



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA:

“MENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE LA
CAVIDAD BUCAL”

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTOR:

Ivan Javier Gorozabel Mera

DIRECTOR DE TESIS:

Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg.Ge.

Portoviejo – Manabí – Ecuador

2012

DEDICATORIA.

Dedico éste trabajo investigativo a:

Dios, que me da fuerzas para seguir adelante y me ha dado todo lo necesario para culminar mi trabajo.

A mis padres con mucho cariño, Iván Gorozabel y Cecilia Mera por su apoyo, amor y educación, verdaderos propulsores para lograr mis metas.

A mis hermanos Luis y Cynthia por su compañía y paciencia en todo el trayecto de este trabajo.

IVAN JAVIER.

AGRADECIMIENTO.

A Dios por permitirme cumplir con esta meta de culminar mi trabajo, por su apoyo incondicional ya que sin El nada hubiera sido posible.

Agradezco a mis padres el Sr. Ivan Gorozabel y la Sra. Cecilia Mera por su amor, educación y paciencia.

A mis hermanos por su preocupación y apoyo incondicional.

A todo el personal del Sub centro de Salud El Naranjo donde realicé esta investigación, los cuales siempre me mostraron su colaboración desinteresada para la culminación de este trabajo investigativo.

IVAN JAVIER.

CERTIFICACIÓN.

Dra. TATIANA MOREIRA SOLORZANO Mg. Ge. Certifica que la tesis de investigación titulada **“MENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE LA CAVIDAD BUCAL”**, es trabajo original de **IVAN JAVIER GOROZABEL MERA**, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. TATIANA MOREIRA SOLÒRZANO. Mg. Ge.

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

“MENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE LA CAVIDAD BUCAL”

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Dra. Ángela Murillo Almache Mg. Sp.

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. Ge.

DIRECTORA DE TESIS

Dr. César Burgos Mg. Ge.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Katuska Briones Solórzano Mg. Ge.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Gladys Vaca Guerrero Mg. Sc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Julia Morales Loor.

SECRETARIA ACADÉMICA

DECLARATORIA

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo titulado **“MENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE LA CAVIDAD BUCAL”** pertenece exclusivamente al autor:

GOROZABEL MERA IVAN JAVIER

INTRODUCCIÒN.

La menopausia es un proceso fisiológico que acontece en la quinta década de la mujer y en el que tiene lugar el cese permanente de la menstruación. Este proceso tiene como base unos cambios hormonales que tendrán como consecuencia una serie de manifestaciones clínicas de tipo general que han cobrado especial importancia por el aumento de la esperanza de vida en la mujer, lo que significa que la mayoría de estas mujeres padecerán dichos síntomas durante la última tercera parte de su vida. Sin embargo, no son sólo los síntomas generales (sofocos y alteraciones psicológicas) los que se manifiestan en la mujer menopaúsica, sino que también se producen síntomas a nivel oral. Así pues, existe un aumento en la incidencia de xerostomía, el síndrome de Sjögren, el conocido síndrome de ardor bucal y la discutida prevalencia de enfermedades periodontales.

El manejo odontológico de estas pacientes presenta ciertas peculiaridades que deben ser consideradas, tales como el empleo de estimulantes de la secreción salival o de sustitutivos de la saliva en el caso de la hiposialía. No obstante, una correcta prevención, con un buen control de placa bacteriana, disminuirá los riesgos de aparición de muchas de las infecciones a nivel oral.

El presente trabajo investigativo se basa en los diferentes trastornos de la cavidad oral que padecen las mujeres con menopausia, para lo cual se trabajó con una muestra de estas, que acuden a al sub centro El Naranja.

ANTECEDENTES

El Sub Centro de Salud El Naranjo, se encuentra ubicado en la parroquia Simón Bolívar de la provincia de Manabí en el cantón de Portoviejo. Se inauguró y entró en servicio en Octubre de 1981 gracias a los esfuerzos realizados por los moradores al ver las necesidades de este servicio, ante la noble causa del Consejo Provincial de Manabí y el Ministerio de Salud Publica; a partir de ese año poco a poco el subcentro se ha ido implementado. En odontología la población asignada es de 4408 pacientes anualmente de los cuales 450 están entre 45 a 64 años y de 65 en adelante son 352, esta área presta casi todos los servicios menos ortodoncia y prótesis a placa.

A nivel de la mucosa oral podemos encontrar cierto número de afecciones que aparecen en las mujeres con menopausia. Entre ellas, vamos a destacar las más frecuentes o que revisten mayor importancia clínica: En primer lugar consideraremos el síndrome de boca ardiente. También es conocido como glosodinea, glosopirosis, glosalgia, ardor bucal, estomatodinia y estomatopirosis.

El síndrome de ardor bucal también es frecuente en las mujeres postmenopaúsicas, y se caracteriza por un ardor intenso y una sensación espontánea de quemazón que afecta principalmente a la lengua y a veces a los labios y a la encía.

A pesar de los intensos síntomas de dolor y ardor, por lo general, no presenta lesiones reconocibles. Además de ardor bucal, los pacientes

refieren cambios en el gusto, en el aliento, sequedad de boca, dificultad para tragar y dolor facial o dental.

El sub centro de salud El Naranjo se escogió para la investigación de campo, debido a que no existe ningún trabajo de investigación con respecto al tema a tratar, constituyéndose en un trabajo inédito.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La menopausia es un proceso fisiológico que acontece en la quinta década de la mujer y en el que tiene lugar el cese permanente de la menstruación. Este proceso tiene como base unos cambios hormonales que tendrán como consecuencia una serie de manifestaciones clínicas de tipo general que han cobrado especial importancia por el aumento de la esperanza de vida en la mujer, lo que significa que la mayoría de estas mujeres padecerán dichos síntomas durante la última tercera parte de su vida. Sin embargo, no son sólo los síntomas generales (sofocos y alteraciones psicológicas) los que se manifiestan en la mujer menopáusica, sino que también se producen síntomas a nivel oral. Así pues, existe un aumento en la incidencia de xerostomía, afecciones como el liquen plano, el penfigoide benigno, el síndrome de Sjögren, el conocido síndrome de ardor bucal y la discutida prevalencia de enfermedades periodontales.

A nivel mundial la media de edad de aparición está entre 40-60 años. Con el incremento de edad los problemas bucales se hacen más marcados, por lo que se sugiere que la menopausia juega un papel importante en la incidencia de estas alteraciones.

Entre los factores etiológicos, destacan la aparición de ciertos microorganismos (Candida albicans, estafilococos, estreptococos y

anaerobios), la presencia de xerostomía (que se asocia con el síndrome de Sjögren, ansiedad y fármacos), trastornos nutricionales en relación con el complejo vitamínico B o el hierro, anemias (perniciosa o ferropénica), ciertos traumatismos mecánicos (hábitos bucales anómalos, irritación crónica por prótesis), y otras causas de tipo idiopático

En un estudio con mujeres menopáusicas de 30 a 63 años que estaban recibiendo tratamiento para controlar sus síntomas, encontraron que un 33% tenían síntomas orales, entre los que se encontraba el ardor bucal, pero no había evidencia de alteraciones orgánicas que pudieran explicar los mismos. Se comprobó que la prevalencia de los síntomas orales era significativamente mayor en las mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas (43%) que en las mujeres premenopáusicas (6%).

En Sudamérica en mujeres posmenopáusicas puede encontrarse ardor bucal en 43% de ellas, alteración del gusto en 27% o ambos síntomas en 30% de las pacientes. Además, la piel y mucosas se ven afectadas por sequedad, prurito, son fácilmente traumatizadas, pierden elasticidad y flexibilidad.

Se observó que la séptima década de la vida fue la más afectada y la menos afectada, la novena. Predominaron las mujeres viudas (45.5%) sobre las casadas (36.4%) y las divorciadas (18.2%). Las pacientes de este estudio estaban en la etapa de la posmenopausia (54.5%) y la vejez (45.5%). Al comparar los tiempos de evolución del dolor en cavidad bucal y el tiempo transcurrido desde que ocurrió la menopausia, se observó que 90.9% de las pacientes tenía más tiempo de haber experimentado la

menopausia que el dolor y sólo una reportó que la menopausia y la sintomatología bucal comenzaron a la par.

A nivel del Ecuador con el 60,10%, precisó el estudio presentando patologías como el síndrome de ardor bucal, dificultad para tragar alimentos, mal aliento, y con un 30% enfermedad periodontal.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿De qué manera incide la menopausia en los trastornos de la cavidad bucal en las pacientes que acuden al Sub Centro de Salud El Naranjo?

CAPÍTULO II

2. JUSTIFICACIÓN

La menopausia se ha considerado como uno de los problemas que pueden afectar la cavidad bucal en las mujeres que atraviesan esta etapa, debido a la falta de información sobre las medidas preventivas que puedan tomar ante estos sucesos y a la atención oportuna de médicos especializados.

Este tema es de interés para el investigador y de gran expectativa para estas mujeres que cruzan la etapa de la menopausia, porque a través de este estudio se podrá describir los diferentes trastornos y así proponer medidas preventivas precisas para mantener su salud bucal en óptimas condiciones.

Esta investigación tendrá un impacto positivo para la población ya que se busca mejorar la calidad de vida de las mujeres, la prevención de diversas enfermedades y el mantenimiento de una buena salud en general, ya que ayudará a que esta población que se ve afectada por estos trastornos puedan recibir atención odontológica a tiempo.

La investigación generará conclusiones y propuesta alternativa de solución a esta problemática que afecta a la población, y que a su vez significa un aporte para las diferentes especialidades tales como Periodoncia, Operatoria Dental, Prostodoncia. Esta investigación constituye una herramienta de análisis a futuros médicos odontólogos

para enfrentar cualquier tipo de anomalía que se presente en la cavidad bucal identificándola y realizando un diagnóstico, pronóstico y aplicando plan de tratamientos efectivos que conserven la salud oral.

La realización de esta investigación es factible ya que existe la necesidad de atender eficazmente esta problemática que se presenta en las mujeres en esta etapa de la menopausia. La colaboración desinteresada de quienes conforman el Sub Centro de Salud El Naranjo para tener acceso a estas mujeres y realizar las indagaciones que permitirá llevar a cabo este estudio , ya que no existe registro anterior de éste tipo de investigaciones.

CAPÍTULO III

3. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

Determinar la relación de la menopausia con los trastornos de la cavidad bucal en las mujeres que acuden al Sub Centro de Salud El Naranjo.

3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar las pacientes con menopausia para determinar la incidencia de trastornos bucales.
- Evaluar el estado anímico de las mujeres menopáusicas para relacionarlo con el desinterés por su salud oral.
- Relacionar los cambios en el organismo para compararlo con los problemas periodontales que presentan las mujeres con menopausia.
- Identificar los hábitos alimenticios de las mujeres con menopausia para valorar los problemas cariogénicos por descalcificación.
- Diseñar una propuesta de solución al problema planteado.

CAPÍTULO IV

4. HIPÓTESIS

La menopausia incide significativamente en los trastornos de la cavidad bucal en las mujeres de 40 a 60 años que acuden al sub centro de salud El Naranjo.

CAPITULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Marco institucional

Esta investigación tiene como escenario el Sub Centro de Salud El Naranjo, que se encuentra ubicado en la parroquia Simón Bolívar de la provincia de Manabí en el cantón de Portoviejo. Se inauguró y entró en servicio en Octubre de 1981 gracias a los esfuerzos realizados por los moradores al ver las necesidades de este servicio, ante la noble causa del Consejo Provincial de Manabí y el Ministerio de Salud Pública; a partir de ese año poco a poco el Sub Centro se ha ido implementado. Los servicios de consultas médicas entran en función al año siguiente de su inauguración y han venido elaborando algunos médicos brindando su servicio rural, actualmente se encuentra la Dra. Andrea Torres (directora) Lcda. Irlanda Moreira (enfermera), Sra. Nelly Moreira (auxiliar de enfermería), Dr. Marco Flores (odontólogo) Sra. Olaya Moreira (auxiliar de servicio), interna de enfermería e interno de odontología.

En odontología la población asignada es de 4408 pacientes anualmente de los cuales 450 están entre 45 a 64 años y de 65 en adelante son 352, esta área presta casi todos los servicios menos ortodoncia y prótesis a placa.

5.2. MENOPAUSIA

5.2.1. Definición

Northrup presenta la siguiente definición de menopausia:

Menopausia proviene de las palabras griegas meno ("mes" y "menstruo") y pausis ("pausa") que significa "el último período menstrual". El último período en las mujeres se presenta a la edad promedio de cincuenta y dos años, pero algunas pueden comenzar a los cuarenta años y otras hasta los cincuenta y ocho años aproximadamente. A partir de esta edad las mujeres empiezan a presentar una serie de trastornos de conducta y de ánimo que afectan a la salud en general¹.

Isoflavones expone: "La menopausia es el período que termina la fase reproductiva de la mujer. La menopausia empieza al terminar la menstruación. Con el tiempo los ovarios pierden gradualmente la habilidad de producir estrógeno y progesterona, las hormonas que regulan el ciclo menstrual"². Como la producción de estrógeno disminuye, la ovulación y menstruación ocurren a muy menudo, y eventualmente se detienen. La menstruación puede detenerse antes debido a una enfermedad o a una histerectomía. En estos casos hablamos de menopausia inducida.

5.2.2. Fisiopatología

Dentro de la biología y fisiología del sistema neuroendocrinológico de la mujer la madurez del eje sexual se inicia en la adolescencia. Entre los 11 y los 20 años se desarrollan los caracteres sexuales secundarios (desarrollo mamario, vello sexual, púbico y axilar). El tiempo que sigue es

¹ Northrup, Christiane. (2009). *Lo placeres secretos de la menopausia*. 1º Edición. Estados Unidos: Editorial Jill kramer.

² <http://www.isoflavones.info/es./menopausia.php>

relativamente estable luego del término de la madurez física y del cese del crecimiento somático. En condiciones normales durante la etapa reproductiva los ciclos menstruales se suceden regularmente produciendo desarrollo folicular y ovulación en cada ciclo.

A partir de los 40 años (edad que resulta variable de persona a persona), empiezan a aparecer algunos trastornos en cada ciclo de la mujer. La disminución de la cantidad y calidad de los folículos provoca una disminución de la inhibina ovárica. Esta, a su vez, provocará un incremento de la FSH. Progresivamente, la función folicular disminuye terminando en ciclos anovulatorios. Posteriormente, la producción de estrógeno por parte de los folículos del tejido ovárico remanente también disminuye, hasta desaparecer. Durante este período de transición, la presencia de estrógenos permite la proliferación endometrial y a pesar de no haber progesterona para madurar este endometrio, pueden persistir flujos rojos irregulares llamados metrorragias disfuncionales o menstruaciones en ciclos anovulatorios. Cuando la secreción estrogénica disminuye bajo un nivel crítico ya no existe proliferación endometrial y cesan las menstruaciones.

Se define como menopausia a la última regla. El término climaterio define todo el período de transición de la era reproductiva a los años post reproductivos.

Todos los cambios endocrinos y síntomas y signos característicos del período climatérico podrán verse incluso antes del cese de las reglas, es decir la menopausia propiamente tal.

5.2.3. EL CLIMATERIO

5.2.3.1. Definición

Según umbral comunicación expresa "Es el periodo durante el cual se producen diversos cambios en el organismo de todas las mujeres, por lo general ocurre entre los 45 y 53 años de edad. El climaterio se origina a partir de la disminución más o menos acelerada de la producción de las hormonas sexuales; uno de los cambios más significativos en el cuerpo de la mujer es la terminación de la función reproductora que se manifiesta con el cese de la menstruación"³.

Ulla expresa que⁴, Los tres síntomas más importantes y explicativos del climaterio son las menstruaciones irregulares, los sofocos y los sudores, así como fluctuaciones anímicas que suceden repentinamente. Sin embargo, sólo se puede hablar con absoluta seguridad de climaterio una vez realizado un test hormonal.

5.2.3.2. Prevención

Prolongar el período de máxima energía física y actividad mental y social. El médico debe acompañar a la mujer en este periodo de la vida detectar precozmente las enfermedades crónicas: como la hipertensión, enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, cáncer.

³ <http://www.umbralcomunicacion.org/publica/folleto.pdf>

⁴ Ulla, Rahn. (2009). *La menopausia: Guía práctica Supera los desafíos físicos y psicológicos de la menopausia*. Barcelona: edición Robinbook.

5.2.4. Manifestaciones de la menopausia

Germán Castello expresa: "Las manifestaciones clínicas de la menopausia se pueden dividir en 3 grupos, de acuerdo a su aparición: Los síntomas a corto plazo, que surgen desde el comienzo del climaterio y persisten durante los primeros años de la menopausia. Los síntomas a mediano plazo que se hacen patentes más o menos 2 a 3 años después del momento de la menopausia y los síntomas a largo plazo que aparecen 5 o más años luego de la menopausia en los cuales se hace muy difícil determinar hasta qué punto contribuyen los fenómenos propios del envejecimiento"⁵.

5.2.4.1. A corto plazo son: Alteraciones en el ciclo, oleadas de calor, sudoración, insomnio, palpitaciones irritabilidad, depresión, ansiedad, dolores generalizados, pérdida de la memoria, aumento de peso.

5.2.4.2. A mediano plazo: Atrofia, resequedad de la vagina, infecciones urinarias, pérdida de la elasticidad de la piel, sequedad de los ojos.

5.2.4.3. A largo plazo: Osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, artritis, tumores, demencia.

Salin expresa, "También algunas de estas manifestaciones de la menopausia ya mencionadas pueden complicar el diagnóstico de depresión, algunos de estas manifestaciones son: dificultades para dormir, irritabilidad, ansiedad, dificultades para concentrarse, entre otros que pueden estar enmascarando un cuadro de depresión mayor"⁶.

⁵http://www.asomenopausia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=61:generalidades-sobre-la-menopausia-y-el-climaterio&catid=41:comunidades&Itemid=57

⁶ Salin, Rafael . (2007). *El Matriarcado y la Forja de Nuestros Rasgos Especificamente Humanos: El papel de la mujer en la evolución de nuestra especie*. Barcelona: Editor Lulu.com.

5.2.5. LA DEPRESIÓN

Luis San Molina expresa, Con frecuencia las mujeres presentan una depresión alrededor de los 40 a 50 años, coincidiendo con la menopausia, posiblemente causada por una disminución de la cantidad de hormonas por lo que el 80 % de las mujeres sufren alteraciones del carácter y depresión en esta fase de su vida. El tratamiento se realiza con antidepresivos o con hormonas (terapia hormonal sustitutiva)⁷.

Según Molina dice⁸: Se ha descrito que los pacientes con depresión tienen deteriorada su salud bucal, sufriendo un aumento de caries, candidiasis oral y xerostomía. Estos cambios estarían vinculados con la farmacoterapia empleada y por el abandono de hábitos de higiene oral debido a las alteraciones del ánimo de los pacientes.

Menopausia feliz expresa: "El principal síntoma de la depresión es la tristeza, los otros síntomas suelen ser temor a tomar decisiones, pérdida del apetito, pensamientos pesimistas o relacionados con la muerte, y enorme dificultad en disfrutar de las situaciones que antes nos producían placer. Por último, También puede haber síntomas físicos como dolor generalizado en el cuerpo, dolores de cabeza, problemas digestivos. Etc.

Las personas deprimidas tienen a menudo bajos niveles de vitamina B6 y está demostrado que la vitamina B12 y el ácido fólico juegan un papel esencial en el mantenimiento de un sistema nervioso saludable. La carencia de cualquiera de estas vitaminas puede llevar a la depresión.

⁷ San Molina, Luis. (2010). *El Médico en casa: Comprender la depresión*. Barcelona: Editor Amat SL.

⁸ (San Molina, Luis. (2010). *El médico en casa: comprender la depresión*)

También influye mucho la falta de vitamina C, B1, B6, así como la carencia de hierro, calcio y magnesio. Para mantenerlas en sus niveles apropiados, es necesario tener una dieta rica que aporte todos esos elementos a diario o reforzar nuestra dieta habitual con complementos vitamínicos"⁹

5.2.6. SOFOCACIONES

En lo que respecta a las sofocaciones en la menopausia, Rodés expone:

“Las sofocaciones están vinculadas a esta etapa de la vida de la mujer, pueden aparecer ya durante la pre menopausia cuando comienzan a alterarse los periodos menstruales, y desaparecen en general espontáneamente al cabo de un tiempo tras estabilizarse el desequilibrio hormonal que se produce en la transición de la menopausia”¹⁰.

De 3 de 4 mujeres experimentan sofocos (o bochornos) continuos durante la menopausia, las sofocaciones se perciben primero en el cuerpo y después pasan rápidamente al rostro. Pueden durar algunos segundos o minutos, las pacientes pueden experimentar hasta 3 sofocaciones por día sin ver afectada su vida diaria. Sin embargo, en otros casos, las pacientes pueden experimentar hasta 20 sofocaciones por día lo cual sí altera la rutina diaria

5.2.6.1. Tratamiento

Rodés al hablar del tratamiento de las sofocaciones expresa lo siguiente:

El tratamiento para la menopausia depende de muchos factores, entre ellas, la gravedad de los síntomas, su salud general y su

⁹ <http://www.menopausiafeliz.net/index.php?/depresionymenopausia.html>

¹⁰ Rodés, Juan. (2007). *Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA*. Barcelona: Edición Rodés.

preferencia. Éste puede incluir cambios en el estilo de vida o terapia hormonal.

Hay muchos estrógenos disponibles. Estos compuestos generalmente pueden ser clasificados como naturales, naturales/sintéticos, o sintéticos. Aunque se podría pensar que los estrógenos naturales son más seguros y son igualmente o más eficaces que los estrógenos sintéticos; sin embargo, los receptores de estrógenos (REs) no puede distinguir entre estrógenos químicamente idénticos de fuentes diferentes¹¹.

5.2.6.2. Hormoterapia

El tratamiento con hormonas puede ayudar si la mujer tiene sofocos graves, sudoración nocturna, problemas con el estado de ánimo o resequedad vaginal. La hormonoterapia es un tratamiento con estrógenos y algunas veces con progesterona.

Hable con el médico sobre los beneficios y los riesgos de la hormonoterapia. Su médico debe conocer toda su historia médica antes de recetarle la hormonoterapia (HT). Conozca acerca de otras opciones que no involucran la ingesta de hormonas.

Algunos estudios grandes han cuestionado los riesgos y beneficios de la hormonoterapia para la salud, entre ellos, el riesgo de cáncer de mama, ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares y coágulos de sangre.

Las pautas actuales apoyan el uso de la hormonoterapia para el tratamiento de los sofocos. Recomendaciones específicas:

- La hormonoterapia se puede iniciar en mujeres que recientemente hayan entrado en la menopausia.

¹¹ Bajo, José. (2009). *Fundamentos de ginecología*. España: Editorial Panamericana.

- La hormonoterapia no se debe emplear en mujeres que hayan comenzado la menopausia hace muchos años, excepto las cremas vaginales con estrógenos.
- El medicamento no se debe utilizar por más de 5 años.
- Las mujeres que toman hormonoterapia tienen un riesgo bajo de accidente cerebrovascular, cardiopatía, coágulos de sangre o cáncer de mama.

Para reducir los riesgos de una hormonoterapia con estrógenos, el médico puede recomendar:

- Utilizar una dosis más baja de estrógeno o una preparación diferente de estrógeno (por ejemplo una crema vaginal o un parche en la piel en vez de una pastilla).
- Someterse a exámenes pélvicos y citologías vaginales regulares y frecuentes para detectar problemas lo más temprano posible.
- Someterse a exámenes físicos frecuentes y regulares, entre ellos, exámenes de mama y mamografías.

Si la paciente tiene útero y decide tomar estrógenos, también debería tomar progesterona para prevenir cáncer del revestimiento del útero (cáncer de endometrio). Si usted no tiene útero, no necesita tomar progesterona.

5.2.6.3. Alternativas a la hormonoterapia: Según David Zieve expone: "Hay algunos medicamentos disponibles para ayudar con los cambios en

el estado de ánimo, los sofocos y otros síntomas. Estos medicamentos son, entre otros:

- Antidepresivos tales como paroxetina (Paxil), venlafaxina (Effexor), bupropión (Wellbutrin) y fluoxetina (Prozac).
- Un medicamento antihipertensivo llamado clonidina.
- La gabapentina, un medicamento anticonvulsivo que también ayuda a reducir los sofocos¹².

5.2.6.3.1. Cambios en el estilo de vida y en la dieta

No siempre se necesita de las hormonas para reducir los síntomas de la menopausia. Existen muchas medidas que se pueden adoptar para reducirlos:

Cambios en la dieta:

- Evite la cafeína, el alcohol, y los alimentos condimentados.
- Consuma alimentos de soya; la soya contiene estrógenos.
- Consuma suficiente calcio y vitamina D de alimentos y suplementos.

5.2.6.3.2. Ejercicio y técnicas de relajación:

- Haga mucho ejercicio.
- Haga los ejercicios de Kegel diariamente. Éstos fortalecen los músculos de la vagina y la pelvis.

¹² <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000894.htm>

- Practique respiraciones lentas y profundas cada vez que comience un sofoco. Trate de tomar 6 respiraciones por minuto.
- Ensaye con yoga, tai chi o meditación.

5.2.6.3.3. Otros consejos

- Vístase con ropa ligera y en capas.
- Permanezca sexualmente activa.
- Utilice lubricantes a base de agua durante la relación sexual.
- Acuda a un acupunturista

5.2.6.4. Manejo de la menopausia en casa

La menopausia casi siempre es un evento natural que normalmente ocurre entre las edades de 40 y 60 años.

Los períodos menstruales se detendrán lentamente con el tiempo. Durante este tiempo, los períodos se pueden dar con un intervalo más estrecho o más amplio. Este patrón puede durar de 1 a 3 años.

Susan Storck expresa "El flujo menstrual puede detenerse súbitamente después de cirugías para extirpar los ovarios, quimioterapia o ciertos tratamientos hormonales para el cáncer de mama.

Los sofocos y los sudores son peores durante los primeros 1 a 2 años después del último período. Los síntomas de la menopausia pueden durar 5 o más años"¹³.

¹³ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000392.htm>.

5.2.6.4.1. Tomar hormonas

El médico puede recetar hormonoterapia para aliviar los síntomas de la menopausia tales como sofocos, problemas para dormir y síntomas vaginales.

Las hormonas se deben tomar de la manera como el médico las recete y se le debe preguntar qué se debe hacer si se pasa por alto una dosis.

Al tomar las hormonas, se debe:

- Tener controles cuidadosamente con el médico. Preguntarle cuándo se necesita mamografías o un examen para evaluar los huesos.
- No fumar. El tabaquismo aumentará la probabilidad de coágulos de sangre en las piernas o los pulmones.
- Informar sobre cualquier nuevo sangrado vaginal inmediatamente al médico, al igual que un sangrado menstrual que aparece con más frecuencia o es más intenso.

5.2.6.4.2. Manejo de los sofocos

Para ayudar a controlar los sofocos:

- Vestirse con ropas ligeras y en capas. Tratar de mantener un ambiente fresco.
- Practicar respiración profunda y lenta cuando comience a aparecer un sofoco (ensayar tomando seis respiraciones por minuto).
- Probar con técnicas de relajación tales como el yoga, el tai chi o la meditación.

Vigilar lo que se come o se bebe puede mejorar los síntomas y ayudar a dormir:

- Comer a horas regulares cada día. Consumir una alimentación saludable con mucha fruta y verduras y baja en grasa.
- Las leches y otros productos lácteos contienen triptófano, que puede ayudar a inducir el sueño.
- Evitar el café, las bebidas colas con cafeína y las bebidas energizantes por completo, si se puede. Si no, tratar de no consumir ninguna después de la primera parte de la tarde.
- El alcohol puede empeorar los síntomas y con frecuencia lleva a un sueño más interrumpido¹⁴.

Northrup recomienda: Reduzca los alimentos que contiene almidón (como las papas y maíz), también el arroz blanco y cualquier producto a base de harina blanca, incluyendo panes, roscas, pasteles y galletas. Todos ellos tiene muchos carbohidratos de alto índice glucémico, los cuales incrementa demasiado y rápidamente los niveles de azúcar e insulina alta no solo disminuyen su oxido nítrico sino que esos dos factores también causan que su cuerpo almacene grasa. No tiene que eliminar por completo los carbohidratos, pero consúmalos con moderación, y cuando lo haga escoja la versión más sana por ejemplo una papa al horno es más saludable que las papas fritas. Obtener suficiente proteínas ayuda a prevenir los antojos de carbohidratos.¹⁵

5.2.6.5. Tratamientos de los trastornos psicológicos

Haya expresa¹⁶, Los trastornos psicológicos debidos a la privación estrogénica responden bien a la terapia hormonal con estrógenos y

¹⁴ Haya, Francisco. (2007). *Uso práctico de la fitoterapia en ginecología*. Madrid: Editorial Panamericana.

¹⁵ Northrup, Cristhiane. (2008). *Los placeres secretos de la menopausia*. Estados unidos: Editorial Jill kramer.

¹⁶(Haya, Francisco. (2007). *Uso práctico de la fitoterapia en ginecología*.)

progesterona. No precisan tratamiento con progesterona si la mujer está hysterectomizada. Los efectos de la tibolona son beneficiosos según los estudios clínicos realizados, mejora el estado anímico y la fatiga, reduce la irritabilidad, el insomnio y aumenta el tono vital. Pero no todas las mujeres son tratadas con terapia hormonal. Hasta hace unos años, la medicina convencional había tratado los sofocos y otros síntomas de la menopausia mediante estrógenos, con buenos resultados. Sin embargo, a raíz de diversos ensayos clínicos que han detectado efectos secundarios en las pacientes, se ha puesto en duda la seguridad de esta eficaz terapia, y en la actualidad la incidencia de mujeres tratadas con terapia hormonal está por debajo del 5%.

Por ello, muchas mujeres con una elevada sensación cancero fóbica y también médicos han decidido prescindir de este tipo de tratamiento y considerar otras opciones naturales, la terapia alternativa natural, la fitoterapia, para no arriesgarse a sufrir los efectos secundarios. La soja de origen oriental puede ser una alternativa eficaz contra las molestias propias de la menopausia; es eficaz respecto a los sofocos que presentan muchas mujeres, con un buen grado de evidencia. Por otra parte, si disminuye la clínica vasomotora, la mujer duerme mejor y está menos irritable, por lo que mejorará su calidad de vida. Junto con la soja, existen otras plantas extraídas de la naturaleza con eficacia demostrada en la clínica psicológica y que se describen más adelante. El clínico debe ser consciente de la dificultad de diferenciar cuándo las alteraciones del sueño son debidas a los cambios hormonales y cuándo existen otros problemas de orden psicológico responsables de dicha sintomatología.

Tampoco se debe olvidar que las medidas de higiene del sueño, como promover cambios de estilo de vida saludables, aprender a tratar el estrés, el ejercicio físico y mejorar las relaciones personales deberían ser siempre recomendadas antes de iniciar un tratamiento farmacológico.

Es imprescindible, por tanto, una anamnesis adecuada con el fin de descartar una etiología no menopáusica de los trastornos psicológicos de la mujer. En este caso, no precisará terapia hormonal ni fitofármacos, sino que será adecuado tratar con ansiolíticos, antidepresivos o con hipnóticos o inductores del sueño, según sea la patología diagnosticada. De todas maneras, estas terapias farmacológicas no descartan tratar los síntomas neurovegetativos o de otro tipo asociados al déficit estrogénico.

5.2.7. Tipos de menopausia

5.2.7.1. Menopausia natural

Se produce por el cese gradual y fisiológico de la función ovárica. La mayoría de las mujeres comienzan la menopausia lentamente a lo largo de varios años. Esto se llama "Menopausia Natural" Después de la menopausia natural una mujer ya no puede quedar más embarazada

5.2.7.2. Menopausia quirúrgica

Foros Univisión expresa: "Una mujer tiene "Menopausia Quirúrgica" cuando los ovarios son extirpados quirúrgicamente. La extirpación de ambos ovarios causa menopausia de inmediato y no lentamente. A veces, a algunas mujeres, les extirpan el útero (Matriz). La extirpación del útero se llama Histerectomía. El útero generalmente se extirpa cuando los

periodos menstruales son muy abundantes o por tumores dentro del útero. La extirpación del útero elimina los periodos menstruales para siempre pero no causa ninguno de los otros cambios hormonales de la menopausia"¹⁷.

5.2.7.3. Menopausia precoz o prematura

Se presenta, antes de los 35 y 40 años. Su causa es la insuficiencia ovárica primaria. Algunas veces puede asociarse a alteraciones cromosómicas. Según la Sociedad Internacional de Menopausia, esta sería la que aparece cinco años antes de la edad media de aparición de la menopausia en cada país.

5.2.7.4. Menopausia tardía

Martínez al hablar de la menopausia tardía dice: "Es la que se produce por insuficiencia ovárica, que tiene lugar después de los 55 años"¹⁸.

5.2.8. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA PACIENTE MENOPAÚSICA

Frutos Rosalía expone: "Es responsabilidad del profesional revisar el historial clínico de la paciente y mantenerlo actualizado. Debido a las posibles alteraciones de los tejidos bucales blandos y óseos durante la premenopausia y la pospomenopausia, hay que realizar y documentar un interrogatorio adecuado acerca de los cambios hormonales. Existen innumerables tratamientos para la restitución hormonal desde las terapias de prescripción hasta los abordajes holísticos que requieren control

¹⁷ <http://foro.univision.com/t5/De-paso-por-la-Menopausia-TIPOS-DE-MENOPAUSIA->

¹⁸ Martínez, Ester. (2011). *Segunda Parte Hay Mucha Vida Despues de Los 50*. 2° Edición. Estados Unidos De América: Editorial noufront.

cercano. Muchos fármacos pueden modificar los tiempos de coagulación, prolongar otras medicaciones e interferir con la absorción o efectividad de los agentes suministrados".¹⁹

5.2.8.1. Protocolo básico de tratamiento odontológico en la paciente menopáusica

5.2.8.1.1. Historia clínica:

a) Médica:

Investigación de enfermedades sistémicas (alergias, consumo de fármacos, consumo de medicamentos xerostomizantes).

b) Odontológica:

Exploración meticulosa de mucosa, estado dentario y estado periodontal, flujo salival (cantidad y calidad).

5.2.8.1.2. Interconsulta a especialistas si procede:

Posibilidad de tratamiento sistémico con esteroides.

5.2.8.1.3. Tratamiento Odontológico:

Prevención:

Placa bacteriana:

- Control mecánico.
- Agentes químicos (clorhexidina).

Caries radicular:

- Fluoruros (geles y barnices).

Xerostomía:

- Sustitutos o estimulantes salivales.

¹⁹ http://www.ugr.es/~jagil/menopausia_machuca.pdf

– Saliva artificial si procede.

Tratamiento periodontal:

Fase etiológica: meticulosa y revaluación.

Fase correctiva: valoración del mantenimiento previo.

Tratamiento Conservador/Rehabilitador.

Revaluaciones periódicas.

Evaluación de la calidad ósea previa al tratamiento con implantes.

5.3. MANIFESTACIONES ORALES DE LA MENOPAUSIA

Según Laserna expone:

Esta etapa de la vida de la mujer se caracteriza por la disminución de la actividad de los ovarios y de la producción hormonal que conlleva ciertos cambios en el organismo. 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, sequedad en la boca, halitosis, cambios en el gusto o dificultad para tragar. Extremar los hábitos de higiene bucodental, acudir al especialista periódicamente y recibir un tratamiento médico ayudará a superar estas afecciones bucodentales y mejorar la calidad de vida.²⁰

5.3.1. HALITOSIS

5.3.1.1. Definición

Mejía presenta la siguiente definición de halitosis: “La halitosis o mal aliento es una afección que se da con mucha frecuencia. Puede ser ocasional, como, por ejemplo, al levantarnos por la mañana, o deberse a problemas más serios”²¹.

²⁰ Laserna, Vicente. (2008), *Higiene Dental Personal Diaria*. Canadá: Editorial Trafford.

²¹ Mejía, Magdalena. (2007). *El poder curativo de los alimentos: La salud está en su despensa*. Madrid: Editorial Edaf.

La ciencia médica considera que el mal aliento es un posible síntoma de procesos fisiológicos o patológicos orales y extra-orales, o de inadecuadas prácticas de higiene bucal. También puede aparecer como manifestación de secuelas producidas por hábitos relacionados con la alimentación, el tabaco y el alcohol.

La alimentación puede ser en ocasiones la causante del mal aliento, el hábito de fumar, una falta de higiene bucal, trastornos del aparato digestivo, la diabetes, etc.

Ciertos alimentos pueden ser causantes del mal aliento y deben reducirse o eliminar su consumo. Potenciar los alimentos crudos, verduras y frutas y limitar al máximo las grasas y las salsas.

Es necesario realizar una limpieza a fondo de los dientes después de cada comida, cepillando asimismo la lengua, ya que suele contener bacterias. Comer masticando bien los alimentos, sin presas, y beber mucha agua.

Según Mejía Magdalena al hablar sobre higiene oral en mujeres menopáusicas dice:

“Muchos odontólogos alrededor del planeta, aseguran que las mujeres mayores y que han cumplido su ciclo reproductivo, deben practicar una buena higiene oral, sobre todo deben estar preocupadas por eliminar la placa que se acumula en los dientes, la cual, posteriormente se transformará en caries o en otras enfermedades periodontales”²².

Clínica dental Mallorca expresa: "Entonces, para que las mujeres mayores de 50 años puedan prevenir cualquier tipo de enfermedad en la boca deben visitar al dentista, por lo menos cuatro veces al año a lo largo de la

²² (MEJIA, Magdalena. (2007). *El poder curativo de los alimentos: La salud está en su despensa.*)

etapa de la menopausia. Pero, cabe resaltar, que no es una mala idea que cualquier persona que desee una boca sana y dientes blancos y relucientes visite al odontólogo en una frecuencia de tiempo similar al año"²³.

5.3.1.2. Tipos de halitosis

Existen diversas variaciones que se presentan en este trastorno:

5.3.1.2.1. - Halitosis verdadera: Se determina este tipo de halitosis cuando el aliento desagradable sobrepasa los límites y se convierte en perceptible para los demás.

5.3.1.2.2. Halitosis fisiológica: Aquella que es temporal y se produce en ocasiones concretas como al despertar, tras tomar café, alcohol, comidas fuerte, fumar, etc.

5.3.1.2.3. Halitosis patológica: Según el blog de la salud bucal expresa: "se produce como resultado de la presencia de enfermedades o CVS. Dentro de esta, existen dos subcategorías: halitosis patológica de origen bucal (aproximadamente el 90% de los casos provienen de sustancias de olor desagradable en fuentes orales) y de origen extrabucal (las que provienen de otras fuentes como las vías respiratorias, digestivas u otras causas como la uremia, la falla hepática y la cetoacidosis diabética)."²⁴

5.3.1.3. Prevalencia de la halitosis oral

Sepa expresa:

²³ <http://www.clinicadentalenpalma.com/las-mujeres-menopausicas-tienen-mayor-riesgo-de-problemas-de-salud-oral.html>

²⁴ <http://www.blogsaludbucal.es/archive/2010/09/13/origen-y-tipos-de-halitosis.html>

Existe muy poca información disponible respecto a la prevalencia de la halitosis oral. Revisando los estudios disponibles que hacen referencia a este tema, se podría estimar que ésta varía entre un 6-30% en las poblaciones estudiadas.

La tasa de incidencia hombre y mujer de los pacientes con halitosis es prácticamente 1:1, y tampoco se han encontrado diferencias en lo que respecta a la prevalencia y/o intensidad de la halitosis relacionadas con el sexo. Sin embargo, se ha observado que las mujeres demandan tratamiento más a menudo que los hombres. Y este hallazgo podría explicarse por el hecho de que las mujeres normalmente se preocupan más por su salud y aspecto que los hombres²⁵.

En cuanto a la edad, aunque no se ha encontrado mayor prevalencia en diferentes grupos etarios, sí se ha descrito que los pacientes que se quejan de tener halitosis son principalmente adultos jóvenes

5.3.1.4. Etiología

Distinto de lo que tradicionalmente se piensa, la principal causa de la halitosis es bacteriana. En la boca son comunes bacterias como las anaerobias Gram negativas, que hacen parte de la flora oral y habitan los lugares con poco oxígeno en la cavidad bucal, como los tejidos blandos y especialmente detrás de la lengua. Estas bacterias se alimentan de los desechos de alimentos proteínicos que quedan atrapados en los lugares donde habitan, además consumen células muertas de la dermis y algunas proteínas de la saliva.

Machuca Guillermo expone: "El 90% de los casos de halitosis, detectados en estudios médicos y científicos, son predominantemente de origen oral; el 10% restante se relacionan con afecciones de etiología extraoral, y

²⁵ Sepsa, (2009). *Manual de higiene bucal*. Buenos Aires: Editorial panamericana,

corresponden a patologías características de las vías respiratorias, trastornos sistémicos urémicos y hepáticos, o carcinomas."²⁶

Ceccot al hablar de la halitosis expresa que:

“Otras causas bucales de la halitosis pueden ser la ulceración a causa de diabetes, herpes o trauma, las complicaciones postoperatorias de una amigdalectomía, o cirugía reconstructora oral, cánceres bucales, abscesos dentales, candidiasis, alimentos impactados, restauraciones inapropiadas de los dientes, uso de productos de tabaco alcohol y/o dentaduras sucias”²⁷.

Algunos procesos metabólicos también pueden afectar el olor del aliento.

Esto quiere decir que la manera como se consumen ciertos alimentos y bebidas puede impactar en el aire exhalado.

Si hay un descuido en el cepillado de los dientes y no se utiliza el hilo dental a diario, las partículas del alimento permanecen en la boca, acumulando bacterias, que pueden causar la mala respiración o mal aliento. El alimento que permanece en los dientes, en la lengua y alrededor de las encías puede descomponerse, dejando un olor desagradable. El mal aliento también puede ser causado por boca seca (xerostomía) la cual se produce cuando el flujo de la saliva disminuye.

5.3.1.5. Diagnóstico

Para establecer el origen oral hay varias maniobras:

—Oler el aliento procedente de la boca y la nariz alternativamente orienta sobre el origen del olor. Se pide al paciente que cierre la boca y

²⁶http://www.cuidatualiento.com/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=61

²⁷Ceccot, (2007). *El Diagnóstico en Clínica Estomatológica*. España: Editorial Panamericano.

expulse aire por la nariz: si se detecta mal olor es posible que la causa sea nasofaríngea o sistémica. Si el mal olor se detecta al exhalar aire por la boca, con la nariz tapada, sospechar fuentes orales.

—El olor periodontal procede del área subgingival y del espacio interdental.

—Test de la cuchara: En personas con buena higiene oral, con dientes sanos y salud periodontal, el olor frecuentemente procede de la parte posterior de la lengua. La exploración consiste en el raspado con una cucharilla de plástico en la superficie dorsal de la zona posterior de la lengua. A continuación se compara el olor de la cucharilla con el de toda la boca. En ocasiones se objetiva una cubierta a modo de membrana producida por la placa.

—Goteo postnasal: Se ve secreción amarilla en la cucharilla. El goteo es frecuente, y no significa que exista patología. El goteo no huele, pero al depositarse en la lengua se puede pudrir por la acción de la flora de la lengua.

—Olor de la dentadura: una maniobra puede ser guardar la dentadura en una bolsa de plástico durante unos minutos, y oler posteriormente al abrirla.

—Si no se identifica una causa oral, se recomienda pautar una semana con gargarismos con un potente colutorio antibacteriano (clorhexidina, por ejemplo). Si se reduce significativamente el nivel de mal olor, habrá que seguir investigando una causa oral

5.3.1.5.1. Pauta diagnóstica

Historia clínica

—Historia del consumo de comida, bebidas (alcohol), fármacos, tabaco, etc.

—Centrándose en el propio síntoma de la halitosis: es importante recoger el tiempo de evolución, cómo afecta a su vida diaria y cómo ha sido detectado (por él mismo o su cónyuge, amigos,...). Un olor constante sugiere una enfermedad sistémica o de la cavidad oral. Si es intermitente, es más propio de enfermedades digestivas como el reflujo gastroesofágico. Cualquier precipitante o agravante debe ser investigado.

—Historia médica: descartar las etiologías previamente mencionadas. Si se presentan síntomas generales no diagnosticados (pérdida de peso, astenia, anorexia, etc.) debemos descartar enfermedades sistémicas. Indagar clínica digestiva o respiratoria .Preguntar los antecedentes familiares (diabetes, enfermedades autoinmunes,...).

—Historia dental: evaluar el grado de higiene dental y los tratamientos previos realizados para reducir la halitosis es básico para asegurar la buena educación y el mantenimiento de la higiene.

5.3.1.6. Tratamiento

Monés dice:

La prevención y el tratamiento más efectivo y seguro de la halitosis es una higiene bucodental correcta, que debe incluir: el cepillado regular de los dientes (ideal después de desayuno, comida y antes

de acostarse), pasar el hilo dental por la dentadura (ideal una vez al día) y la limpieza de la capa de recubrimiento de la lengua, mediante un cepillado dirigido sobre todo a la parte posterior de la lengua (la más profunda), que es donde se suele acumular la saburra (capa blanquecina que da el típico aspecto de «lengua sucia»). Se recomienda el uso del enjuague bucal después del cepillado para complementar la higiene oral.

Las visitas regulares al dentista permitirán, mediante la limpieza de la boca, prevenir la enfermedad periodontal y tratar las caries si las hubiere. También permitirán un diagnóstico precoz de gingivitis y, por tanto, un tratamiento precoz y más eficaz²⁸.

5.3.2. ARDOR BUCAL (GLOSODINEA)

Barrancos, acerca del ardor bucal expresa²⁹ : Se presenta por lo general, en mujeres menopáusicas que refieren una sensación de quemazón especialmente en la lengua. Existen antecedentes emocionales de duelos no elaborados. Cuadros de ansiedad y depresión. Clínicamente no puede detectarse ninguna lesión. Los tejidos están totalmente sanos.

5.3.2.1. Clasificación

Basándose en la variación diaria de los síntomas, la glosodinea se divide en 3 tipos:

5.3.2.1.1. Tipo I: pacientes cuyos síntomas empeoran a lo largo del día y llegan a un máximo a última hora de la tarde.

²⁸ Monés, Joan. (2009). *Comprender El Estreñimiento Y la Diarrea*. Barcelona: Editorial Amat.

²⁹ Barrancos, Money. (2007). *Operatoria Dental: Integración clínica*. 4º Edición. España: Edición Panamericana.

5.3.2.1.2. Tipo II: pacientes con molestias importantes desde la mañana, que suelen mantenerse así a lo largo de la jornada.

5.3.2.1.3. Tipo III: se alternan días libres de molestias o bien ardor intermitente.

El SBA presenta un curso evolutivo crónico, aunque en algunos casos puede haber una remisión espontánea de los síntomas.

5.3.2.2. Etiología

Las causas suelen ser múltiples y descartadas las orgánicas (infección por Cándida, alergia a una amalgama o prótesis dental, déficits vitamínicos...), muchas veces es una manifestación más de un cuadro ansioso-depresivo que requiere un tratamiento específico

5.3.2.3. Tratamiento

En el manejo del SBA es imprescindible realizar una evaluación programada comenzando con la historia médica, dental y psicológica completa, incluyendo especialmente la descripción minuciosa de la sintomatología por parte del paciente, teniendo en cuenta ciertos hábitos como el bruxismo y la contracción de la musculatura masticadora que pueden ser manifestaciones de estrés emocional.

El examen clínico de la mucosa oral debe prestar atención especial a la probable existencia de eritema, lengua geográfica, candidiasis, liquen, glositis atrófica, xerostomía, características estructurales de las prótesis dentarias y problemas de oclusión

FITZPATRICK dice: “Se ha comprobado que los tratamientos con sialogogos o antidepresivos junto con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, pentoxifilina o hipnosis mejoran la glosodinea aun cuando es claro que también existe un componente psicògeno”³⁰.

5.3.3. XEROSTOMÍA (BOCA SECA)

5.3.3.1. Definición

Fitzpatrick al definir la xerostomía dice: “La xerostomía es una enfermedad frecuente y debilitante que se produce cuando disminuye o se detiene la producción de saliva. La xerostomía puede ser consecuencia de distintos medicamentos, deshidratación, radiaciones y también de distintas enfermedades y tratamientos quirúrgicos”³¹.

La saliva es esencial para mantener una boca saludable, por lo que cuando el flujo normal se ve reducido pueden aparecer problemas para masticar, tragar, saborear los alimentos o incluso hablar. Algunos de los síntomas más frecuentes de esta alteración son la sensación de ardor y dolor en la lengua, boca reseca, la aparición de fisuras en la comisura de los labios, el aumento de la sed o la dificultad para ponerse la dentadura postiza en el caso de pacientes que ya no conservan sus dientes. Uno de los primeros signos que observan estas personas es que la saliva se vuelve espumosa y viscosa.

Además, la incapacidad de la boca para mantenerse limpia contribuye a la **aparición de caries** (que se forman en apenas unas semanas) y otras enfermedades periodontales, como la **gingivitis**. También se acumula la placa dental debido a la incapacidad del flujo salival para arrastrar las

³⁰ Fitzpatrick, Thomas. (2009). *Dermatología En Medicina General*. 7° Edición. Madrid: Editorial Panamericano.

³¹ (FITZPATRICK, Thomas B. (2009). *Dermatología En Medicina General*.)

bacterias y a la reducción de las proteínas antimicrobianas que la saliva lleva generalmente a la dentadura.

5.3.3.2. Fisiopatología

La estimulación de la mucosa bucal informa mediante una señal al núcleo salival en la medula y provoca una respuesta eferente. Los impulsos del nervio eferente liberan acetilcolina en las terminaciones nerviosas de la glándula salival y activan los receptores muscarínicos (M₁), los cuales aumentan la producción y secreción de saliva. Las señales medulares responsables de la salivación también son moduladas por los aportes corticales procedentes de otros estímulos (p. ej., gusto, olfato, ansiedad).

5.3.3.3. Causas

María Valerio expresa: "De hecho, el consumo de ciertos fármacos es la principal causa de este problema, y se calcula que existen hasta unos **500 medicamentos** capaces de provocar alteraciones en las glándulas salivares debido a que aumentan, reducen o alteran la composición de la saliva. En esta lista se incluyen ciertos medicamentos contra la depresión, para controlar la tensión arterial, antiinflamatorios, fármacos para la alergia, relajantes musculares o antiasmáticos."³²

También ciertos quimioterápicos son capaces de provocar alteraciones transitorias en el flujo salival. Asimismo, la radioterapia que se emplea para tratar tumores en la zona de cabeza y cuello afecta a las glándulas salivares, provocando una disminución del flujo.

³² <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/02/26/medicina/1172478838.html>

Además, algunos trastornos autoinmunes (como el síndrome de Sjögren o el lupus eritematoso), enfermedades sistémicas como la diabetes o la artritis, y ciertas patologías psiquiátricas (ansiedad, depresión, anorexia nerviosa...) también se han relacionado con la aparición de este problema.

5.3.3.4. Diagnóstico

El diagnóstico clínico de la xerostomía no es difícil, pero encontrar la causa primaria es más complicado y puede requerir algunas pruebas especiales de laboratorio

Existen pruebas específicas para examinar el flujo salival como son la sialografía, sialometría, la sialoquímica y la biopsia de glándulas salivares. La sialometría mide la cantidad de saliva estimulada y no estimulada, tanto la total como la de alguna de las glándulas en particular.

La biopsia de las glándulas salivares mayores o menores, permite observar la presencia de infiltrados inflamatorios, destrucción acinar, dilatación de los conductos salivares con material mucoso espeso y algunas veces fibrosis.

El ultrasonido, la resonancia magnética y la tomografía computarizada son pruebas que también pueden ser utilizadas para el diagnóstico de patologías en las glándulas salivares. Sin dejar de lado la toma de historia clínica y el examen clínico intra - extra oral, determinando factores de riesgo, deterioro de las unidades dentales, consistencia de las glándulas

salivares, manifestaciones sistémicas obteniendo aspectos críticos para realizar el diagnóstico.

5.3.3.5. Tratamiento

Porta expresa: “El tratamiento del síndrome de la boca ardiente incluye el uso de sustitutos de la saliva que humedecen temporalmente la mucosa, de estimulantes salivares (denominados sialogogos), pero sobre todo una cuidada higiene bucal”³³.

Higiene bucal, dental o prótesis dentales. Utilizar dentífricos con alto contenido de xylitol y flúor, sin agentes espumantes (Lauril sulfato sódico) que irritan los tejidos blandos y pueden provocar llagas y aftas.

Aumentar la ingesta de líquidos, tomar zumos de frutas, ácidos, agua con esencias (limón o naranja), infusiones con limón (manzanilla, té, etc.)

Masticar trozos de frutas ácidas (piña, naranja.). Comer caramelos y masticar chicles con alto contenido en xylitol. Mantener los labios lubricados con crema de cacao en barra y evitar la vaselina. La electro estimulación nerviosa transcutánea (TENS) sobre el flujo salivar parotídeo puede ser efectiva.

En casos de sequedad extrema nocturna puede estar indicada la colocación de prótesis acrílicas con microdepósitos de sustitutos salivares, o los dispositivos de irrigación gota a gota de suero fisiológico a través de una férula oral permeable individualizada.

³³ Porta, Josep. (2008). *Manual de Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Madrid: Editorial Aran.

5.3.4. DISFAGIA

5.3.4.1. Definición

Según Luis A. Vázquez dice: “El término disfagia indica una dificultad en la deglución de los alimentos. Este síntoma expresa la existencia de una alteración orgánica o funcional en el trayecto que sigue el bolo alimenticio desde la boca al estómago, aunque la presencia de trastornos psiquiátricos concomitantes puede potenciarlo.

La mayoría de los pacientes hacen referencia a una deglución anormal en forma de sensación de que los alimentos se “clavan”, “pegan” o “atascan” o bien simplemente que la comida no desciende bien.”³⁴

La disfagia se presenta en forma progresiva, es decir, primero el paciente relata dificultad para tragar alimentos sólidos y si la enfermedad esofágica es continúa, se presenta también disfagia para líquidos, incluso al tragar saliva.

5.3.4.2. Clasificación

Desde el punto de vista clínico la disfagia puede dividirse en dos grandes tipos: orofaríngea y propiamente esofágica. En cuanto a su patogenia, puede ser mecánica o motora; la primera es causada por un estrechamiento de la luz esofágica, de naturaleza benigna (membranas, anillos, estenosis péptica, compresión extrínseca) o maligna (neoplasias), mientras que la segunda se debe a un deterioro de la capacidad

³⁴<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/disfagia.pdf>

propulsiva esofágica y/o alteraciones en la relajación de los esfínteres esofágicos (superior e inferior).

5.3.4.2.1. Disfagia orofaríngea

Mones expresa: Es la dificultad de paso desde la boca hasta el esófago y aparece inmediatamente después de iniciada la deglución. A veces, provoca tos (parte del contenido alimenticio pasa a los bronquios) y regurgitación nasal, sobre todo de líquidos. Las causas más frecuentes de esta disfagia son neurológicas: accidente vascular cerebral, Parkinson, neuropatía diabética, etcétera, o musculares: miastenia, distrofias, que producen incoordinación o debilidad en los mecanismos fisiológicos de la deglución. Algunas veces, la disfagia orofaríngea se produce por lesión estructural: cáncer faríngeo, cirugía del cuello, divertículo en parte alta del esófago, llamado de Zenker³⁵.

5.3.4.2.2. Disfagia esofágica

También denominada de transporte, expresa la dificultad en el traslado del bolo alimenticio a lo largo del esófago y/o en su penetración en la cavidad gástrica, bien por disminución del calibre esofágico debido a lesiones estructurales intrínsecas o extrínsecas (disfagia mecánica), bien por anomalías motoras (disfagia motora); estos trastornos motores pueden afectar aislada o conjuntamente el EEI (relajación deglutoria nula o insuficiente) y el cuerpo esofágico (ondas deglutorias sincrónicas en mayor o menor porcentaje o bien contracciones deglutorias hipocinéticas).

5.3.4.3. Causas

La disfagia oral se produce por problemas en iniciar la deglución o por alteraciones masticatorias con dificultad en la formación del bolo alimenticio. Obedece fundamentalmente a dos mecanismos:

³⁵ Mones, Joan. (2010). *Comprender las enfermedades del esófago y estómago*. Barcelona: Editorial Amat.

A/ Aquinesia y/o debilidad muscular:

- Enfermedad de Parkinson.
- Poliomielitis bulbar.
- Enfermedad de la neurona motora.
- Siringomielia.
- Distrofia muscular.

B/ Masticación dolorosa:

- Candidiasis.
- Herpes simple.
- Tumores de la lengua o boca.
- Traumatismos.

5.3.4.4. Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico y tratamiento de la disfagia es un área relativamente nueva en medicina, en donde la intervención nutricional temprana y adecuada juega un rol preponderante minimizando riesgos de aspiración, deshidratación y desnutrición.

Existe una compleja relación entre la nutrición y el sistema nervioso central, que incide en varios aspectos como la percepción organoléptica y de placer, la regulación del apetito, los procesos mecánicos de masticación y deglución, la postura, equilibrio, coordinación y la regulación del bolo alimenticio entre otros.

La deglución involucra a unos 35 músculos y varios pares craneales, por lo que puede alterarse en muchas patologías neurológicas. La disfagia es muy común entre pacientes de edad avanzada. Un 45% del total de los pacientes con más de 75 años de edad padecen disfagia.

Asimismo, se estima que un 66% de los pacientes sometidos a cuidados a largo plazo sufren algún grado de disfagia. Para poder determinar la disfagia, se debe realizar un diagnóstico diferencial identificando y descartando las etiologías médicas o quirúrgicas susceptibles de desencadenar esta discapacidad.

En segundo lugar, se debe comprender el mecanismo biomecánico de la disfagia en el paciente para poder diseñar un plan de alimentación que asegure un nivel de ingesta oral adecuado y determinar la textura y consistencia de los alimentos que ayudarán a garantizar una deglución sin riesgo de complicaciones.

El tratamiento nutricional de los pacientes con disfagia ha de ser siempre individualizado y adaptado a sus necesidades energéticas y nutricionales, según el tipo y grado de disfagia, promoviendo una pronta recuperación.

Según el perfil del paciente, se priorizará la utilización de la vía oral. En caso de no cubrir los requerimientos nutricionales con la dieta habitual, se utilizará nutrición enteral por vías de excepción como complemento de la dieta o como única vía de alimentación si el paciente no puede usar la vía tradicional.

5.3.5. CARIES DENTAL

Las caries dentales son uno de los trastornos más comunes, después del resfriado común. Suelen aparecer en los niños y en los adultos jóvenes, pero pueden afectar a cualquier persona y son la causa más importante de pérdida de los dientes en las personas más jóvenes.

Negrón expresa³⁶: La caries dental se define como una enfermedad infecciosa, compleja, transmisible y multifactorial, en la que un amplio grupo de factores biológicos, socio-económicos y cultura les interactúan, directa o indirectamente en el establecimiento y desarrollo de los microorganismos cariogénicos incluidos en la comunidad microbiana de la biopelícula dental.

5.3.5.1. Síntomas

Puede no haber síntomas, pero si se presentan, pueden abarcar:

- Dolor de muela o sensación dolorosa en los dientes, sobre todo después de consumir bebidas o alimentos dulces, fríos o calientes
- Hoyuelos o agujeros visibles en los dientes

5.3.5.2. Patología de la caries dental: La caries resulta esencialmente de la actividad de ciertos microorganismos capaces de producir ácidos y llegar a la descalcificación del esmalte y disolución del tejido restablecido.

³⁶ Negrón, Marta. (2009). *Microbiología Estomatológica: Fundamentos y guía práctica*. 2° Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana.

La remineralización de la lesión puede ocurrir si la capa superficial del esmalte permanece intacta. La saliva contiene calcio, fosfatos y agentes buffer que difunden a la placa donde neutralizan los ácidos microbianos y se repara el esmalte dañado por un proceso conocido como remineralización.

5.3.5.3. Clasificación

5.3.5.3.1. La caries del esmalte

La caries dental comienza en el esmalte dental, y avanza hacia el interior del diente hasta destruirlo. Puede existir un gran dolor agudo al ingerir dulces o bebidas ácidas, y hasta pulsante, asociado con la hipersensibilidad térmica y la inflamación de la pulpa dentaria. Produce una alteración estética con sensación de dentadura estropeada y sucia, lo que es consecuencia de alteraciones en el bienestar físico y psíquico, que puede llegar a producir neurosis.

5.3.5.3.2. Caries de la dentina

Es un estadio más avanzado de la caries dental, en el que aumenta la sensibilidad del diente frente a los cambios térmicos.

5.3.5.3.3. Afectación pulpar

Laserna expresa: Cuando la caries avanza y los gérmenes llegan a la pulpa la infectan, la inflaman y la destruyen, produciendo procesos inflamatorios locales (periapicales) agudos (flemón), procesos inflamatorios crónicos (granuloma), el tratamiento de estos procesos es odontológico.

La infección pulpar se puede diseminar por vía hemática (sangre) y ocasionar infecciones en órganos a distancia (corazón, cerebro,

pulmón, riñón, etc.), sintomatología general (orgánica). Es las enfermedades requieren tratamiento médico o quirúrgico³⁷.

5.3.5.4. Causas

Varios factores pueden producir la caries dental. La principal causa es una alimentación rica en azúcares que ayudan a las bacterias a corroer el esmalte, aunque, dependiendo del tipo de azúcar, su incidencia varía. Otras causas son una mala higiene dental, la ausencia de flúor en el agua y la propia genética, que como se ha demostrado provoca la aparición de caries en algunos niños especialmente sensibles a pesar de seguir unos hábitos profilácticos correctos.

Según Sepa “La acumulación de placa bacteriana que es una sustancia formada por saliva, bacterias y restos de alimentos que se deposita sobre los dientes, es una de las causas principal de la caries dental”³⁸.

Si bien la bacteria *S. mutans* es la principal responsable de la caries, se han encontrado otros factores que también muestran una inesperada correlación con este problema: complicaciones durante el embarazo o el parto, nacimiento prematuro o por cesárea, diabetes materna, enfermedades renales, incompatibilidades del Rh, alergias, gastroenteritis frecuentes y diarrea crónica. Además, una dieta rica en sal o baja en hierro y el uso de chupete parecen favorecer también la aparición de caries.

Antes de la aparición del primer diente, alrededor de la mitad de los niños de 6 meses ya están infectados con *Streptococcus mutans*. Según una

³⁷ Laserna, Vicente. (2008), *Higiene Dental Personal Diaria*. Canadá: Editorial Trafford.

³⁸ Sepa. (2007). *Higienistas Dentales: Servicios de salud de Castilla y León*. 2º Edición. Buenos Aires: Editorial Mad,

investigación, a los 24 meses de edad el 84% de los niños había desarrollado una colonia considerable. Los factores asociados a estos casos fueron la ingesta de bebidas dulces antes de dormir, tomar demasiados alimentos dulces, picar entre comidas, compartir comida con adultos y una presencia muy alta de dichas bacterias en la madre. Por el contrario, la falta de bacterias se asoció básicamente con el cepillado habitual de los dientes

La edad de la placa también influye en la capacidad de formación de caries. Mientras que una placa de 24 horas de edad tiene poca capacidad para disminuir el pH bucal, ésta aumenta con la capacidad de la placa, alcanzando su máximo potencial a los tres días.

Sepa dice³⁹: La acumulación de cálculo en los dientes sigue una secuencia organizada y ordenada. Muchas de las bacterias bucales no se encuentran en otro lugar de la naturaleza. La supervivencia de las bacterias en el cálculo dental en la boca depende de la:

Capacidad para adherirse al diente.

Existencia de gérmenes pioneros iniciadores de la placa y cálculo, capaces de realizar una adhesión inicial superficial.

La placa bacteriana con el tiempo, se puede calcificar, dando lugar al tártaro o sarro.

³⁹ (SEPA. (2007). Higienistas Dentales: Servicios de salud de Castilla y León.)

5.3.5.5. Cariogenicidad de los alimentos

Villafranca Feliz expresa:

Debemos diferenciar los alimentos en cariogénicos, cariostáticos y anticariogénicos.

Los alimentos cariogénicos son los que contienen carbohidratos fermentables que, cuando se ponen en contacto con los microorganismos de la actividad bucal, acidifican el pH de la saliva a menos de 5,5 y estimulan el proceso cariogénico.

Los alimentos cariostáticos son aquellos que contribuyen a frenar o impiden la progresión de caries.

Los alimentos anticariógenos son los que impiden que la placa dentobacteriana “reconozca” un alimento cariogénico.

El término cariogenicidad denota la capacidad que posee una dieta o alimento de ocasionar y estimular la caries, sin embargo, la cariogenicidad individual de un alimento puede variar según la forma en la que se consume, la composición de sus nutrientes, así como el orden en que se ingiere junto con otros alimentos y líquidos⁴⁰

5.3.5.6. Diagnóstico

Con respecto al diagnóstico de las caries Bordoni expresa:

“En el diagnóstico el examen debe ser el clínico-visual. Antes de realizarlo es necesario iluminar bien, limpiar y secar con una gasa o con un rollo de algodón las superficies que se van a examinar. No es necesario usar el explorador, y si se hace es sólo para remover suavemente los depósitos bacterianos. Cuando la lesión está cavitada, es tan obvia que no es necesario introducir el explorador para cerciorarse de su presencia”⁴¹.

La mayoría de las caries son descubiertas en sus fases preliminares durante los controles de rutina. La superficie dental puede estar suave al hurgarla con un instrumento puntiagudo. El dolor puede no presentarse hasta las etapas avanzadas de la caries dental. Las radiografías

⁴⁰ Villafranca, Felix. (2007) *Manual del técnico superior en higiene bucodental*. España: Editorial Mad SL.

⁴¹ Bordoni, Noemi. (2010). *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. 1º Edición. España: Editorial Panamericana.

dentales pueden mostrar algunas caries antes de que sean visibles para el ojo.

5.3.5.7. Tratamiento

Según Paul Fotek expone:" El tratamiento de las caries dentales comprende la excavación del tejido dentario infectado y su reemplazo por materiales artificiales como amalgamas, resinas compuestas (composite) y cementos de ionómeros vitreos.

La invasión microbiana de la estructura dentaria puede alcanzar la "pulpa" del diente e inducir una respuesta inflamatoria. En este caso en general se recomienda el tratamiento ortodóncicos ('tratamiento de conducto') con la colocación de una corona para añadir fuerza a la estructura dentaria coronal afectada"⁴².

Las coronas o "fundas dentales" se usan cuando la caries es muy extensa y hay una estructura dental limitada, la cual puede ocasionar un diente debilitado. Las obturaciones grandes y la debilidad del diente aumentan el riesgo de ruptura del mismo. El área cariada o debilitada se elimina y se coloca una corona sobre la parte del diente que queda. Dichas coronas suelen estar hechas de oro, porcelana o porcelana pegada a metal.

Un tratamiento de conductos se recomienda si el nervio del diente muere como consecuencia de una caries o de una lesión. Se extrae el centro del diente, incluidos el nervio y el tejido (pulpa) vascular (vasos sanguíneos), junto con la porción cariada del diente y las raíces se rellenan con un

⁴² <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001055.htm>

material sellante. El diente se rellena y se le puede colocar una corona por encima en caso de ser necesario.

5.3.5.8. Prevención

La higiene oral es necesaria para prevenir las caries y consiste en la limpieza regular profesional (cada 6 meses), cepillarse por lo menos dos veces al día y usar la seda dental al menos una vez al día. Se pueden tomar radiografías cada año para detectar posible desarrollo de caries en áreas de alto riesgo en la boca.

Los alimentos masticables y pegajosos, como frutas deshidratadas y caramelos, conviene comerlos como parte de una comida en lugar de refrigerio. De ser posible, cepílese los dientes o enjuáguese la boca con agua luego de ingerir estos alimentos. Reduzca los refrigerios, los cuales generan un suministro continuo de ácidos en la boca. Evite el consumo de bebidas azucaradas o chupar caramelos y mentas de forma constante.

Los sellantes dentales pueden prevenir algunas caries. Los sellantes son películas de material similar al plástico que se aplican sobre las superficies de masticación de los dientes molares y previene la acumulación de placa en los surcos profundos de estas superficies vulnerables. Los sellantes suelen aplicarse a los dientes de los niños, poco después de la erupción de los molares. Las personas mayores también pueden beneficiarse del uso de los sellantes dentales.

Con frecuencia, se recomienda el fluoruro para la protección contra las caries dentales, pues está demostrado que las personas que ingieren

fluoruro en el agua que beben o que toman suplementos de fluoruro tienen menos caries. El fluoruro ingerido cuando los dientes se están desarrollando se incorpora dentro de la estructura del esmalte y lo protege contra la acción de los ácidos.

También se recomienda el fluoruro tópico para proteger la superficie de los dientes, lo cual puede incluir una pasta dental o un enjuague bucal. Muchos odontólogos incluyen la aplicación de soluciones tópicas de fluoruro (aplicadas a un área localizada de la dientes) como parte de las consultas de rutina.

LaserDent dice que: "Según un estudio el 72,2% de las personas adultas en el mundo no cuenta con su dentadura completa; y más del 25% de la población utiliza prótesis.

Estas escalofriantes cifras que revelan un problema epidemiológico tiene entre sus principales causas: la falta de higiene, el escaso recambio del cepillo, el temor al dentista y la falta de cobertura de salud dental"⁴³.

5.3.6. EMFERMEDAD PERIODONTAL

5.3.6.1. Definición

Según Millares Luis dice: "La enfermedad periodontal es un proceso infeccioso localizado en las encías. Se encuentra relacionada, en ocasiones, con enfermedades generales y de su diagnóstico y tratamiento

⁴³ <http://www.laserdent.cl/temas/implantes/perdida-piezas.html>

precoz depende su pronóstico. La enfermedad periodontal se pone de manifiesto por una gingivitis, que si no se trata pasará a periodontitis.”⁴⁴

Rodriguez expresa: “Los cambios hormonales que a su vez producen cambios en el organismos y estados de ánimos que se producen durante la menopausia pueden ser un factor de riesgo para los tejidos periodontales, los factores de riesgo asociados son el acumulo de placa bacteriana en el que juegan un papel muy importante los microorganismos, ya que las mujeres durante esta etapa debido a los signos como fatiga sofocaciones mareos descuidan su salud oral.”⁴⁵

5.3.6.2. Causas

Palma expresa: “Como en toda enfermedad infecciosa su desarrollo va a depender tanto de los gérmenes presentes como de la respuesta del individuo a estos, que puede verse modificada por factores locales y/o factores sistémicos. Es una enfermedad indolora progresiva y que por tamo, se diagnostica de forma tardía”⁴⁶.

La ausencia de una adecuada higiene bucal es la principal causa de desarrollo de la enfermedad periodontal. Además, algunas personas, por causas genéticas, están más predispuestas que otras al desarrollo de esta patología.

Existen, asimismo, otros factores que pueden contribuir a la inflamación de las encías y posterior desarrollo de la enfermedad periodontal, como agentes irritantes locales, ya sean químicos o mecánicos, o disfunciones

⁴⁴ <http://www.diariofemenino.com/salud/higiene/articulos/enfermedades-periodontales/>

⁴⁵ www.scielo.isciii.es/pdf/peri/v13n3/original2.pdf.com

⁴⁶ Palma, Ascensión. (2007). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica: Cuidados auxiliares de enfermería sanidad*. 1º Edición. España: Editorial COPYRIGHT.

como el **bruxismo**, los traumatismos oclusales, las mal posiciones, la ausencia de piezas o la masticación unilateral.

5.3.6.3. Síntomas de la enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal puede cursar sin una sintomatología clara hasta que ya esté avanzada. Normalmente, las señales propias de una patología periodontal suelen ser:

- Encías rojas, inflamadas y sensibles.
- Sangrado durante el cepillado de los dientes.
- Dolor al masticar.
- Mal aliento.
- Dientes flojos y sensibles.
- Cambios en la mordida

5.3.6.4. Clasificación

Los diferentes tipos de enfermedades periodontales se clasifican a menudo según la etapa de la enfermedad en el momento de la evaluación, incluyendo:

5.3.6.4.1. La Gingivitis.

Otero Mariana expresa: "Con la gingivitis, la forma más leve de la enfermedad periodontal, las encías tienden a estar rojas, hinchadas y con dolor, lo que causa el sangrado fácil durante la limpieza diaria y el uso de hilo dental. El tratamiento prescrito por un dentista y el cuidado constante

y adecuado en el hogar ayudan a resolver los problemas asociados con la gingivitis⁴⁷.

Sepa expresa, “La gingivitis es una condición reversible de los tejidos blandos gingivales, que, como consecuencia de un proceso inflamatorio, sangran y pueden cambiar de color , tamaño y consistencia”⁴⁸.

5.3.6.4.2. La Periodontitis Leve.

La gingivitis sin tratar conduce a la periodontitis leve. Este estadio de la enfermedad de las encías muestra evidencia de que el hueso que rodea al diente está empezando a erosionarse. La atención médica inmediata es necesaria para prevenir mayor erosión y daño.

5.3.6.4.3. La Periodontitis de moderada a avanzada.

Este estadio más avanzado de la periodontitis muestra una pérdida significativa del hueso y de los tejidos que rodean a los dientes.

5.3.6.5. Prevención de la enfermedad periodontal

Mantener una buena higiene oral, cepillando los dientes de forma adecuada después de cada comida y usando la seda dental, es la mejor manera de prevenir el desarrollo de enfermedades de tipo periodontal y **de mantener en buen estado la boca**. Es también imprescindible acudir periódicamente al odontólogo, que no solo inspeccionará la dentadura, sino también el estado de las encías.

⁴⁷ <http://suite101.net/article/enfermedad-periodontal-causas-sintomas-y-tratamiento>

⁴⁸ Sepa, (2006). Manual SEPA de Periodoncia y terapéutica de implantes. Buenos Aires: Editorial Panamericana

5.3.6.6. Tratamiento de la enfermedad periodontal

El tratamiento básico consiste en una limpieza profunda del sarro que se acumula por encima y por debajo de la línea de las encías. Para ello se realiza un raspado mecánico y un alisado de las raíces, para eliminar los puntos rugosos donde se acumulan los gérmenes.

Se puede completar con un tratamiento antibiótico, para lo cual se suele recurrir a un antibiótico de amplio espectro, como la amoxicilina y el ácido clavulánico. También es frecuente el empleo de colutorios con un agente antimicrobiano, como la clorhexidina, para la realización de enjuagues bucales.

En algunos casos, la profundidad de las bolsas periodontales aconseja recurrir a la cirugía. La operación consiste en levantar las encías, retirar el sarro, alisar las raíces y volver a colocar las encías en su posición, cosidéndolas con puntos quirúrgicos para que el tejido vuelva a ajustarse al diente.

En los casos en los que se practica una cirugía, es posible que el periodoncista aconseje la realización de un injerto de hueso o de tejido, para reemplazar al que se ha perdido como consecuencia de la enfermedad periodontal

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. MÉTODOS.

6.1.1. Modalidad básica de la investigación

Esta investigación se la realizo con las modalidades:

Bibliográfica.- Porque para la ejecución de este proyecto se contó con el apoyo de libros, revistas, páginas web, etc.

De Campo.- Porque estuvo basada en la aplicación de encuestas historias clínicas y fichas de observación en las mujeres en el periodo de la menopausia que acuden al sub centro de salud EL NARANJO.

6.1.2. Nivel o tipo de investigación

Exploratoria: Nos permitió explorar, reconocer y sondear los trastornos que afectan la cavidad bucal de las mujeres en el periodo de la menopausia

Descriptiva: Se describió, detallo y explico la incidencia de la menopausia y su relación con los trastornos de la cavidad bucal.

Analítica: Se obtuvo un análisis íntegro sobre los trastornos de la cavidad bucal en el periodo de la menopausia.

Sintética: Se relacionó la información bibliográfica con las técnicas e instrumentos y se estableció conclusiones al finalizar la investigación

Propositiva: Con la información que se obtuvo en la investigación se diseñó una propuesta alternativa de solución a la problemática del grupo investigado

6.2. Técnicas

- Encuesta dirigida a las mujeres entre 40 - 60 años que acuden al sub centro de salud el naranjo

6.3. Instrumentos

- Formulario de encuesta
- Historia clínica
- Matriz recolectora de datos de Historia Clínica General

6.4. Recursos

6.4.1. Materiales

- Fotocopias
- Suministros
- Internet
- Materiales de oficina
- Materiales odontológicos
- Libros
- Hojas A4

6.4.2. Talento humano

- Investigador.
- Director/a de Tesis.
- Mujeres mayores entre 40 a 60 anos.

6.4.3. Recursos tecnológicos

- Computadora
- Impresora
- Scanner
- Memory flash
- Cámara fotográfica.

6.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

6.5.1. POBLACIÓN

Este estudio se lo realizó en el ámbito de atención primaria de los trastornos de la cavidad oral que sufren las mujeres con menopausia que asisten al Sub Centro EL NARANJO, comunidad de 40 a 60 años que tiene aproximadamente 450 pacientes

6.5.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Según la formula realizada dio como resultado 113 mujeres en periodo de menopausia.

6.6. TIPO DE MUESTRA

Aleatorio

6.7. PRESUPUESTO

Total 1676.18

CAPITULO VII

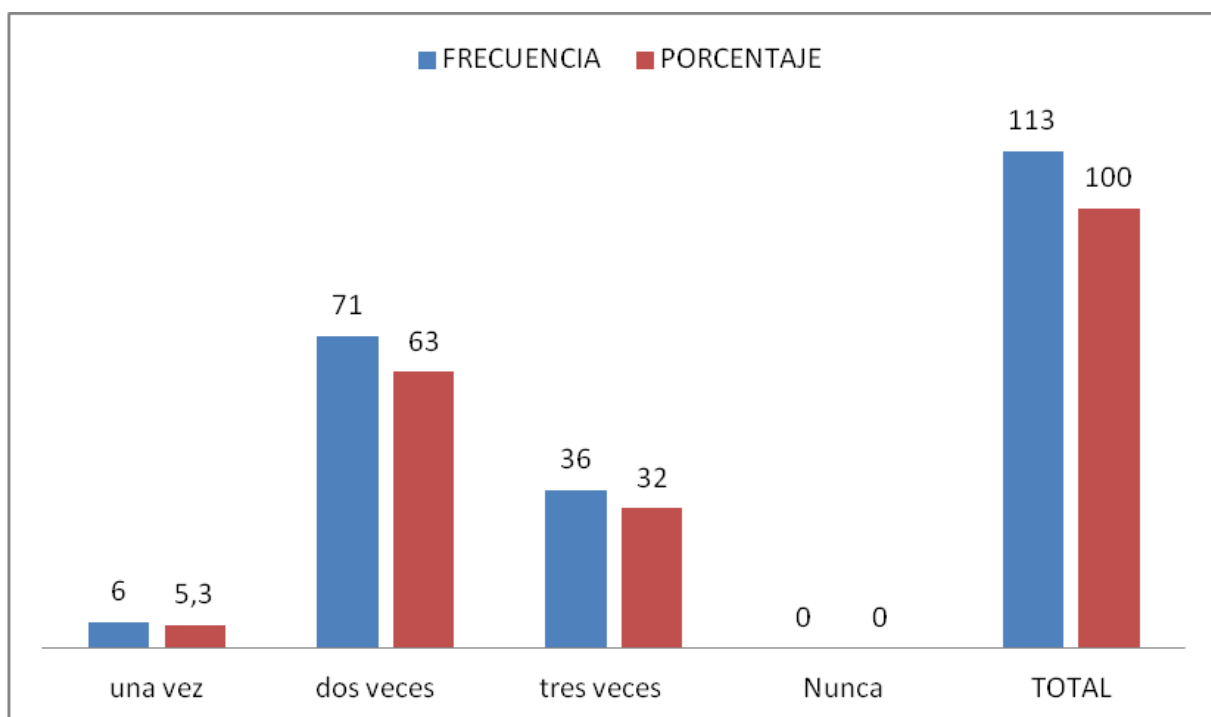
7.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS MUJERES MENOPÁUSICAS DEL SUB CENTRO DE SALUD EL NARANJO

GRAFICUADRO # 1

¿CUÁNTAS VECES SE CEPILLA LOS DIENTES AL DÍA?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
una vez	6	5
dos veces	71	63
tres veces	36	32
Nunca	0	0
TOTAL	113	100



FUENTE: Encuesta realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranjo
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN

De 113 mujeres encuestadas 6 respondieron que se cepillan los dientes una vez al día lo que equivale al 5 %, 71 mujeres respondieron que lo realizan dos veces al día que corresponde al 63 %, 36 mujeres encuestadas dijeron que se cepillan los dientes tres veces al día que equivale al 32%.

Según Mejía en su libro El poder curativo de los alimentos dice:

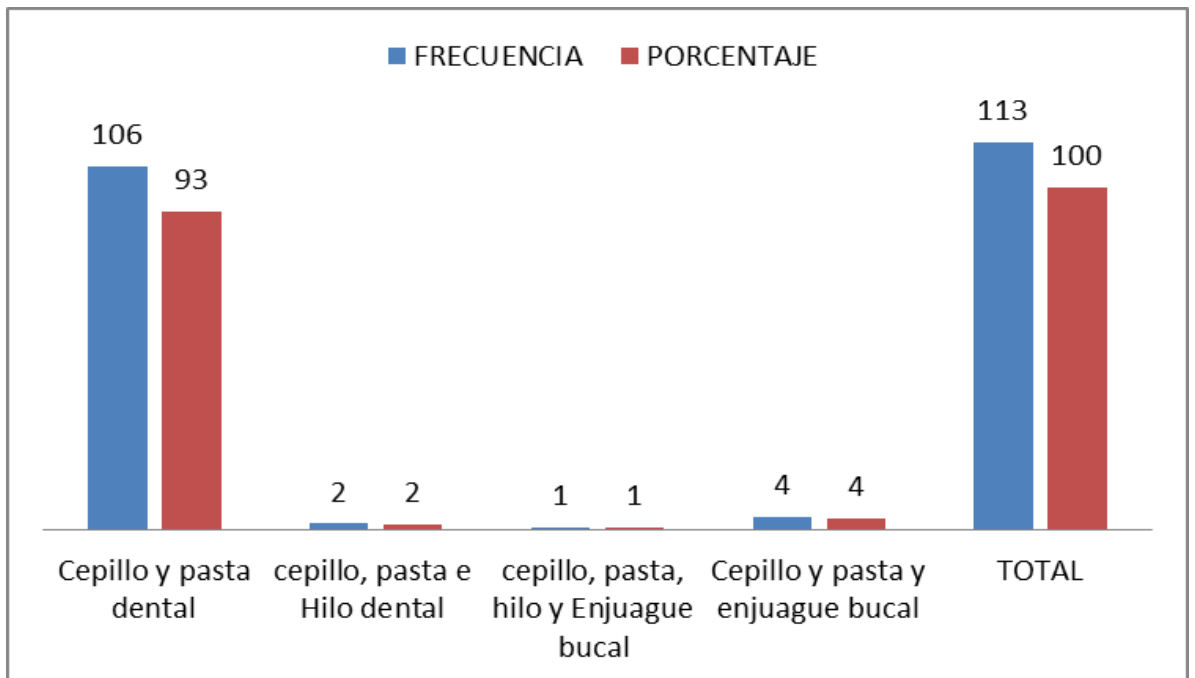
Muchos odontólogos alrededor del planeta, aseguran que las mujeres mayores y que han cumplido su ciclo reproductivo, deben practicar una buena higiene oral, sobre todo deben estar preocupadas por eliminar la placa que se acumula en los dientes, la cual, posteriormente se transformará en caries o en otras enfermedades periodontales. (p. 26)

Con esto se interpreta que las mujeres no están teniendo una buena higiene oral porque no realizan su higiene las tres veces al día, lo que las hace propensas a diferentes enfermedades bucales.

GRAFICUADRO # 2

¿QUÉ IMPLEMENTOS USA PARA LA LIMPIEZA DIARIA DE SU BOCA?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cepillo y pasta dental	106	93
cepillo, pasta e Hilo dental	2	2
cepillo, pasta, hilo y Enjuague bucal	1	1
Cepillo y pasta y enjuague bucal	4	4
TOTAL	113	100



FUENTE: Encuesta realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranjo
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN

De las 113 mujeres encuestadas 106 de ellas respondieron que utilizaban cepillo y pasta dental para la limpieza diaria de su boca que corresponde al 93%, 2 respondieron que usaban cepillo, pasta e hilo dental que equivale a 2%, 1 persona respondió que utilizaba cepillo, pasta, hilo y enjuague bucal para su limpieza diaria que corresponde al 1% y 4 mujeres dijeron que usaban cepillo pasta y enjuague bucal que corresponde al 4%

Monés en su libro Comprender El Estreñimiento Y la Diarrea dice:

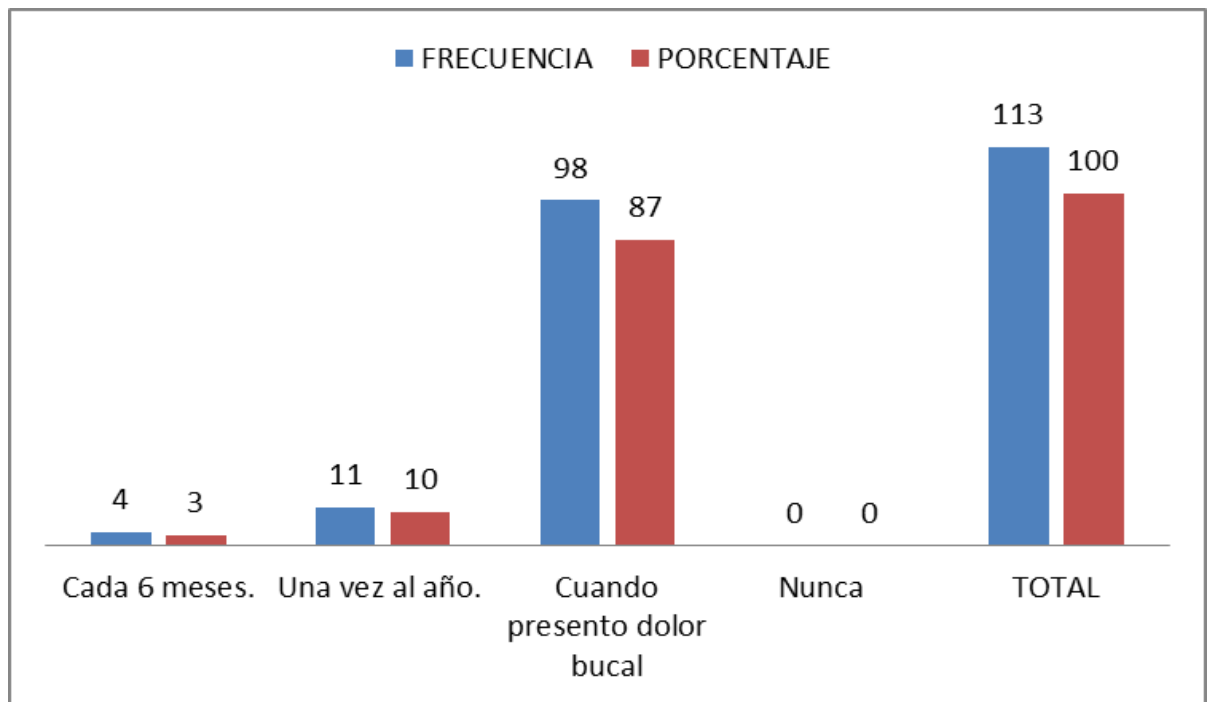
La prevención y el tratamiento más efectivo y seguro de la halitosis es una higiene bucodental correcta, que debe incluir: el cepillado regular de los dientes (ideal después de desayuno, comida y antes de acostarse), pasar el hilo dental por la dentadura (ideal una vez al día) y la limpieza de la capa de recubrimiento de la lengua, mediante un cepillado dirigido sobre todo a la parte posterior de la lengua (la más profunda), que es donde se suele acumular la saburra (capa blanquecina que da el típico aspecto de «lengua sucia»). Se recomienda el uso del enjuague bucal después del cepillado para complementar la higiene oral. (p.31,32)

Se puede interpretar que las mujeres para su higiene oral solo están usando pasta y cepillo en su gran mayoría con lo que no se logran una buena prevención de enfermedades como la halitosis.

GRAFICUADRO # 3

¿CADA CUÁNTO VA AL ODONTOLOGO?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cada 6 meses.	4	3
Una vez al año.	11	10
Cuando presento dolor bucal	98	87
Nunca	0	0
TOTAL	113	100



FUENTE: Encuesta realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranjo
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN

De las 113 mujeres encuestadas 4 mujeres respondieron que van al odontólogo cada seis meses que corresponde al 3 %, 11 mujeres dijeron que van una vez al año que equivale al 10%, 98 mujeres de las encuestadas respondieron que van solo cuando presentan dolor bucal que corresponde al 87%.

En la página web. <http://www.clinicadentalenpalma.com> dice:

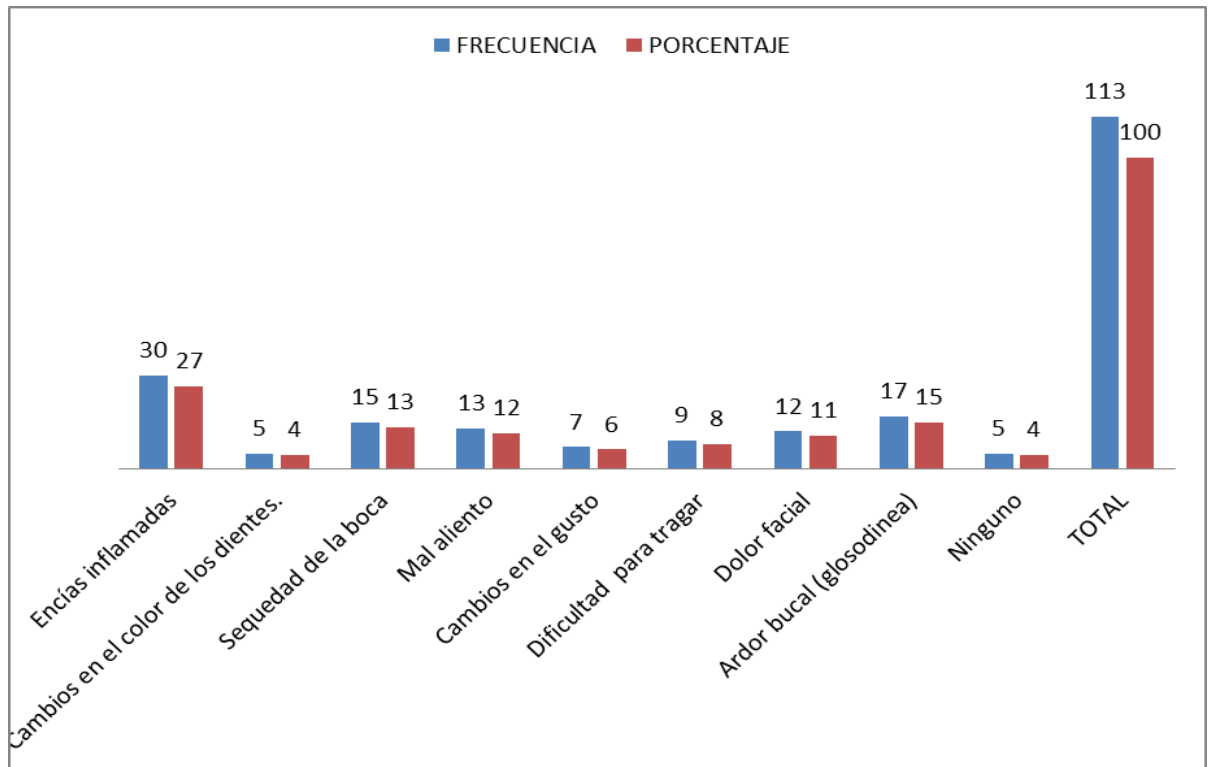
Entonces, para que las mujeres mayores de 50 años puedan prevenir cualquier tipo de enfermedad en la boca deben visitar al dentista, por lo menos cuatro veces al año a lo largo de la etapa de la menopausia. Pero, cabe resaltar, que no es una mala idea que cualquier persona que desee una boca sana y dientes blancos y relucientes visite al odontólogo en una frecuencia de tiempo similar al año. (p.26,27)

Con esto se analiza que las mujeres menopáusicas solo van al odontólogo cuando presentan dolor más no por prevención, etapa en la que deberían de tener más cuidado de su salud oral para la prevención de los trastornos propios que se producen en esta etapa.

GRAFICUADRO # 4

TRASTORNOS ORALES PRESENTADOS

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Encías inflamadas	30	27
Cambios en el color de los dientes.	5	4
Sequedad de la boca	15	13
Mal aliento	13	12
Cambios en el gusto	7	6
Dificultad para tragar	9	8
Dolor facial	12	11
Ardor bucal (glosodinea)	17	15
Ninguno	5	4
TOTAL	113	100



FUENTE: Encuesta realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranjo
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN

De 113 mujeres encuestadas 30 respondieron que presentaban encías inflamadas que corresponde al 27%, 5 mujeres respondieron que presentaban cambios de coloración en los dientes que corresponde al 4%, 15 de ellas respondieron que presentaban sequedad en la boca que equivale al 13%, 13 mujeres respondieron que presentaban mal aliento que corresponde al 12%, 7 dijeron que presentaban cambios en el gusto que equivale al 6%, 9 mujeres respondieron que presentan dificultad para tragar que corresponde al 8%, 12 mujeres respondieron que presentan dolor facial que equivale al 11%, 17 mujeres presentaron ardor bucal que equivale al 15% y 5 mujeres respondieron que no han presentado ningún trastorno en la cavidad oral que corresponde al 4%.

Según SEPA en su Manual de Periodoncia y terapéutica de implantes dice:

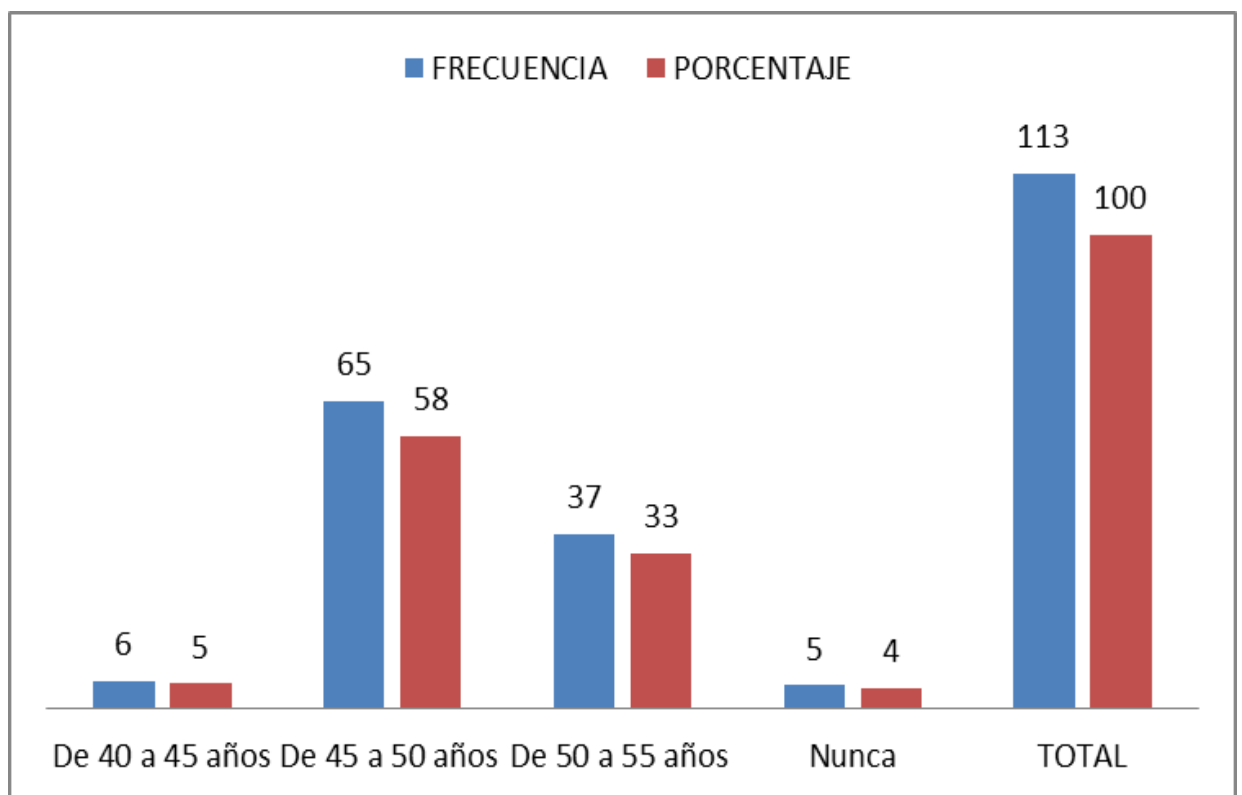
La gingivitis es una condición reversible de los tejidos blandos gingivales, que, como consecuencia de un proceso inflamatorio, sangran y pueden cambiar de color, tamaño y consistencia. (p.52)

Con esto se interpreta que los trastornos bucales más comunes en las mujeres con menopausia son las encías inflamadas seguidas de ardor bucal. Debido al descuido de su salud oral acompañado de los cambios que se producen en su organismo

GRAFICUADRO # 5

¿DESDE QUÉ EDAD EMPEZÓ A PRESENTAR ESTOS TRASTORNOS ORALES?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 40 a 45 años	6	5
De 45 a 50 años	65	58
De 50 a 55 años	37	33
Nunca	5	4
TOTAL	113	100



FUENTE: Encuesta realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranja
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 113 mujeres encuestadas 6 respondieron que empezaron a presentar estos trastornos orales de 40 a 45 años que corresponde al 5%, 65 mujeres respondieron que empezaron a presentar estos trastornos de 45 a 50 años que equivale al 58%, 37 mujeres dijeron que de 50 a 55 años que corresponde al 33%, y 5 mujeres respondieron que nunca presentaron estos trastornos que corresponde al 4%.

Northrup presenta en su libro *Los placeres secretos de la menopausia* lo siguiente:

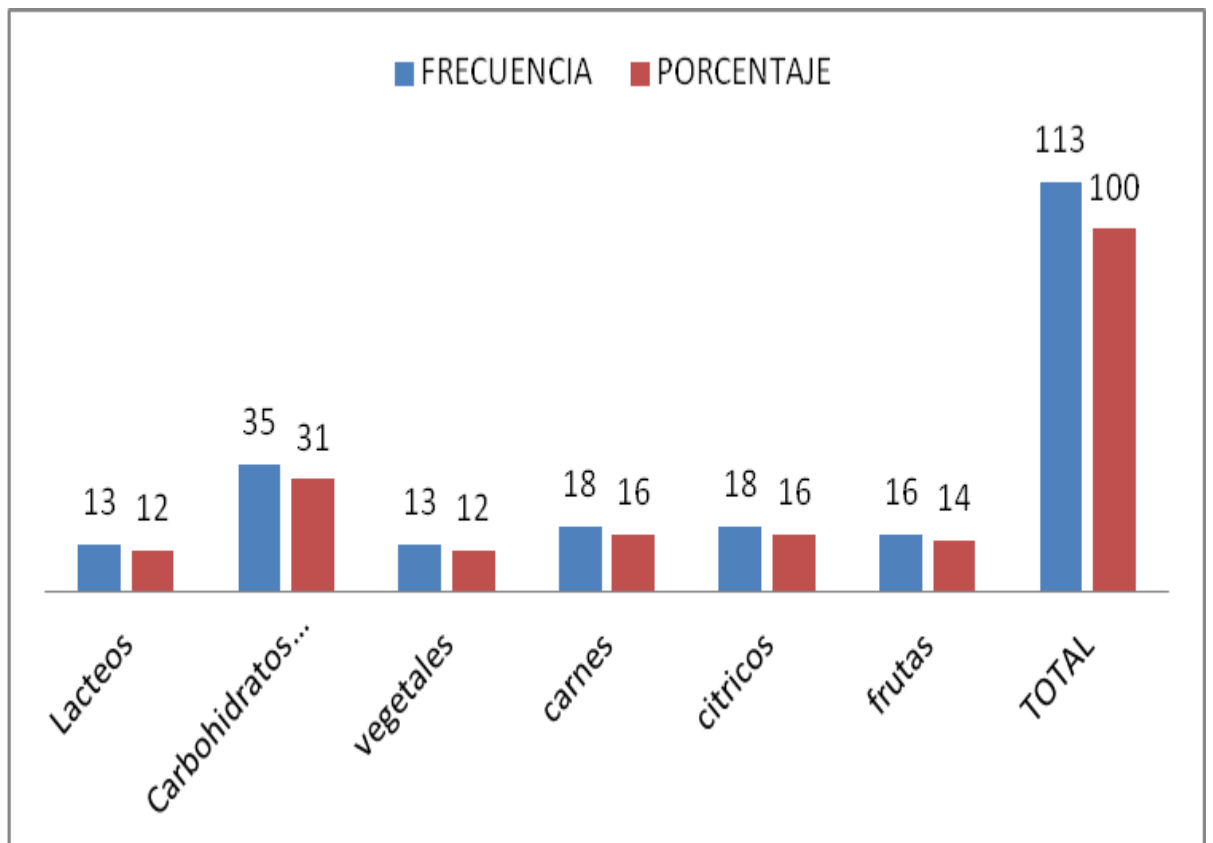
“Menopausia proviene de las palabras griegas meno ("mes" y "menstruo") y pausis ("pausa") que significa "el último período menstrual". El último período en las mujeres se presenta a la edad promedio de cincuenta y dos años, pero algunas pueden comenzar a los cuarenta años y otras hasta los cincuenta y ocho años aproximadamente, A partir de esta edad las mujeres empiezan a presentar una serie de trastornos de conducta y de ánimo que afectan a la salud en general. (p.9)

Con esto se analiza que la edad promedio para que se presenten los diferentes trastornos de la menopausia es de 45 a 50 años, edad en la que las mujeres empiezan a presentar problemas hormonales, y por consecuencia una serie de trastornos en su conducta, ánimo y salud en general.

GRAFICUADRO # 6

¿DENTRO DE SU DIETA ALIMENTICIA, CUAL DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS CONSUME CON MAYOR FRECUENCIA?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lacteos	13	12
Carbohidratos (almidones, levaduras, pastas) Y azucares	35	31
Vegetales	13	12
Carnes	18	16
Citricos	18	16
Frutas	16	14
TOTAL	113	100



FUENTE: Encuesta realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranjo
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN

De 113 mujeres encuestadas 13 mujeres respondieron que consumen lácteos que equivale al 12%, 35 respondieron que consumen carbohidratos(almidones, levaduras, pastas) y azúcares que corresponde al 31%,13 mujeres respondieron que consumen vegetales que equivale al 12%, 18 mujeres respondieron que consumen carnes que corresponde al 16%, 18 respondieron cítricos que corresponde al 16% y 16 mujeres contestaron que consumen frutas que corresponde al 14% .

Según Villafranca en su libro Manual del técnico superior en higiene buco dental dice:

Los alimentos cariogénicos son los que contienen carbohidratos fermentables que, cuando se ponen en contacto con los microorganismos de la cavidad bucal, acidifican el pH de la saliva a menos de 5,5 y estimulan el proceso cariógeno. (p. 46)

Con esto se analiza que las mujeres están consumiendo en su gran mayoría carbohidratos que junto a una mala higiene oral son las responsables de las caries y enfermedades periodontales.

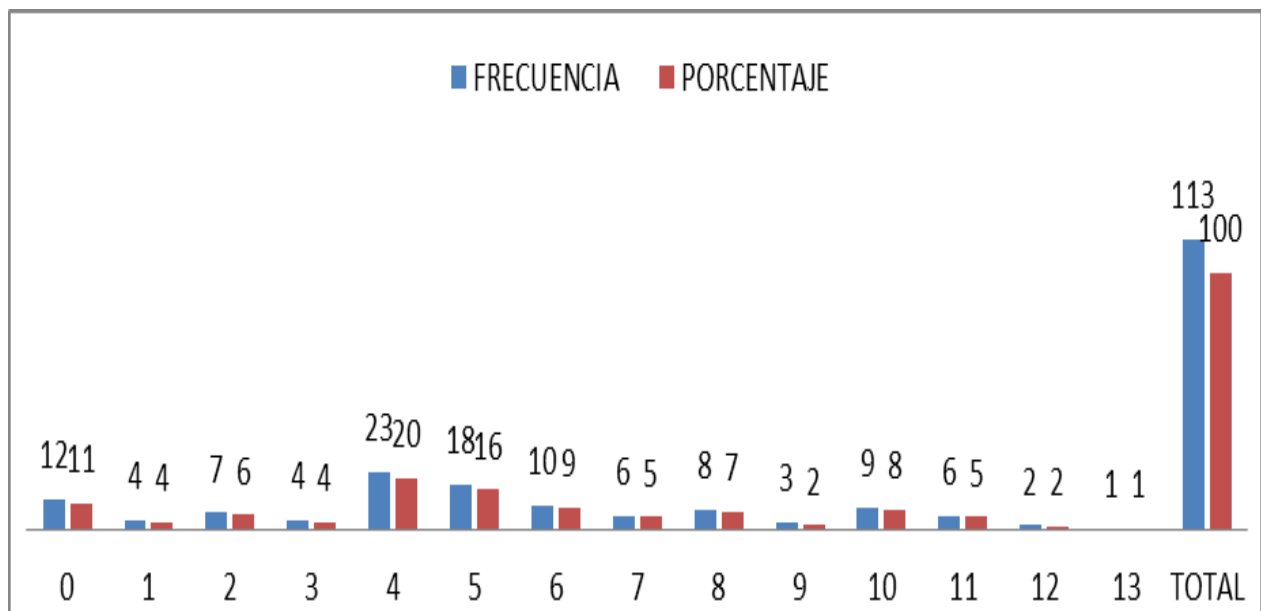
7.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS FICHAS DE HISTORIAS CLINICAS

GRAFICUADRO N° 1

ÍNDICE DE CPO

PIEZAS CON CARIES

CARIES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	12	11
1	4	4
2	7	6
3	4	4
4	23	20
5	18	16
6	10	9
7	6	5
8	8	7
9	3	2
10	9	8
11	6	5
12	2	2
13	1	1
TOTAL	113	100



FUENTE: Ficha Clínica realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranja
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN.

De las 113 mujeres examinadas 12 de ellas no presentaron caries que equivale al 11%, 4 de ellas presentaron una caries que corresponde al 4%, 7 mujeres examinadas presentaron 2 caries que corresponde al 6%, 3 mujeres presentaron 4 caries que corresponde al 4%, 4 mujeres examinadas presentaron 23 caries que corresponde al 20%, 18 presentaron 5 caries que equivale al 16%, 10 mujeres presentaron 6 caries que equivale al 9%, 6 tuvieron 7 caries que equivale al 5%, 8 presentaron 8 caries que equivale al 7%, 3 mujeres presentaron 9 caries que corresponde al 2%, 9 mujeres examinadas tuvieron 10 caries que equivale al 8%, 6 mujeres tuvieron 11 caries que corresponde al 5%, 2 mujeres presentaron 12 caries que equivale al 2% y 1 mujer presento 13 caries que corresponde al 1%.

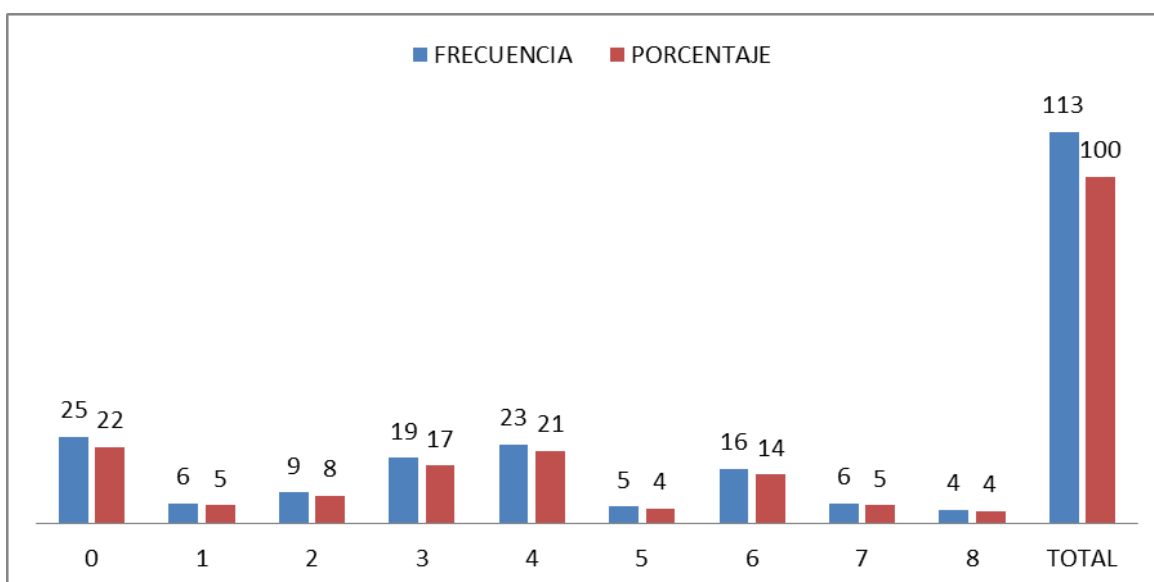
Negrón en su libro Microbiología Estomatológica: Fundamentos y guía práctica expresa:

La caries dental se define como una enfermedad infecciosa, compleja, transmisible y multifactorial, en la que un amplio grupo de factores biológicos, socio-económicos y culturales que interactúan, directa o indirectamente en el establecimiento y desarrollo de los microorganismos cariogénicos incluidos en la comunidad microbiana de la biopelícula dental. (p.42)

Con lo que podemos analizar que la gran mayoría de las mujeres examinadas presentaron caries debido a diferentes factores ya sean biológicos, socioeconómicos o culturales.

GRAFICUADRO N° 2
PIEZAS PERDIDAS

PERDIDAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	25	22
1	6	5
2	9	8
3	19	17
4	23	21
5	5	4
6	16	14
7	6	5
8	4	4
TOTAL	113	100



FUENTE: Ficha Clínica realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranjo
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN

De las 113 mujeres examinadas 25 de ellas tuvieron piezas perdidas que corresponde al 22%, 6 mujeres examinadas presentaron 1 piezas perdida que corresponde al 5%, 9 mujeres tuvieron 2 piezas perdidas que corresponde al 8 %, 19 mujeres presentaron 3 piezas perdidas que corresponde al 17%, 23 tuvieron 4 piezas perdidas que corresponde al 21%, 5 mujeres examinadas tuvieron 5 piezas perdidas que equivale al 4%, 16 presentaron 6 piezas perdidas que equivale al 14%, 6 mujeres examinadas presentaron 7 piezas perdidas que corresponde al 5%, y 4 mujeres tuvieron 8 piezas perdidas que equivale al 4%

Según la página web <http://www.laserdent.cl/temas/implantes/perdida-piezas.html> dice:

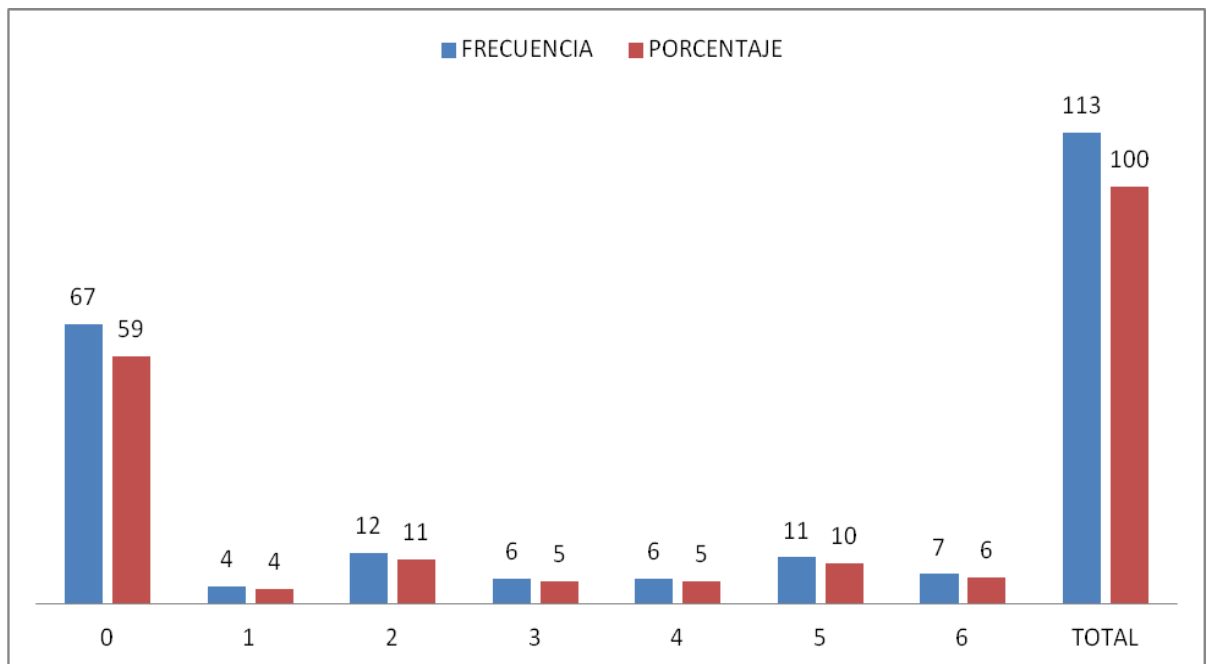
Según un estudio el 72,2% de las personas adultas en el mundo no cuenta con su dentadura completa; y más del 25% de la población utiliza prótesis.

Estas escalofriantes cifras que revelan un problema epidemiológico tiene entre sus principales causas: la falta de higiene, el escaso recambio del cepillo, el temor al dentista y la falta de cobertura de salud dental. (p.49)

Con esto se analiza que muchas mujeres con menopausia no presentan sus dientes completos debido a la mala higiene bucal y al descuido que tienen las mujeres en su boca durante esta etapa de su vida.

GRAFICUADRO N° 3
PIEZAS OBTURADAS.

OBTURADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	67	59
1	4	4
2	12	11
3	6	5
4	6	5
5	11	10
6	7	6
TOTAL	113	100



FUENTE: Ficha Clínica realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranja
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN.

De las 113 mujeres examinadas 67 de ellas no presentaron ninguna pieza dental obturada que corresponde al 59%, 4 mujeres presentaron 1 pieza dental obturada que corresponde al 4%, 12 tuvieron 2 piezas obturadas que equivalen al 11%, 6 mujeres presentaron 3 piezas obturadas que equivalen al 5%, 6 mujeres examinadas presentaron 4 piezas obturadas que corresponde al 5%, 11 de ellas presentaron 5 piezas obturadas que equivalen al 10% y 7 mujeres presentaron 6 piezas obturadas que corresponde al 6%.

Según la página web <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanis.htm> dice:

El tratamiento de las caries dentales comprende la excavación del tejido dentario infectado y su reemplazo por materiales artificiales como amalgamas, resinas compuestas (composite) y cementos de ionómeros vitreos. (p.47)

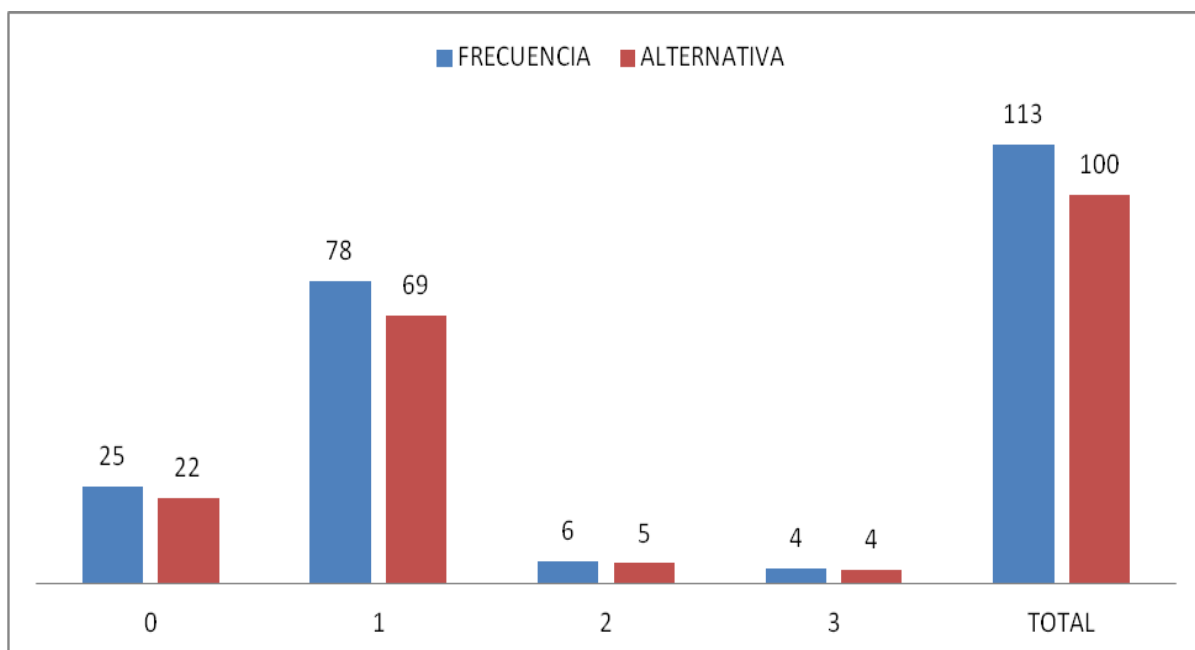
Con esto se analiza que las mujeres menopáusicas no están acudiendo al odontólogo para realizarse el tratamiento adecuado para las caries que presentan.

GRAFICUADRO N° 4

INDICADOR DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

PLACA BACTERIANA

PLACA	FRECUENCIA	ALTERNATIVA
0	25	22
1	78	69
2	6	5
3	4	4
TOTAL	113	100



FUENTE: Ficha Clínica realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranja
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera.

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN.

De las 113 mujeres examinadas 25 de ellas no presentaron placa que corresponde al 22%, 78 mujeres tuvieron placa a nivel 1 que corresponde al 69%, 6 mujeres presentaron nivel 2 de placa que equivale al 5% y 4 mujeres presentaron nivel 3 de placa que corresponde al 4%.

Según SEPA en su libro Higienistas Dentales: Servicios de salud de Castilla y León dice:

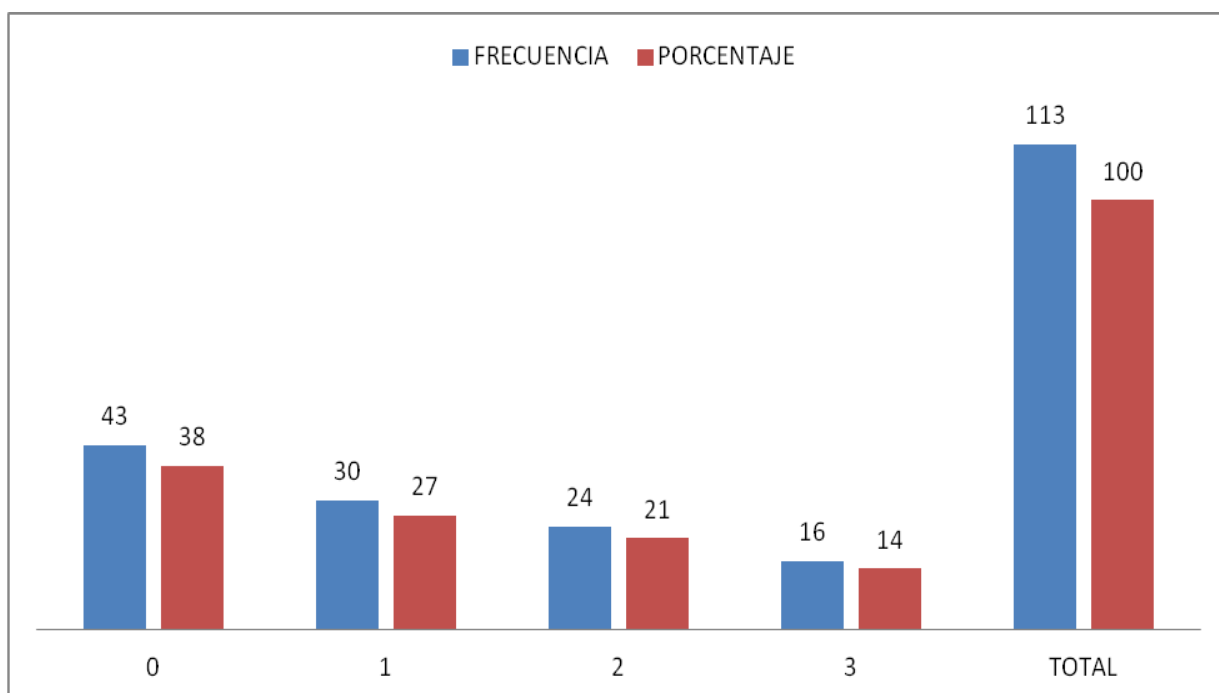
La acumulación de placa bacteriana que es una sustancia formada por saliva, bacterias y restos de alimentos que se deposita sobre los dientes, es una de las causas principal de la caries dental. (p.44)

Con esto podemos analizar que existe una gran cantidad de mujeres con placa bacteriana lo que las hace más propensas a presentar caries ya que es una de las principales causas para que se den éstas.

GRAFICUADRO N° 5

CÁLCULO

CÁLCULO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	43	38
1	30	27
2	24	21
3	16	14
TOTAL	113	100



FUENTE: Ficha Clínica realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranjo
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera.

ANÁLISIS E INTERPRETACION.

De las 113 mujeres encuestadas 43 de ellas no presentaron cálculo que equivale al 38%, 30 mujeres tuvieron cálculo dental grado 1 que corresponde el 27%, 24 mujeres presentaron cálculo dental grado 2 que corresponde al 21%, 16 mujeres tuvieron cálculo grado 3 que equivale al 14%.

Según Sepa en su libro Higienistas Dentales: Servicios de salud de Castilla y León dice:

La acumulación de cálculo en los dientes sigue una secuencia organizada y ordenada. Muchas de las bacterias bucales no se encuentran en otro lugar de la naturaleza. La supervivencia de las bacterias en el cálculo dental en la boca depende de la:

Capacidad para adherirse al diente.

Existencia de gérmenes pioneros iniciadores de la placa y cálculo, capaces de realizar una adhesión inicial superficial.

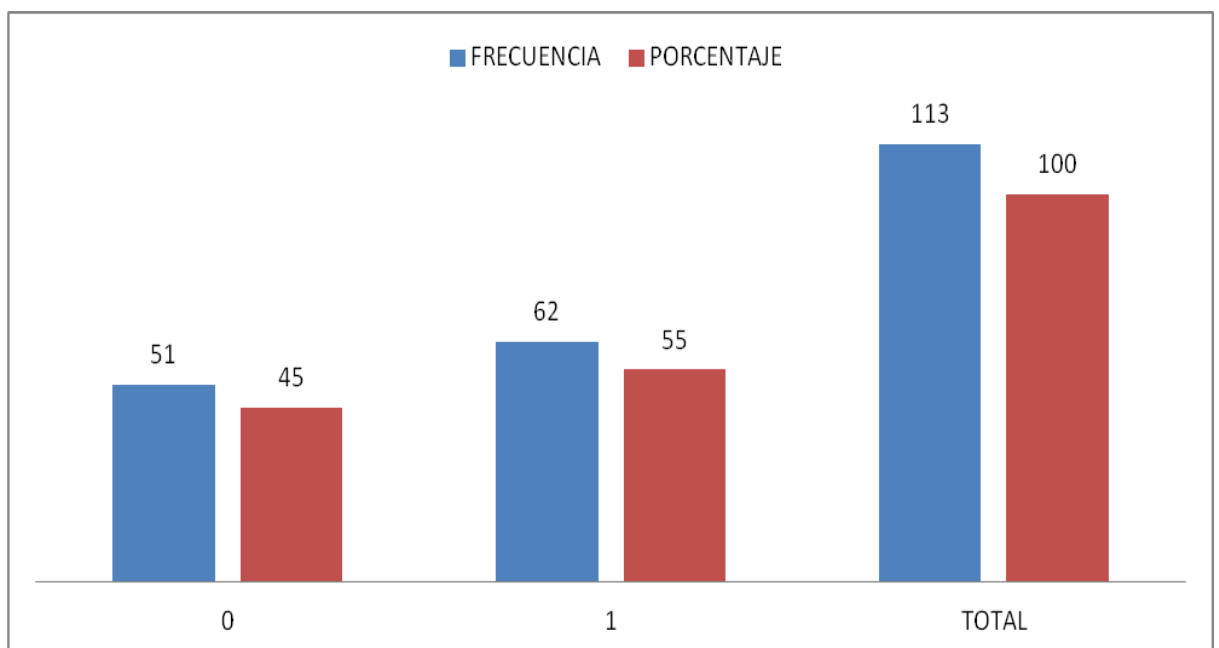
La placa bacteriana con el tiempo, se puede calcificar, dando lugar al tártaro o sarro. (p.45)

Con esto podemos analizar que las mujeres en esta etapa de la menopausia tienen un descuido en su salud oral por lo que las hace propensas a la aparición de cálculo dental

GRAFICUADRO N°6.

GINGIVITIS

GINGIVITIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	51	45
1	62	55
TOTAL	113	100



FUENTE: Ficha Clínica realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranjo
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera.

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN.

De las 113 mujeres examinadas 51 de ellas no presentaron gingivitis que corresponde al 45%, 62 mujeres examinadas presentaron gingivitis grado uno que corresponde al 55%.

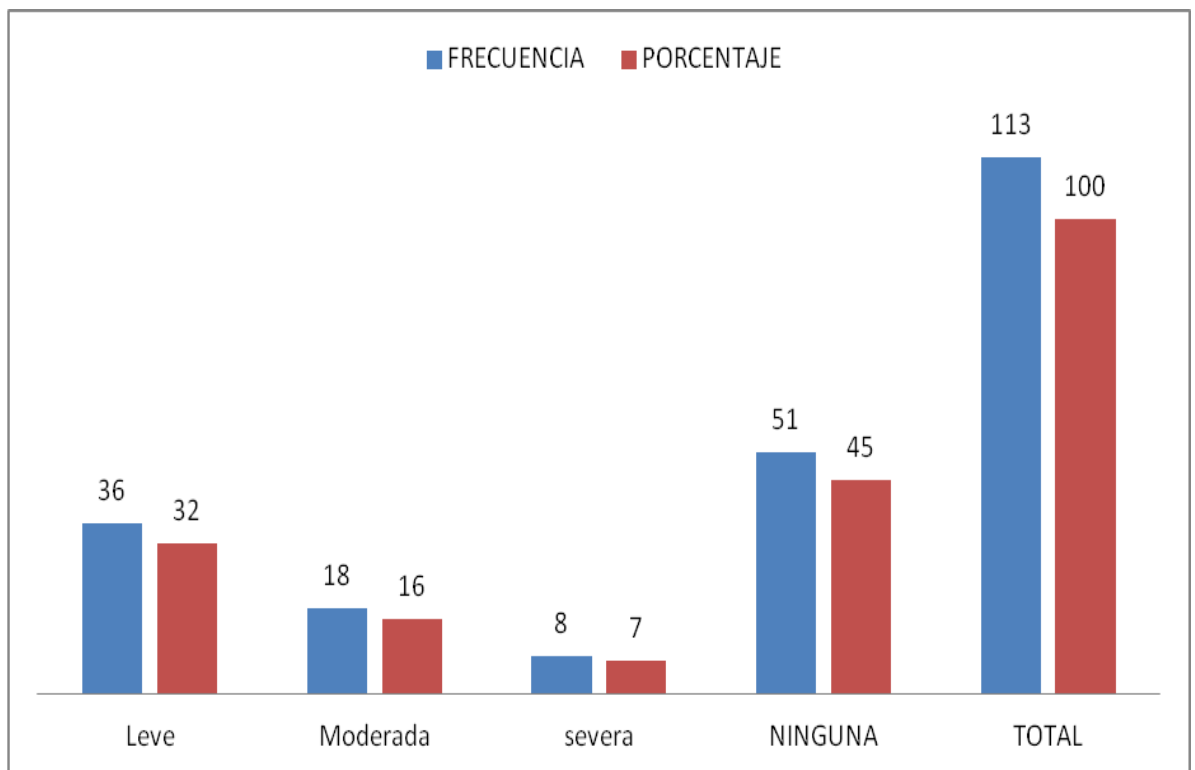
Según la página web <http://suite101.net/article/enfermedad-periodontal-causas-sintomas-y-tratamiento> dice:

Con la gingivitis, la forma más leve de la enfermedad periodontal, las encías tienden a estar rojas, hinchadas y con dolor, lo que causa el sangrado fácil durante la limpieza diaria y el uso de hilo dental. El tratamiento prescrito por un dentista y el cuidado constante y adecuado en el hogar ayudan a resolver los problemas asociados con la gingivitis. (p.51, 52)

Con esto se analizó que más de la mitad de la población de las mujeres examinadas presentan gingivitis, por no visitar al odontólogo regularmente y no tener un cuidado adecuado de su salud oral en casa.

GRAFICUADRO N° 7
ENFERMEDAD PERIODONTAL.

ENFERMEDAD PERIODONTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leve	36	32
Moderada	18	16
Severa	8	7
NINGUNA	51	45
TOTAL	113	100



FUENTE: Ficha Clínica realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranja
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera.

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN.

De las 113 mujeres con menopausia que fueron examinadas 36 de ellas presentaron enfermedad periodontal leve que corresponde 32%, 18 pacientes presentaron enfermedad periodontal moderada que equivale al 16%, 8 mujeres examinadas presentaron enfermedad periodontal severa que corresponde al 7% y 51 mujeres no presentaron ningún tipo de enfermedad periodontal que corresponde al 45%

Según la página web www.diariofemenino.com/salud/higiene/articulos/enfermedades-periodontales/ dice:

La enfermedad periodontal es un proceso infeccioso localizado en las encías. Se encuentra relacionada, en ocasiones, con enfermedades generales y de su diagnóstico y tratamiento precoz depende su pronóstico. La enfermedad periodontal se pone de manifiesto por una gingivitis, que si no se trata pasará a periodontitis. (p.49, 50)

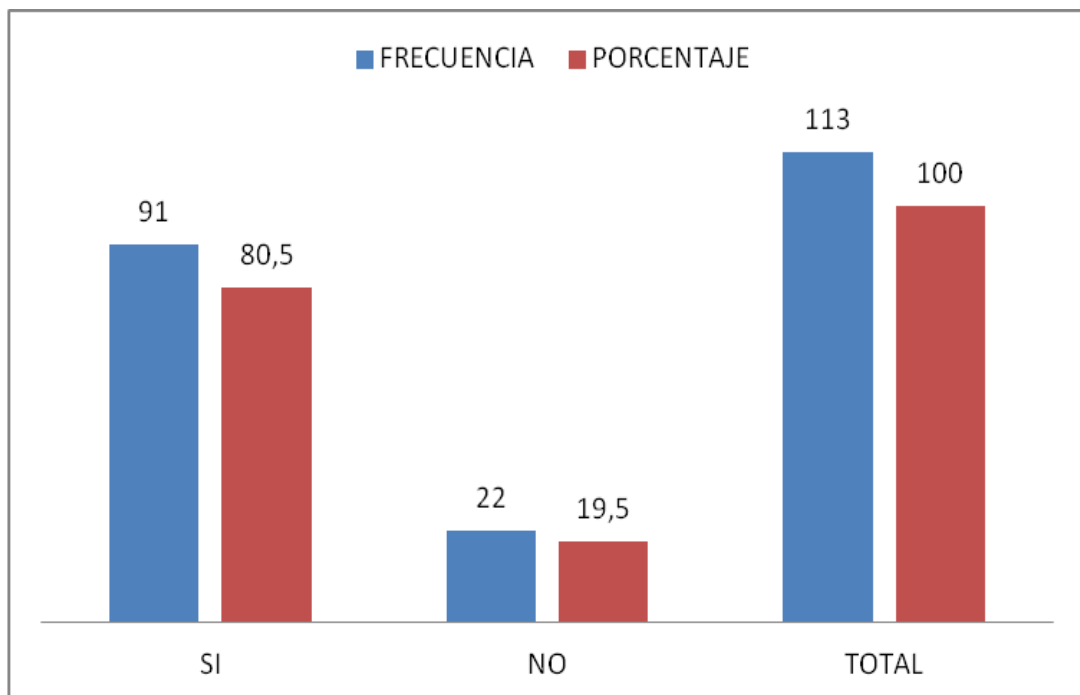
Con esto podemos analizar que hay una gran incidencia de mujeres con menopausia que presentan problemas periodontales debido a los cambios sufridos en esta etapa, cambios que pueden ser hormonales y de conducta, como la depresión que hacen que la mujer tome poca importancia a su salud en general.

7.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA MATRIZ RECOLECTORA DE DATOS DE HISTORIA CLÍNICA GENERAL DE PACIENTES MENOPÁUSICAS

GRAFICUADRO # 1

PACIENTES CON MENOPAUSIA

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	91	80,5
NO	22	19,5
TOTAL	113	100



FUENTE: Matriz recolectora de datos de Historia Clínica General realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranjo

ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN

Del tamaño de la muestra que fueron 113 pacientes, 91 mujeres resultaron con menopausia que equivale al 80,5% y 22 mujeres no que corresponden al 19,5%.

Según la página web <http://www.isoflavones.info/es./menopausia.php> dice:

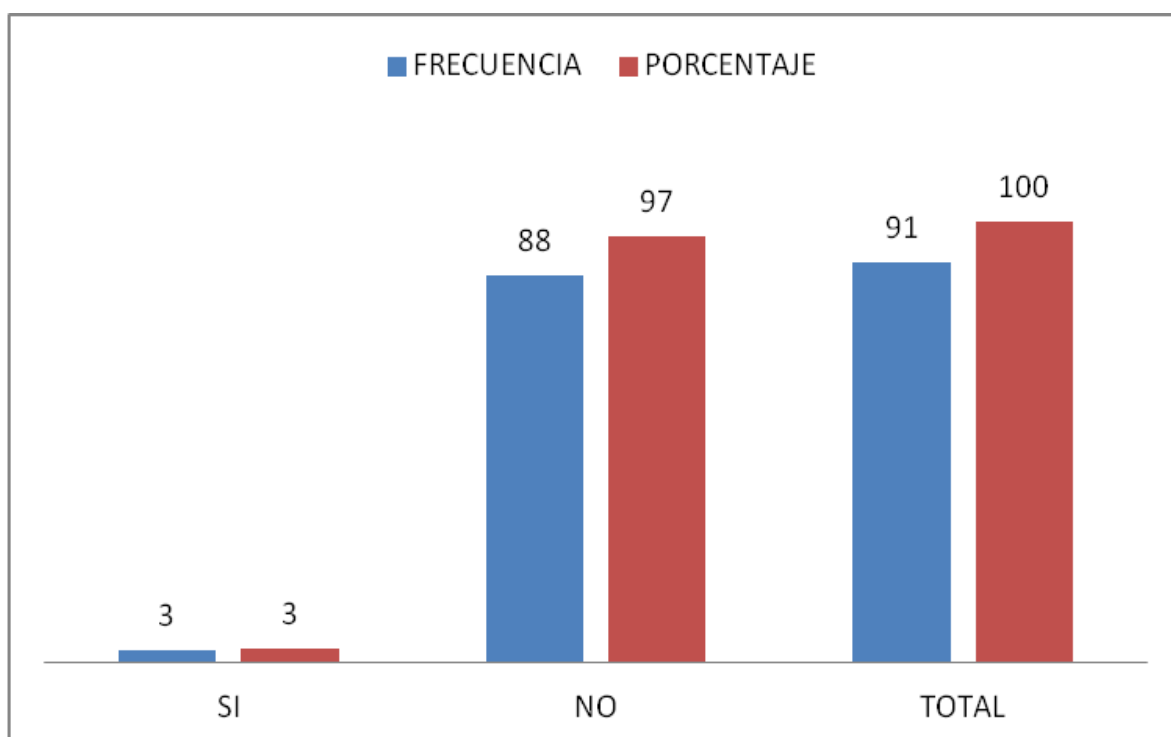
La menopausia es el período que termina la fase reproductiva de la mujer. La menopausia empieza al terminar la menstruación. Con el tiempo los ovarios pierden gradualmente la habilidad de reproducir estrógeno y progesterona, las hormonas que regulan el ciclo menstrual. (p 9.)

Analizando los resultados obtenidos podemos decir que existe un porcentaje alto de mujeres que cruzan la etapa de la menopausia, es decir que están perdiendo gradualmente la habilidad de reproducir estrógenos.

GRAFICUADRO # 2

CIRUGÍA DE EXTIRPACIÓN DE OVARIOS

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	3
NO	88	97
TOTAL	91	100



FUENTE: Matriz recolectora de datos de Historia Clínica General realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranjo

ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN

De las 91 pacientes con menopausia 3 de ellas si les han realizado cirugía de extirpación de ovarios que corresponde al 3%, 88 pacientes respondieron que no les han realizado ésta cirugía que equivale al 97%.

En la página web <http://foro.univision.com/t5/De-paso-por-la-Menopausia-TIPOS-DE-MENOPAUSIA-> dice:

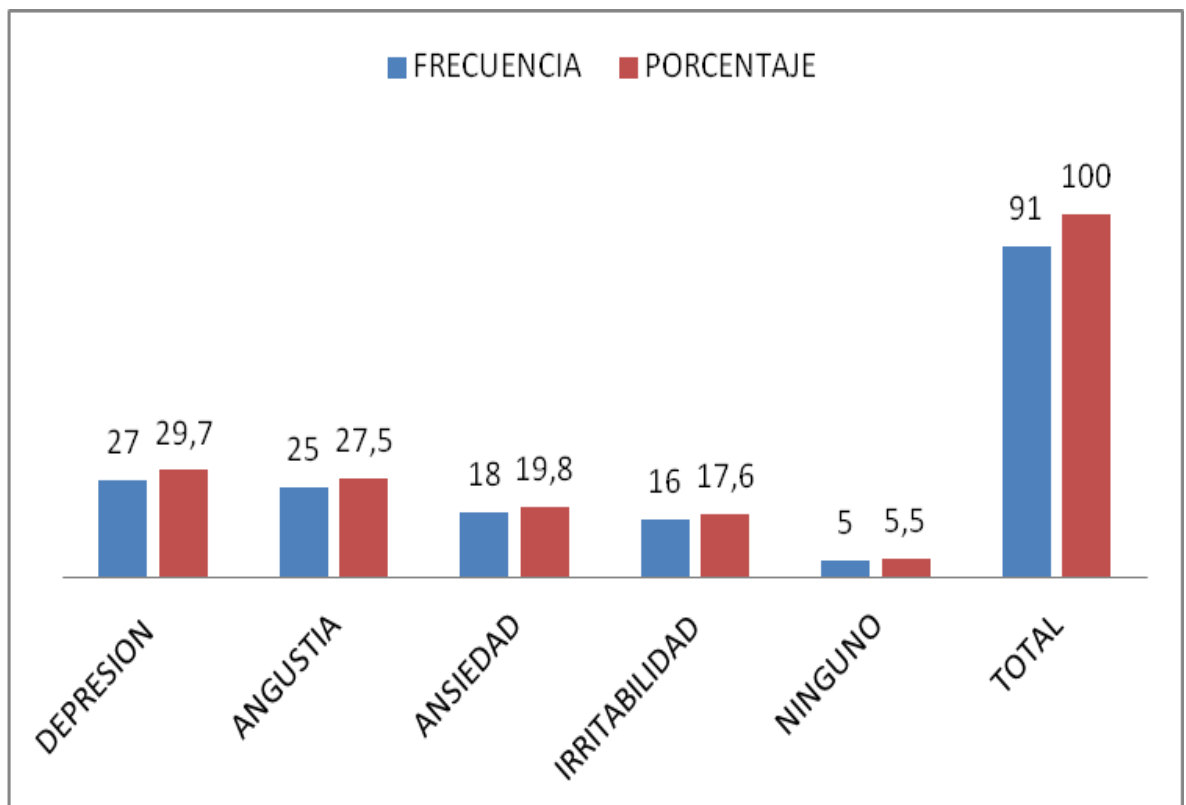
Una mujer tiene "Menopausia Quirúrgica" cuando los ovarios son extirpados quirúrgicamente. La extirpación de ambos ovarios causa menopausia de inmediato y no lentamente. A veces, a algunas mujeres, les extirpan el útero (Matriz). (p. 22)

Con esto se podemos analizar que la mayoría de las mujeres no se han realizado cirugía de extirpación de ovarios por lo que presentan una menopausia natural.

GRAFICUADRO # 3

ESTADOS ANÍMICOS PRESENTADOS

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPRESION	27	29,7
ANGUSTIA	25	27,5
ANSIEDAD	18	19,8
IRRITABILIDAD	16	17,6
NINGUNO	5	5,5
TOTAL	91	100



FUENTE: Matriz recolectora de datos de Historia Clínica General realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranjo
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN

De 91 mujeres con menopausia 27 de ellas presentaron depresión que corresponde al 29,7%, 25 mujeres presentaron angustia que corresponde al 27,5%, 18 pacientes tuvieron ansiedad que corresponde al 19,8%, 16 presentaron irritabilidad que corresponde al 17,6%, 5 pacientes no presentaron ningún cambio de estado anímico que corresponde al 5,5%.

Según San Molina Luis En su libro El Médico en casa: Comprender la depresión dice:

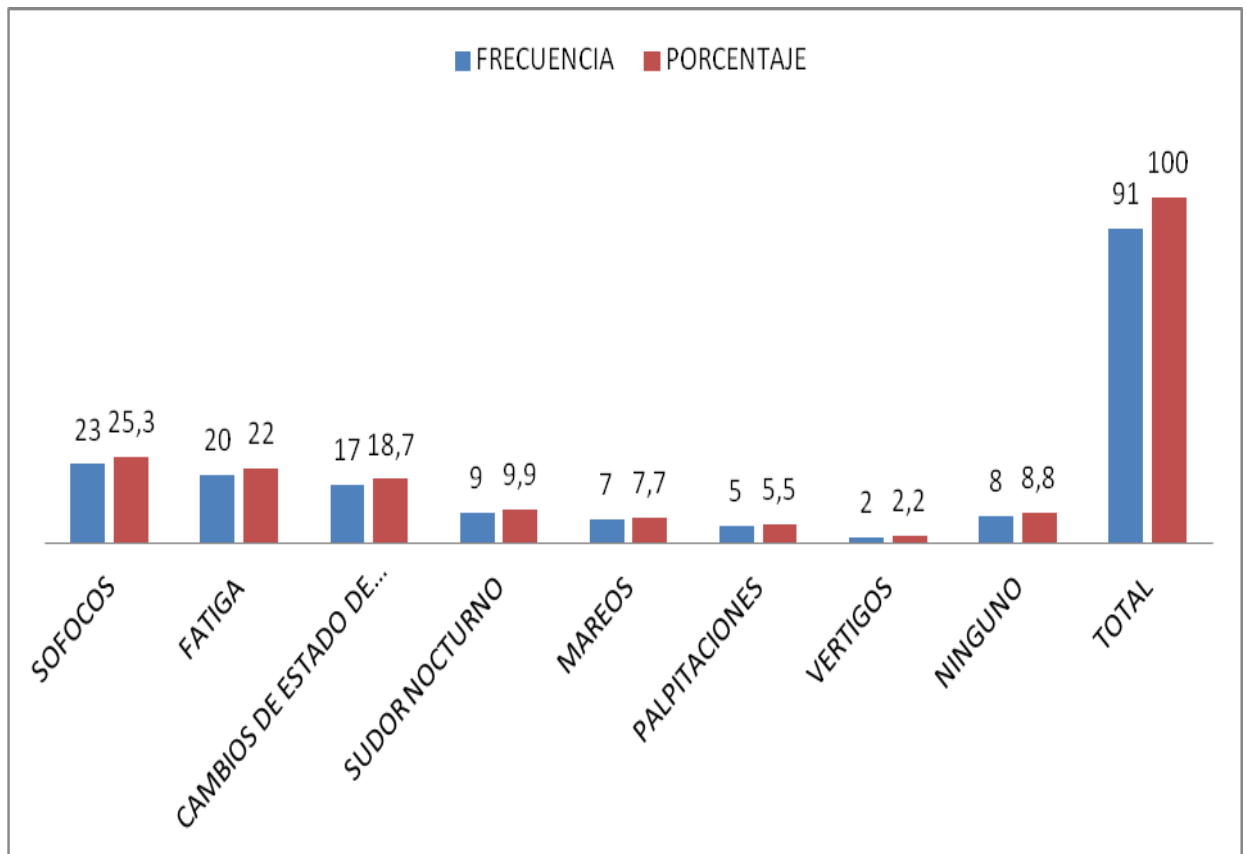
Con frecuencia las mujeres presentan una depresión alrededor de los 40 a 50 años, coincidiendo con la menopausia, posiblemente causada por una disminución de la cantidad de hormonas por lo que el 80 % de las mujeres sufren alteraciones del carácter y depresión en esta fase de su vida. El tratamiento se realiza con antidepresivos o con hormonas (terapia hormonal sustitutiva) (p. 13)

Con esto se analiza que la mayoría de las mujeres en estado de menopausia presentan con mayor frecuencia depresión que afecta a su estado de ánimo, y a su salud en general, incluyendo el descuido de su salud oral.

GRAFICUADRO # 4

CAMBIOS EN EL ORGANISMO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOFOCOS	23	25,3
FATIGA	20	22
CAMBIOS DE ESTADO DE ANIMOS	17	18,7
SUDOR NOCTURNO	9	9,9
MAREOS	7	7,7
PALPITACIONES	5	5,5
VERTIGOS	2	2,2
NINGUNO	8	8,8
TOTAL	91	100



FUENTE: Matriz recolectora de datos de Historia Clínica General realizada a las mujeres con menopausia del sub centro El Naranjo

ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN

De 91 mujeres con menopausia 25 de ellas presentaron depresión que corresponde al 25.3 %, 20 de ellas tuvieron sofocos que corresponde el 22%, 17 pacientes tuvieron cambios de estados de ánimos que corresponde al 18.7, 9 de ellas presentaron sudor nocturno que equivale al 9.9%, 7 pacientes presentaron mareos que corresponde al 7,7%, 5 pacientes tuvieron palpitaciones que corresponde 5,5%, 2 pacientes tuvieron vértigo que equivale al 2,2%, 8 pacientes no tuvieron ningún cambio en su organismo que equivale al 8,8%.

En lo que respecta a las sofocaciones en la menopausia, Rodes en el Libro de la salud del Hospital Clínica de Barcelona y la Fundación BBVA expone:

Las sofocaciones están vinculadas a esta etapa de la vida de la mujer, pueden aparecer ya durante la pre menopausia cuando comienzan a alterarse los periodos menstruales, y desaparecen en general espontáneamente al cabo de un tiempo tras estabilizarse el desequilibrio hormonal que se produce en la transición de la menopausia. (p.14)

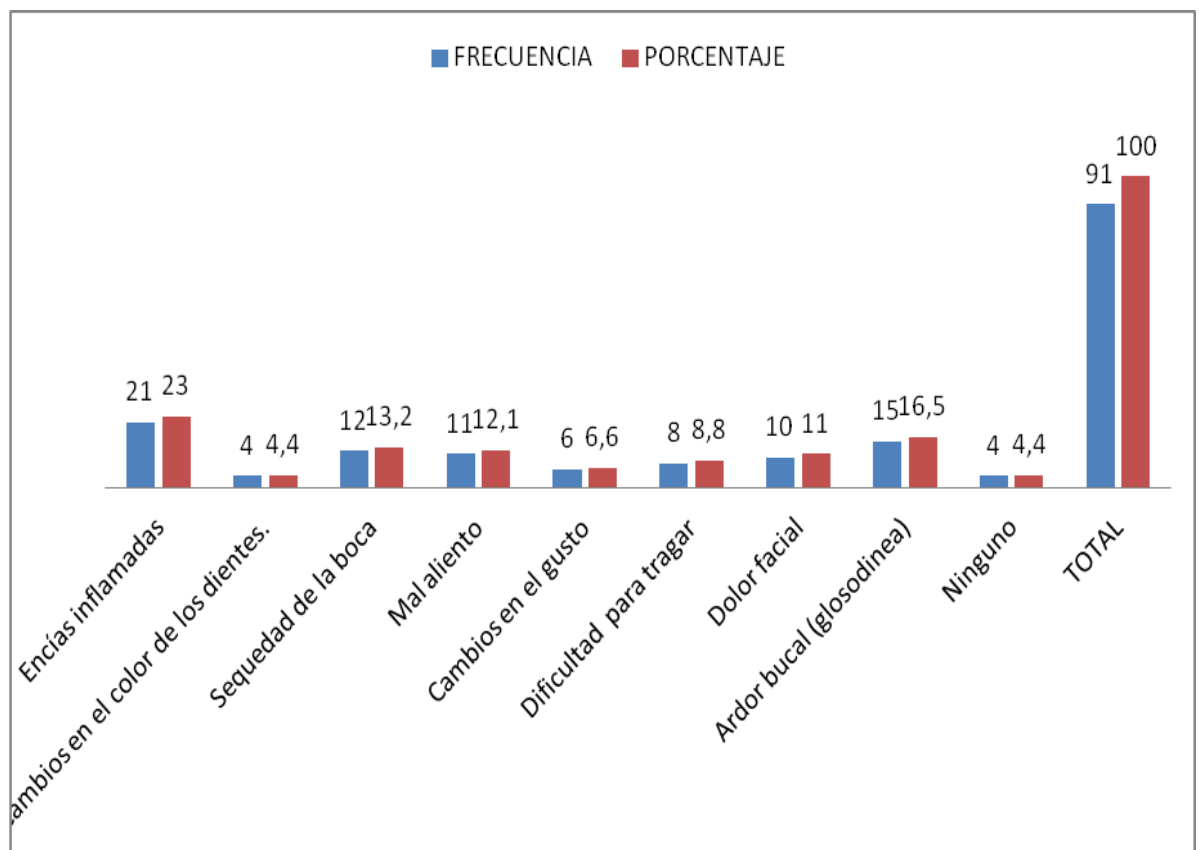
Con esto se analiza que la mayoría de las mujeres presentan como trastorno la sofocación que afecta a su salud física, ya que se producen cambios en su estilo de vida diaria.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE CUADROS COMBINADOS.

GRAFICUADRO #1

PACIENTES CON MENOPAUSIA Y SU INCIDENCIA DE TRASTORNOS ORALES

91 pacientes menopáusicas		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Encías inflamadas	30	21	23
Cambios en el color de los dientes.	5	4	4,4
Sequedad de la boca	15	12	13,2
Mal aliento	13	11	12,1
Cambios en el gusto	7	6	6,6
Dificultad para tragar	9	8	8,8
Dolor facial	12	10	11
Ardor bucal (glosodinea)	17	15	16,5
Ninguno	5	4	4,4
TOTAL	113	91	100



FUENTE: : encuesta realizada y matriz de historias clínicas generales
 ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico número 1 Representa a las mujeres con menopausia relacionándolas con los trastornos orales que estas presentan de las 30 pacientes encuestadas 21 con menopausia presentaron encías inflamadas que corresponde al 23%, de las 5 mujeres encuestadas 4 con menopausia padecieron cambios en el color de los dientes que equivale al 4,4%, de las 15 mujeres encuestadas 12 mujeres con menopausia presentaron sequedad en la boca que corresponde al 13,2%, de las 13 mujeres encuestadas 11 con menopausia presentaron mal aliento que corresponde al 12,1%, de las 7 mujeres encuestadas 6 con menopausia presentaron cambios en el gusto que equivale al 6,6%, de las 9 mujeres encuestadas 8 mujeres con menopausia presentaron dificultad para tragar que corresponde al 8,8%, de las 12 mujeres encuestadas 10 con menopausia presentaron dolor facial que corresponde al 11%, de las 17 mujeres encuestadas 15 con menopausia presentaron ardor bucal que equivale al 16,5% y de las cinco mujeres encuestadas cuatro con menopausia no presentaron ningún tipo de trastornos orales.

Laserna en su libro Higiene Dental Personal Diaria dice:

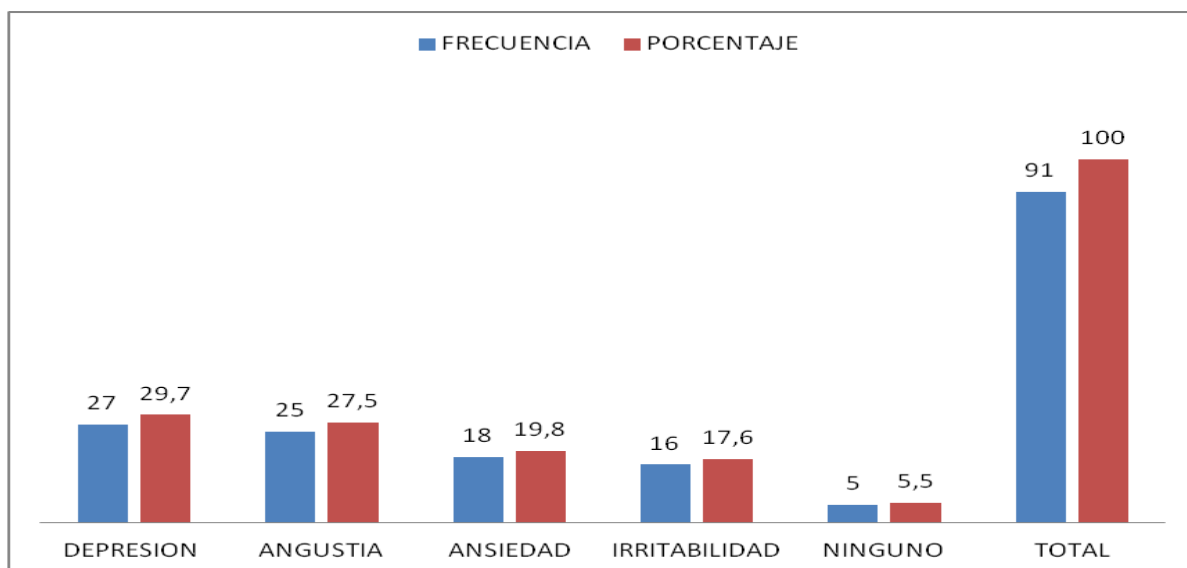
Esta etapa de la vida de la mujer se caracteriza por la disminución de la actividad de los ovarios y de la producción hormonal que conlleva ciertos cambios en el organismo. El descenso de la producción de hormonas durante la menopausia conlleva una serie de modificaciones en las encías, la mucosa bucal 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, sequedad en la boca, halitosis, cambios en el gusto o dificultad para tragar. Extremar los hábitos de higiene bucodental, acudir al especialista periódicamente y recibir un tratamiento médico ayudará a superar estas afecciones bucodentales y mejorar la calidad de vida. (p 25.)

Los resultados demuestran que existen una gran mayoría de mujeres con menopausia que presentan diferentes trastornos orales de los cuales los más comunes fueron encías inflamadas , todo esto debido al descenso de la producción de hormonas durante la menopausia, donde las mujeres deberían de extremar sus hábitos de higiene para poder superar estos problemas o trastornos.

GRAFICUADRO # 2

ESTADO ANÍMICO DE PACIENTES CON MENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON EL DESINTERÉS DE SU SALUD ORAL

ESTADOS ANÍMICOS	FRECUENCIA DEL CEPILLADO								TOTAL
	UNA VEZ		DOS VECES		TRES VECES		NUNCA		
	FREC.	PORCEN.	FREC.	PORCEN.	FREC.	PORCEN.	FREC.	PORCEN.	
DEPRESION	2	32	16	29	9	31	0	0	27
ANGUSTIA	1	17	16	29	8	28	0	0	25
ANSIEDAD	1	17	12	21	5	17	0	0	18
IRRITABILIDAD	1	17	10	18	5	17	0	0	16
NINGUNO	1	17	2	3	2	7	0	0	5
TOTAL	6	100	56	100	29	100	0	0	91



FUENTE: encuesta realizada y matriz de historias clínicas generales
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico número 2 representa el estado anímico de las mujeres menopáusicas relacionándolos con el desinterés por su salud oral, 2 mujeres menopáusicas con depresión se cepillan una vez al día los dientes que corresponde al 32%, 16 Mujeres menopáusicas con depresión se cepillan dos veces al día que equivalen al 29 % y 9 Mujeres menopáusicas con depresión se cepillan tres veces al día los dientes que equivale al 31%, 1 mujer menopáusica con angustia se cepilla una vez al día que corresponde al 17%, 16 dos veces que corresponde al 29% y 8 se cepilla tres veces al día que corresponde al 28%. 1 mujer menopáusica con ansiedad se cepilla una vez al día los dientes que corresponde al 17%, 12 se cepilla dos veces que equivale al 21% y 5 se cepilla tres veces que corresponde al 17%, 1 mujer menopáusica con irritabilidad se cepilla los dientes una vez al día que corresponde al 17%, dos se cepillan dos veces al día que equivale al 3% y 2 se cepillan las tres veces al día que corresponde al 7%

Según San Molina dice:

Se ha descrito que los pacientes con depresión tienen deteriorada su salud bucal, sufriendo un aumento de caries, candidiasis oral y xerostomía. Estos cambios estarían vinculados con la farmacoterapia empleada y por el abandono de hábitos de higiene oral debido a las alteraciones del ánimo de los pacientes (p.13)

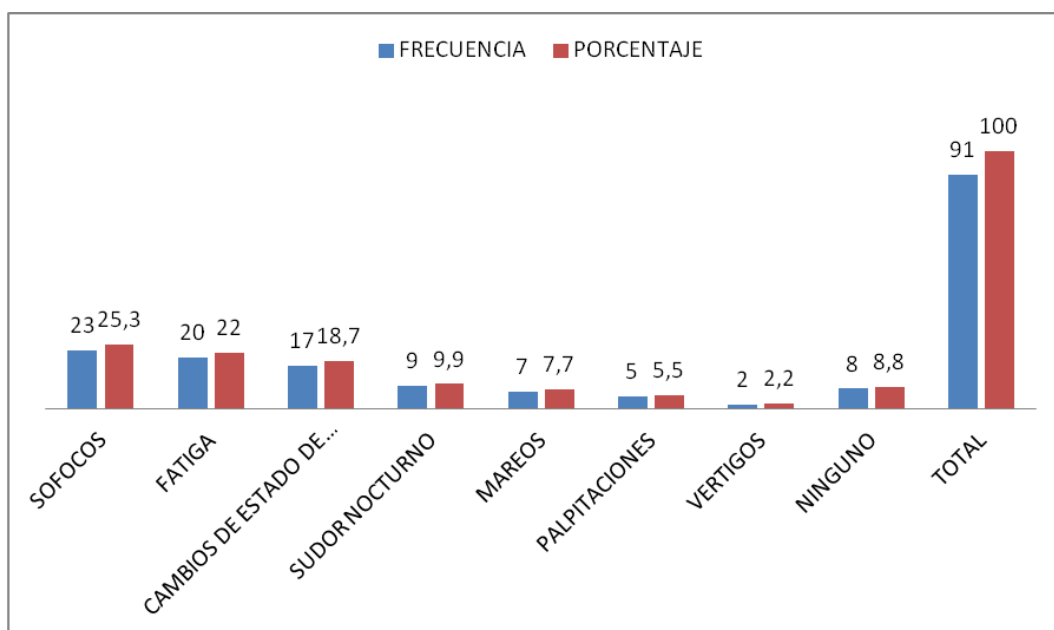
Analizando los resultados obtenidos, determinamos que existe una gran cantidad de mujeres menopáusicas que presentan diferentes cambios anímicos las cuales descuidan su salud oral cepillándose los dientes una

o dos veces al día, siendo las mujeres con depresión las que tienen una mayor incidencia de descuido.

GRAFICUADRO # 3

PACIENTES MENOPÁUSICAS CON CAMBIOS EN EL ORGANIMOS Y SU RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS PERIODONTALES.

CAMBIOS EN EL ORGANISMO	ENFERMEDAD PERIODONTAL								TOTAL
	LEVE		MODERADA		SEVERA		NINGUNA		
	FREC.	PORCEN.	FREC.	PORCEN.	FREC.	PORCEN.	FREC.	PORCEN.	
SOFOCOS	9	31	5	32	2	29	7	17	23
FATIGA	6	21	2	13	1	14	11	27	20
CAMB. EN EL EST. ANIMO	4	14	3	20	0	0	10	25	17
SUDOR NOCTURNO	2	7	2	13	1	14	4	10	9
MAREOS	2	7	1	7	2	29	2	5	7
PALPITACIONES	1	3	1	7	1	14	2	5	5
VERTIGO	1	3	0	0	0	0	1	3	2
NINGUNO	4	14	1	8	0	0	3	8	8
TOTAL	29	100	15	100	7	100	40	100	91



FUENTE: matriz de historias clínicas generales y fichas clínicas odontológicas
ELABORADO POR: Ivan Javier Gorozabel Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico número 3 representa a pacientes menopáusicas con cambios en el organismo y su relación con los problemas periodontales, 9 mujeres con menopausia que presentan sofocos tienen enfermedad periodontal leve que corresponde al 31%, 5 presentaron enfermedad periodontal moderada que equivale al 32%, 2 presentaron enfermedad periodontal severa que corresponde al 29% y 7 mujeres menopáusicas con sofocos no presentan ningún tipo de enfermedad periodontal que corresponde al 17%.

6 mujeres menopáusicas con fatiga presentaron enfermedad periodontal leve que corresponde al 21%, 2 presentaron enfermedad periodontal moderada que equivale al 13%, 1 presentó enfermedad periodontal severa que corresponde al 14% y 11 mujeres menopáusicas con Fatiga no presentaron ningún tipo de enfermedad periodontal que corresponde al 27%

4 mujeres menopáusicas con cambios en el estado de ánimo presentaron enfermedad periodontal leve que corresponde al 14%, 3 presentaron enfermedad periodontal moderada que equivale al 20%, 0 presentó enfermedad periodontal severa que corresponde al 0% y 10 mujeres menopáusicas con cambios en el estado de ánimo no presentaron ningún tipo de enfermedad periodontal que corresponde al 25%.

2 mujeres menopáusicas con sudor nocturno presentaron enfermedad periodontal leve que corresponde al 7%, 2 presentaron enfermedad

periodontal moderada que equivale al 13%, 1 presento enfermedad periodontal severa que corresponde al 14% y 4 mujeres menopáusicas con sudor nocturno no presentaron ningún tipo de enfermedad periodontal que corresponde al 10%.

2 mujeres menopáusicas con mareos presentaron enfermedad periodontal leve que corresponde al 7%, 1 presentaron enfermedad periodontal moderada que equivale al 7%, 2 presento enfermedad periodontal severa que corresponde al 29% y 4 mujeres menopáusicas con mareo no presentaron ningún tipo de enfermedad periodontal que corresponde al 5%.

1 mujer menopáusicas con palpitaciones presentó enfermedad periodontal leve que corresponde al 3%, 1 presentaron enfermedad periodontal moderada que equivale al 7%, 1 presento enfermedad periodontal severa que corresponde al 14% y 2 mujeres menopáusicas con palpitaciones no presentaron ningún tipo de enfermedad periodontal que corresponde al 5%.

1 mujer menopáusicas con vértigo presentó enfermedad periodontal leve que corresponde al 3%, 0 presentaron enfermedad periodontal moderada que equivale al 0%, 0 presento enfermedad periodontal severa que corresponde al 0% y 1 mujer menopáusicas con vértigo no presentaron ningún tipo de enfermedad periodontal que corresponde al 3%.

4 mujeres menopáusicas que no presentaban ningún tipo de cambios en su organismos presentaron enfermedad periodontal leve que corresponde al 14%, 1 mujer presento enfermedad periodontal moderada que

corresponde al 8%, 0 presentaron enfermedad periodontal severa que corresponde al 0% y 3 mujeres que no presentan ningún cambio en su organismo no presentaron ningún tipo de enfermedad periodontal

Según la página web <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v13n3/original2.pdf> dice:

Los cambios hormonales que a su vez producen cambios en el organismo y estados de ánimos que se producen durante la menopausia pueden ser un factor de riesgo para los tejidos periodontales, los factores de riesgo asociados son el acumulo de placa bacteriana en el que juegan un papel muy importante los microorganismos, ya que las mujeres durante esta etapa debido a los signos como fatiga sofocaciones mareos descuidan su salud oral. (p 50.)

Con esto podemos analizar que existen una gran cantidad de mujeres menopáusicas con cambios en el organismo que presentan enfermedades periodontales debido a los bajos niveles de estrógenos que se producen durante esta etapa

CONCLUSIONES

1. Se identificó que el 91 % de las pacientes encuestadas son menopáusicas y que de estas el 66% presentaron trastornos bucales.
2. Se evaluó el estado anímico de los pacientes las cuales presentaron 79% entre angustia, depresión y ansiedad de los cuales el 87 % presento desinterés por su salud oral.
3. Se relacionó los cambios en el organismo en las pacientes encuestadas presentando el 79% entre fatiga sofocos y cambios en el estado de ánimo de estos se comparó con los problemas periodontales de los cuales el 46 % presentaron gingivitis leve y moderada.
4. Se identificó los hábitos alimenticios de las mujeres con menopausia de las cuales presentan un 47% con consumo de carbohidratos cítricos azúcares y de estos el 51% presenta caries en sus piezas dentales.

BIBLIOGRAFIA

- Bajo, José. (2009). *Fundamentos de ginecología*. España: Editorial Panamericana.
- Barrancos, Money. (2007). *Operatoria Dental: Integración clínica*. 4º Edición. España: Edición Panamericana.
- Brenna, franco, (2010). *Odontología restauradora*. 1ª Edición. España: Editorial Elsevier.
- Bordoni, Noemi. (2010). *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. 1º Edición. España: Editorial Panamericana.
- Ceccot, (2007). *El Diagnóstico en Clínica Estomatológica*. España: Editorial Panamericano.
- Duque, Guillermo. (2007). *Semiología médica integral*. 1º Edición. Colombia; Editorial Universidad de Antioquia,
- Fitzpatrick, Thomas. (2009). *Dermatología En Medicina General*. 7º Edición. Madrid: Editorial Panamericano,
- Haya, Francisco. (2007). *Uso práctico de la fitoterapia en ginecología*. Madrid: Editorial Panamericana,
- Laserna, Vicente. (2008), *Higiene Dental Personal Diaria*. Canadá: Editorial Trafford.
- Molina, Luis. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona: editorial Amat,
- Martínez, Ester. (2011). *Segunda Parte Hay Mucha Vida Después de Los 50*. 2º Edición. Estados Unidos De América: Editorial noufront,
- Mejia, Magdalena. (2007). *El poder curativo de los alimentos: La salud está en su despensa*. Madrid: Editorial Edaf,
- Monés, Joan. (2009). *Comprender El Estreñimiento Y la Diarrea*. Barcelona: Editorial Amat,
- Mones, Joan. (2010). *Comprender las enfermedades del esófago y estómago*. Barcelona: Editorial Amat,

- Northrup, Christiane. (2009). *Lo placeres secretos de la menopausia*. 1° Edición. Estados Unidos: Editorial Jill kramer,
- Negron, Marta. (2009). *Microbiología Estomatológica: Fundamentos y guía práctica*. 2° Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana,
- Porter, Robert . (2010). *Manual Merck: de Signos y Síntomas del Paciente. Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid: Editorial Panamericana,
- Porta, Josep. (2008). *Manual de Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Madrid: Editorial Aran,
- Palma, Ascensión. (2007). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica: Cuidados auxiliares de enfermería sanidad*. 1° Edición. España: Editorial COPYRIGHT,
- Rodés, Juan. (2007). *Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA*. Barcelona: Edición Rodes,
- Ross, Michael. (2007). *Histología: Texto y atlas color con biología celular molecular*. 5° Edición. España: Editorial Panamericana,
- San Molina, Luis. (2010). *El Médico en casa: Comprender la depresión*. Barcelona: Editor Amat SL.
- Salin, Rafael . (2007). *El Matriarcado y la Forja de Nuestros Rasgos Específicamente Humanos: El papel de la mujer en la evolución de nuestra especie*. Barcelona: Editor Lulu.com,
- Sepa. (2007). *Higienistas Dentales: Servicios de salud de Castilla y León*. 2° Edición. Buenos Aires: Editorial Mad,
- Sepa, (2009). *Manual de higiene bucal*. Buenos Aires: Editorial panamericana,
- Sepa, (2006). *Manual SEPA de Periodoncia y terapéutica de implantes*. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Ulla, Rahn. (2009). *La menopausia: Guía práctica Supera los desafíos físicos y psicológicos de la menopausia*. Barcelona: edición Robinbook.
- Villafranca, Felix. (2007) *Manual del técnico superior en higiene bucodental*. España: Editorial Mad SL.

WEDGRAFÍAS

- Isoflavones.info. ¿qué es la menopausia? (en línea). <<http://www.isoflavones.info/es./menopausia.php>> (citado enero del 2012)
- Escuela de medicina curso integrado de clínicas médico-quirúrgicas. Apuntes de Fisiopatología de Sistemas. <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/tercero/IntegradoTercero/ApFisiopSist/endocrino/Menopausia.html>>(Citado en Agosto del 2001)
- Umbral comunicación. ¿QUÉ ES EL CLIMATERIO? (en línea) <<http://www.umbralcomunicacion.org/publica/folleto.pdf>> (citado diciembre del 2011)
- Escuela académica profesional de obstetricia. Climaterio y Menopausia. (en línea) <<http://www.slideshare.net/990662398/climaterio-y-menopausia>> (Citado el 6 de Febrero del 2009)
- Asociación Colombiana de menopausia Generalidades sobre la menopausia y el climaterio (en línea) <http://www.asomenopausia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=61:generalidades-sobre-la-menopausia-y-el-climaterio&catid=41:comunidades&Itemid=57> (citado el lunes 9 de marzo del 2009)
- Menopausia feliz. La depresión (en línea) <<http://www.menopausiafeliz.net/index.php?/depresionymenopausia.html>>(citado en noviembre del 2011)
- salud.kioskea.net. Los síntomas de la menopausia (en línea) <<http://salud.kioskea.net/faq/499-los-sintomas-de-la-menopausia>> (citado el 3 de mayo del 2011)
- MedlinePlus. Menopausia (en línea) <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000894.htm>> (citado el 13 de septiembre del 2011)

- Medline Plus. Manejo de la menopausia en casa.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000392.htm>. (Citado el 26 de septiembre del 2011)
- Univision.com. Tipos de Menopausia (en línea)
<http://foro.univision.com/t5/De-paso-por-la-Menopausia/%C2%BAoO-quot-3-TIPOS-DE-MENOPAUSIA-quot-Oo%C2%BA/td-p/216453234#axzz1tkDYtHQr> (citado el 30 de Noviembre del 2007)
- Scribd. Menopausia y la enfermedad periodontal. (en línea)
<http://es.scribd.com/doc/16617723/Menopausia-y-La-Enfermedad-Periodontal-2> (citado en el 2012)
- El blog de la salud bucal. Origen y tipos de halitosis. (en línea)
<http://www.blogsaludbucal.es/archive/2010/09/13/origen-y-tipos-de-halitosis.html> (citado el 1 de Octubre del 2010)
- Cuida tu aliento.com. Causas de la Halitosis. (en línea)
http://www.cuidatualiento.com/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=61 (citado en septiembre del 2011)
- Medifan. Halitosis: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. (en línea) <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n1/hablemosde2.pdf> (citado en Enero del 2002)
- El mundo.es. Xerostomía, el síndrome de la boca seca (en línea)
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/02/26/medicina/1172478838.html> (citado el 26 de febrero del 2007)
- Javier Jiménez Duarte, MD. Aspectos clínicos y tratamiento de la xerostomía (en línea)
http://www.acorl.org.co/miembros/documentos/revista_marz_2005/XEROSTOMIA.pdf (citado en marzo del 2005)
- Luis Vázquez Pedreño. Disfagia (en línea)
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/difagia.pdf> (citado en Agosto del 2011)

- Luis Vázquez Pedreño. Disfagia (en línea) <<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/disfagia.pdf>> (citado en Agosto del 2011)
- Lic. Liliana Laurenti. Abordaje nutricional en el tratamiento de la disfagia. (en línea) <http://www.annyn.org.ar/dspace/bitstream/123456789/278/1/2007_14_01_22.pdf> (citado en el 2007)
- Luis Vázquez Pedreño. Disfagia (en línea) <<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/disfagia.pdf>> (citado en Agosto del 2011)
- Crianza Natural. ¿Qué es la Caries? (en línea) <<http://www.crianzanatural.com/art/art10.html>> (citado en el 2006)
- Medline Plus. Caries Dentales. (en línea) <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001055.htm>> (citado en el 22 de Febrero del 2010)
- Marina Otero Spagnuolo. Enfermedad periodontal: causas, síntomas y tratamiento (en línea) <<http://suite101.net/article/enfermedad-periodontal-causas-sintomas-y-tratamiento-a42232>> (citado el 7 de marzo del 2011)
- Rodriguez manifestaciones periodontales en la menopausia pdf (en línea) <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v13n3/original2.pdf> (citado el 10 de julio del 2010)
- Rosalía Frutos, menopausia (en línea) http://www.ugr.es/~jagil/menopausia_machuca.pdf (citado el 14 de diciembre del 2011)

PROPUESTA ALTERNATIVA.

IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA:

Fortalecer el conocimiento a través de un sistema educativo para lograr disminuir los diferentes trastornos de la cavidad bucal que se presentan en las mujeres con menopausia que asisten al Sub Centro de Salud El Naranjo.

FECHA DE PRESENTACIÓN:

Julio del 2012

ENTIDAD EJECUTADORA:

Sub Centro de Salud El Naranjo

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO:

Educación para la salud

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA:

El sub centro de salud EL NARANJO se encuentra ubicado en la parroquia Simón Bolívar de la provincia de Manabí en el cantón de Portoviejo.

JUSTIFICACIÓN:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2030 habrá más de un billón de mujeres con más de 50 años. Este aumento de la esperanza de vida traerá consigo un aumento paralelo de la incidencia de enfermedades asociadas a esta etapa.

Esta etapa de la vida de la mujer se caracteriza por la disminución de la actividad de los ovarios y de la producción hormonal que conlleva ciertos cambios en el organismo. Sofocos, fatiga, sudor nocturno o cambios de estado de ánimo son alguno de los trastornos más conocidos. Sin embargo, se desconocen los problemas bucodentales asociados a esta fase.

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.

Extremar los hábitos de higiene bucodental, acudir al especialista periódicamente y recibir un tratamiento médico ayudará a superar estas afecciones bucodentales y mejorar la calidad de vida.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este proceso investigativo se puso observar que las mujeres con menopausia que asisten al Sub Centro El Naranja padecen de diferentes trastornos bucales, debido al desconocimiento de cómo prevenir dichas enfermedades.

Mediante esta propuesta se pretende beneficiar a las mujeres con menopausia para que ellas tengan conocimiento de cómo cuidar su salud oral durante este trayecto de su vida. El proyecto es factible de realizarlo porque esta al alcance educativo y económico de el investigador.

MARCO INSTITUCIONAL:

Esta investigación tuvo como escenario el sub centro de salud EL NARANJO, que se encuentra ubicado en la parroquia Simón Bolívar de la provincia de Manabí en el cantón de Portoviejo. Se inauguró y entró en servicio en Octubre de 1981 gracias a los esfuerzos realizados por los moradores al ver las necesidades de este servicio, ante la noble causa del Consejo Provincial de Manabí y el Ministerio de Salud Pública; a partir de ese año poco a poco el subcentro se ha ido implementado. Los servicios de consultas médicas entran en función al año siguiente de su inauguración y han venido elaborando algunos médicos brindando su servicio rural, actualmente se encuentra la Dra. Andrea Torres (directora) Lcda. Irlanda Moreira (enfermera), Sra. Nelly Moreira (auxiliar de enfermería), Dr. Marco Flores (odontólogo) Sra. Olaya Moreira (auxiliar de servicio), interna de enfermería e interno de odontología.

En odontología la población asignada es de 4408 pacientes anualmente de los cuales 450 están entre 45 a 64 años y de 65 en adelante son 352, esta área presta casi todos los servicios menos ortodoncia y prótesis a placa.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Fomentar medidas de prevención en mujeres con menopausia para disminuir los trastornos bucales que se presentan en su cavidad oral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Incentivar a las mujeres con menopausia a la asistencia periódica al odontólogo para realizar tratamientos preventivos.
- Capacitar a las mujeres con menopausia sobre los diferentes trastornos bucales que pueden aparecer durante esta etapa de su vida.

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Mediante la investigación realizada se observó que las mujeres con menopausia en su gran mayoría presentan diferentes trastornos bucales debido a la falta de prevención de éstos entre las más frecuentes tenemos problemas periodontales por la acumulación de placa bacteriana en su cavidad oral, para disminuir estas enfermedades y así estas mujeres puedan conservar una buena salud oral durante esta etapa de su vida , se realizará un programa educativo sobre temas de prevención mediante la entrega de trípticos cuyos temas serán:

- ¿QUÉ ES LA MENOPAUSIA?
- LO QUE DEBES COMER DURANTE LA MENOPAUSIA
- QUE HACER FRENTE A LA DEPRESION

- TRASTORNOS DE LA CAVIDAD BUCAL EN LA MENOPAUSIA
- HALITOSIS, ARDOR BUCAL, XEROSTOMÍA (BOCA SECA), DISFAGIA, CARIES DENTAL, ENFERMEDAD PERIODONTAL: GINGIVITIS, PERIODONTITIS LEVE, PERIODONTITIS DE MODERADA A AVANZADA
- CUIDADOS DE TU BOCA DURANTE ESTA ETAPA

BENEFICIARIOS:

Las beneficiarias directas son las mujeres con menopausia que acuden al Sub Centro de Salud El Naranjo.

DISEÑO METODOLÓGICO:

Par el cumplimiento de los objetivos se realizó las siguientes actividades:

Reunión con la directora y el odontólogo de la Unidad Operativa El Naranjo, para dar a conocer los resultados obtenidos en la investigación y la propuesta alternativa de solución al problema, con el fin de obtener apoyo en el desarrollo de la misma.

Se elaboró material para la realización de charlas: trípticos y gigantografía que fueron entregados a las pacientes del subcentro y a el odontólogo respectivamente.

Se elaboraron charlas educativas a las mujeres con menopausia a las que se les entrego los trípticos elaborados

CRONOGRAMA:

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA

Actividades	JUNIO				JULIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Reunión con las autoridades				X				
Socialización de la propuesta				X				
Elaboración de la Gigantografía					X			
Elaboración de los trípticos					X			
Entrega de la gigantografía						X		
entrega de los trípticos						X		
Charlas educativas						X		

PRESUPUESTO:

RUBROS	CANTIDAD	VALOR	COSTO	FUENTE DE
		UNITARIO	TOTAL	FINANCIAMIENTO
TRANSPORTE	1	15	15.00	AUTOR
GIGANTOGRAFIA	1	25	30.00	AUTOR
TRIPTICO	1	8	8.00	AUTOR
COPIA DE TRIPTICOS	50	1.80	90.00	AUTOR
SUBTOTAL	----	----	143	AUTOR
IMPREVISTO	----	----	14,3	AUTOR
TOTAL	----	----	157,3	AUTOR

SOSTENIBILIDAD:

Esta propuesta es sostenible porque cuenta con la predisposición de la directora de la unidad operativa de El Naranjo la doctora y del odontólogo del Sub centro el Doctor Marcos Flores, de continuar con las charlas educativas a las mujeres con menopausia para disminuir las enfermedades bucales producto de esta etapa de su vida.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

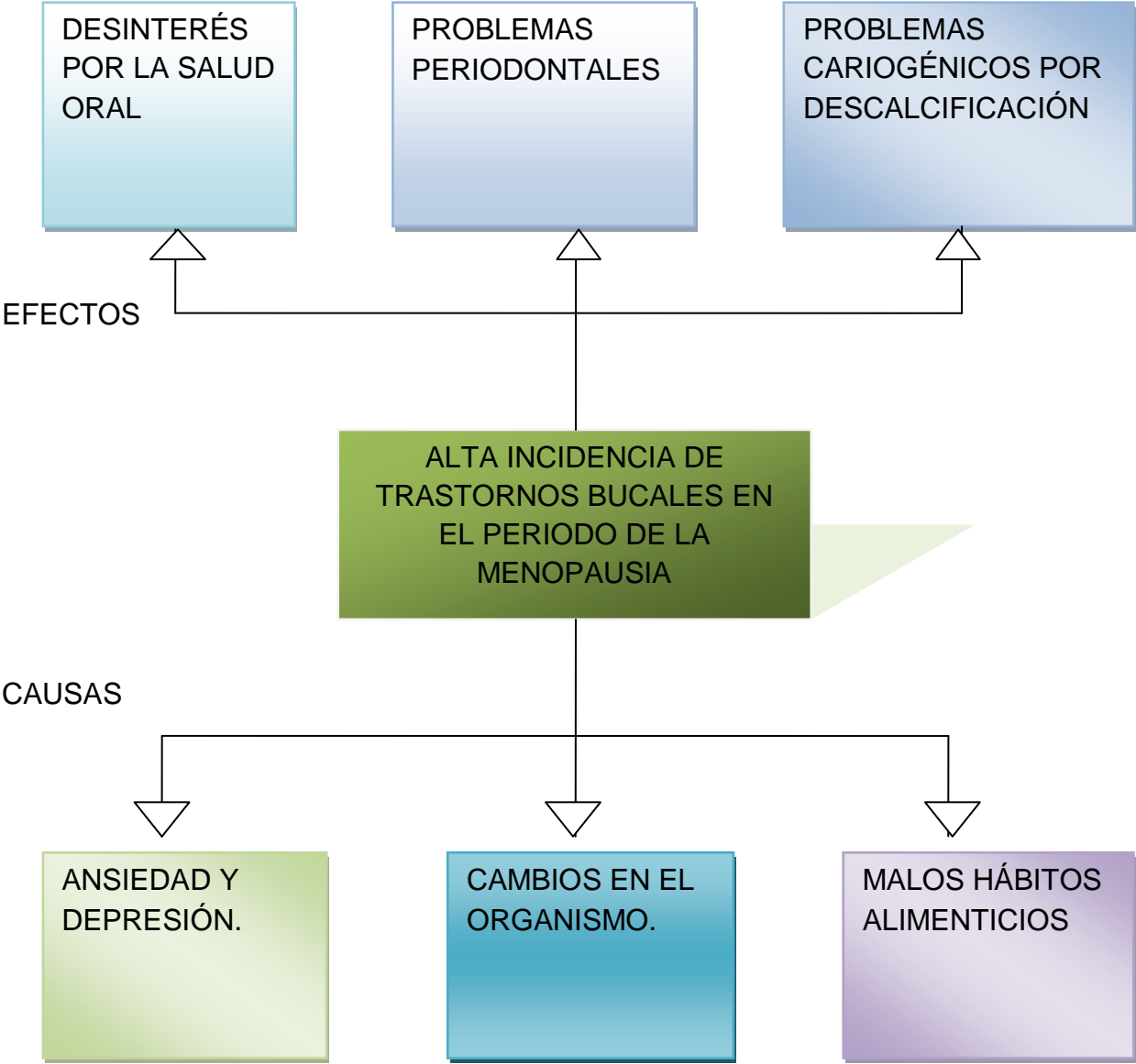
La propuesta fue financiada por el autor de la investigación

Propuesta Alternativa

ANEXOS

ANEXOS 1

ÁRBOL DEL PROBLEMA



PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE	COSTO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
		MEDIDA	UNITARIO		AUTOGESTIÓN	APORTE EXTERNO
Fotocopias	1000	Unidad	0.03	30	30	
Papel	3	Resma	4.90	14.70	14.70	
Internet	3	Meses	19.50	58.50	58.50	
Tinta B/N	2	Cartucho	15.00	30.00	30.00	
Tinta a color	3	Cartucho	28.00	30.00	30.00	
Materiales de oficina		Unidad		15.00	15.00	
Pen drive	1	Unidad	8.00	8.00	8.00	
Computadora	1	Unidad	1.050	1.050	1.050	
Guantes	2	Caja	7.00	14.00	14.00	
Mascarilla	1	Caja	4.00	4.00	4.00	
Encuadernación de proyecto	3	Unidad	1.20	3.60	3.60	
Encuadernación de Tesis	4	Unidad	10.00	40.00	40.00	
Viáticos		Unidad	200	200	200	
Subtotal				1497.80	1497.80	
Imprevistos				149.78	149.78	
Total				1647.58	1647.58	

ANEXO 2

UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
MENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE LA CAVIDAD
BUCAL

Formulario de encuesta dirigida a las mujeres que tienen de 45 a 60 años de edad que acuden al subcentro de salud EL NARANJO.

Marque con una X en el literal que crea conveniente

1.- ¿CUÁNTAS VECES SE CEPILLA LOS DIENTES AL DÍA?

- a.- una vez _____
- b.- dos veces _____
- c.- tres veces _____
- d.- nunca _____

2.- ¿QUÉ IMPLEMENTOS USA PARA LA LIMPIEZA DIARIA DE SU BOCA?

- Cepillo dental _____
- Hilo dental _____
- Enjuague bucal _____
- Pasta dental _____

3.- ¿CADA CUÁNTO VA AL ODONTOLOGO?

- a. Cada 6 meses. _____
- b. Una vez al año. _____
- c. Cuando presento dolor bucal. _____
- d. Nunca _____

4.- TRASTORNOS ORALES PRESENTADOS

- a. Encías inflamadas _____
- b. Cambios en el color de los dientes. _____
- c. Sequedad de la boca _____
- d. Mal aliento _____
- e. Cambios en el gusto _____
- f. Dificultad para tragar _____
- g. Dolor facial _____
- h. Ardor bucal (glosodinea) _____
- i. Ninguno _____

5.- DESDE QUÉ EDAD EMPEZÓ A PRESENTAR ESTOS TRASTORNOS.

- De 40 a 45 años _____
- De 45 a 50 años _____
- De 50 a 55 años _____

6.- CON QUE FRECUENCIA CONSUME LOS SIGUIENTES ALIMENTOS:

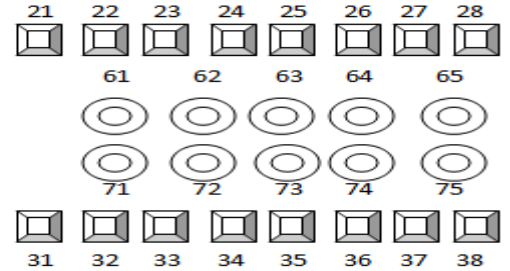
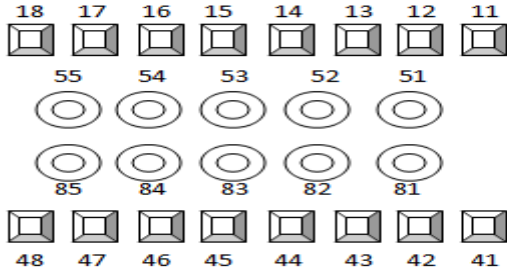
- Carbohidratos (**almidones, levaduras, pastas**) y azúcares _____
- Carnes _____ Cítricos _____
- Frutas _____ Lácteos _____
- Vegetales _____

**UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

FICHA CLÍNICA

**}Nombre del Paciente.....Edad..... Ocup.
Dirección..... Teléfono.....**

1. MOTIVO DE LA CONSULTA:
.....
2. PROBLEMA ACTUAL
.....
3. EXAMEN DEL PROBLEMA ESTOMATOGNÁTICO
.....
4. ODONTOGRAMA



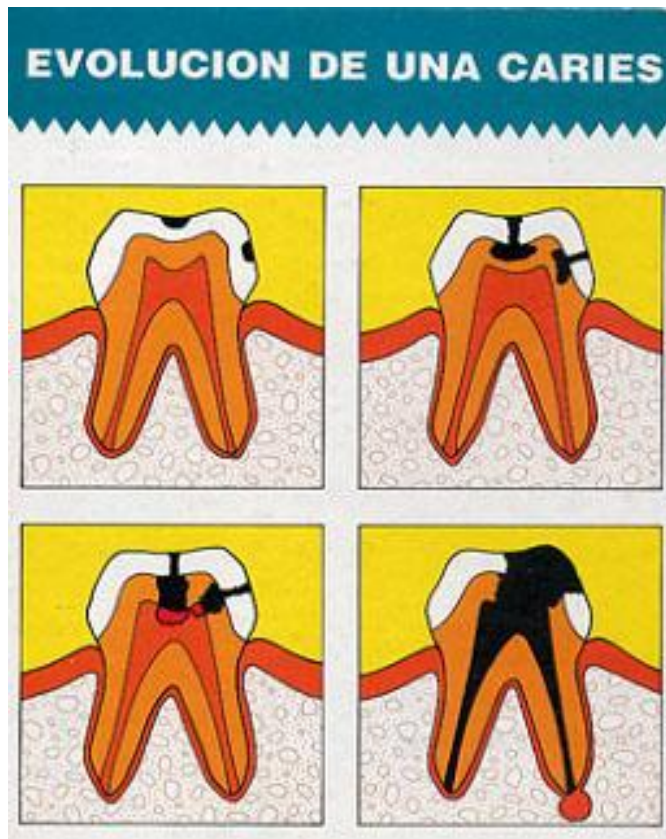
5. INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA						
PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	
			0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	
16	17	55				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				

ENFERMEDAD PERIODONTAL	
LEVE	
MODERADA	
SEVERA	

6. DIAGNOSTICO DEFINITIVO.....

ANEXO 3



EVOLUCION DE LA CARIES



TIPOS DE GINGIVITIS



RESEQUEDAD DE LA BOCA

PERIODONTITIS:



ANEXO 4

ELABORACIÓN DE ENCUESTA









ELABORACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS







**REALIZANDO LAS CHARLAS EDUCATIVAS Y ENTREGA DE TRÍPTICOS A LAS
MUJERES DEL SUB CENTRO DE SALUD EL NARANJO**









LA DIRECTORA DEL SUB CENTRO DE SALUD EL NARANJO FIRMANDO EL ACTA DE COMPROMISO



ENTREGA DE GIGANTOGRAFÍA

