

### Instructivo para la clasificación del síndrome climatérico

Para el puntaje total:		
Asintomático		De 0 a 24 puntos
Leve		De 25 a 50 puntos
Moderado		De 51 a 80 puntos
Muy molesto		81 puntos o más
Paras de síntomas circulatorios:		
Asintomático		De 0 a 6 puntos
Leve		De 7 a 14 puntos
Moderado		De 15 a 23 puntos
Muy molesto		24 puntos o más
Para subescala de síntomas psicológicos:		
Asintomático		De 0 a 9 puntos
Leve		De 10 a 19 puntos
Moderado		De 20 a 32 puntos
Muy molesto		33 puntos o más
Para subescala de síntomas genitourinarios:		
Asintomático		De 0 a 1 punto
Leve		De 2 a 7 puntos
Moderado		De 8 a 16 puntos
Muy molesto		17 puntos o más

Para subescala de síntomas generales:		
Asintomático		De 0 a 3 puntos
Leve		De 4 a 6 puntos
Moderado		De 7 a 11 puntos
Muy molesto		12 puntos o más

#### **Anexo 4. Test de Krogh- Paulsen:**

Explora de forma ordenada y secuencial los distintos componentes de la articulación temporomandibular (grupos musculares, articulación mandibular y oclusión dentaria). Diagnostica disfunción, riesgo y perturbación de la ATM.

**Riesgo:** Cuando estén presentes dos ítems, y perturbación: solamente la presencia de un ítems.

**Factores de riesgo:** Bruxismo (fuerza involuntaria sobre superficies dentales: apretamiento y rechinar diurno y nocturno), estrés, pérdida de dientes, exodoncia del tercer molar, hábitos parafuncionales, interferencias oclusales, masticación unilateral, resalte, sobrepase, mordida cruzada anterior y posterior.

**Disfunción:** Determinar la función o disfunción del sistema estomatognático es una información básica y necesaria antes de comenzar cualquier tratamiento dental, ya sea clínico o quirúrgico que requiera abertura bucal por largo periodo de tiempo. Cuando estén presentes tres ítems del *test de Krogh Paulsen* o presentes el seis y nueve.

**Perturbación:** Desórdenes del sueño

El test de Krogh- Paulsen consta de 9 indicadores de disfunción, que se resumen en un cuadro como se muestra a continuación:

Signos y síntomas	Derecha		Izquierda	
	Sí	No	Sí	No
1. Abertura menor de 40 mm				
2. Irregularidades en mov. de abertura y cierre				
3. Dolor muscular a la palpación				
4. Dolor en ATM				
5. Chasquido o crujido				
6. Traba en apertura y cierre				
7. Inestabilidad entre RC y PMI				
8. Deslizamiento anterior > 1 mm				
9. Deslizamiento lateral				

## Descripción:

1. Restricción de la apertura: Cuando la separación entre los bordes incisales superiores e inferiores en apertura máxima, más el sobrepase a ese nivel es menor que 40 mm.
2. Irregularidades en el movimiento de apertura y cierre: Al observar cualquier zigzagado o desviación durante esos movimientos.
3. Dolor muscular a la palpación: Si el paciente refiere dolor al palpar o manipular los puntos indicados para cada músculo (Pterigoideos Interno y Externo, Masetero y Temporal), se marca si en el cuadro.
4. Dolor en la ATM: Con el dedo meñique en el conducto auditivo externo se presiona hacia adelante y se hace abrir y cerrar la boca. En esta maniobra y en las anteriores hay que usar el lado opuesto como control, y se le da importancia al elemento comparativo entre un lado y otro.
5. Chasquido o crujido: Se puede determinar por audición simple o auxiliándonos del estetoscopio.
6. Traba: Limitación de la apertura, que solamente se puede vencer con esfuerzo y seguida, generalmente de desviación mandibular acompañada de chasquido.
7. Posición del primer contacto muscular diferente de PMI (Inestabilidad entre RC y PMI): Se le pide al paciente que en posición postural y con la vista al frente, trague saliva, se humedezca los labios con la punta de la lengua y que deje la mandíbula suelta (sin contacto dentario). Se le pregunta la sensación que experimenta. Existen cuatro posibles respuestas de paciente: si sienten contactos simultáneos en ambos lados (a) o no se puede identificar diferencia (b) es indicación de estabilidad entre RC y PMI. Si toca un lado antes que el otro (c) o solamente delante (d) existe inestabilidad entre estas dos posiciones y se marca "Si" en el cuadro.
8. RC a más de 1 mm (sagitalmente) de PMI: Se manipula la mandíbula y se determina si existe desplazamiento mandibular mayor de 1 mm en el segmento final del arco de cierre.
9. Desplazamiento lateral de RC a PMI: Se considera positivo si el deslizamiento mandibular en el segmento final del cierre tiene un componente lateral.

## Categorización:

Sano \_\_\_\_\_ Ningún aspecto positivo

Perturbación \_\_\_\_\_ Un aspecto positivo

Riesgo \_\_\_\_\_ Dos aspectos positivo

Disfunción \_\_\_\_\_ Tres aspectos positivos

Ítems 6 o 9 positivos (son determinantes)