

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN DE CIENCIA E INNOVACION TECNOLÓGICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIENFUEGOS**



POLICLÍNICO RAMÓN CLAUDIO DELGADO AMESTOY

SALUD BUCAL EN PACIENTES CON PARKINSON EN EL MUNICIPIO DE CIENFUEGOS, 2020-2022

Tesis para optar por el título de especialista de primer grado en
Estomatología General Integral.

Autora:

Kamila Fernández-Calienes Albelo

Tutora:

DraC. Ana Belkys Hernández Millán.

CIENFUEGOS, 2022

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN DE CIENCIA E INNOVACION TECNOLÓGICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIENFUEGOS**



POLICLÍNICO RAMÓN CLAUDIO DELGADO AMESTOY

**SALUD BUCAL EN PACIENTES CON PARKINSON EN EL
MUNICIPIO DE CIENFUEGOS, 2020-2022**

Tesis para optar por el título de especialista de primer grado en
Estomatología General Integral.

Autora:

Kamila Fernández-Calienes Albelo
Residente de segundo año de Estomatología General Integral.

Tutora:

Dra.C. Ana Belkys Hernández Millán.
Doctora en Ciencias Estomatológicas.
Especialista de segundo grado en Estomatología General Integral.
Máster en Urgencias estomatológicas y en Educación Médica.
Investigadora auxiliar.
Profesora auxiliar.

CIENFUEGOS, 2022

PENSAMIENTO

**El cuerpo ha dejado de escuchar al cerebro. Debería sentir dolor, pero la mente
esta congelada, atrapada por un rompecabezas que no puede resolver**

Anónimo.

AGRADECIMIENTOS.

DEDICATORIA

RESUMEN.

Introducción: la enfermedad de Parkinson es el segundo trastorno neurodegenerativo más frecuente, después de la enfermedad de Alzheimer. Es una patología del sistema nervioso central, se caracteriza por el deterioro progresivo de las neuronas en la sustancia negra del cerebro, generando una disminución de la dopamina(neurotransmisor) que es fundamental para el movimiento; por lo que el cerebro no dispone de la dopamina suficiente y los mensajes de cómo y cuándo moverse se transmiten de forma errónea, apareciendo de forma gradual los síntomas motores típicos. **Objetivo:** describir la salud bucal en pacientes con enfermedad del Parkinson pertenecientes al área 6 de salud del policlínico Ramón Claudio Delgado Amestoy, Municipio Cienfuegos **Métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el periodo de estudio de 2020 al 2022. Las principales variables fueron: edad, sexo, nivel educacional, ocupación, factores de riesgo y etiológicos, clasificación epidemiológica, estadios según Hoehn y Yahr problemas de salud bucal. **Conclusión:** los grupos de edad más afectados fueron los de 70 a 79 años de edad con predominio del sexo masculino y nivel de escolaridad de universitario, preponderando los jubilados. Entre los factores de riesgo prevaleció la edad y el sexo y la etiología generalmente fue desconocida. Sobresalieron según la clasificación por estadios de Hoehn y Yahr el estadio III y se clasificaron epidemiológicamente en enfermos y deficientes discapacitados, donde la disfunción oclusal por desdentamiento y la caries dental sobresalieron determinándose que a mayor gravedad de la enfermedad mayores son los problemas de salud bucal.

Palabras Clave: salud bucal, enfermedad del Parkinson, alteraciones dentales.

ÌNDICE.

Introducción	1
Marco Teórico	6
Diseño Metodológico	16
Análisis y Discusión de los resultados	24
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
Referencias bibliográficas	
Anexos	

INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades neurológicas son actualmente las principales causas de discapacidad, y entre otras, el Parkinson se manifiesta con mayor índice en crecimiento. La enfermedad de Parkinson (EP) es el segundo trastorno neurodegenerativo más frecuente, después de la enfermedad de Alzheimer.¹

Es una patología del sistema nervioso central, descrita por primera vez en 1817 por el médico británico James Parkinson, quien la denominó parálisis temblorosa y posteriormente llevaría su nombre¹, se caracteriza por el deterioro progresivo de las neuronas en la sustancia negra del cerebro, generando una disminución de la dopamina(neurotransmisor) que es fundamental para el movimiento; por lo que el cerebro no dispone de la dopamina suficiente y los mensajes de cómo y cuándo moverse se transmiten de forma errónea, apareciendo de forma gradual los síntomas motores típicos.

2

La edad media del comienzo se presenta a los 55 años aproximadamente, aumentando el factor de riesgo paralelamente con el tiempo. Afecta a todas las razas y a ambos sexos, con un ligero predominio masculino; la incidencia anual es de 8 a 18 casos nuevos por 100 000 habitantes. Padecen Parkinson más de 7 millones de personas en el mundo aproximadamente.³

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los casos de esta enfermedad aumentarán en los próximos años debido al envejecimiento de la población y al incremento en la esperanza de vida a nivel global, con lo que para 2040 podría colocarse como la enfermedad grave más común; por lo que en menos de 20 años superará los 12 millones de personas afectadas.⁴

Se caracteriza por ser un trastorno motor progresivo cuyos principales síntomas son la torpeza generalizada con lentitud en la realización de movimientos, inexpresividad facial, temblor, rigidez y bradicinesia (movimientos lentificados).⁴

El temblor comienza de manera gradual afectando las manos, brazos, piernas y la mandíbula, aumenta con la fatiga, tensión emocional y desaparece durante el sueño, los músculos permanecen tensos y contraídos originando dolor, se presenta dificultad en la marcha, disminución del parpadeo y facies en máscara.⁵

No es infrecuente la asociación de síntomas no motores como cierto grado de depresión o de disfunción autonómica e incluso la aparición de cierto deterioro cognitivo.⁶ Su causa es desconocida, pero se cree que es consecuencia de una combinación de factores genéticos, ambientales y de envejecimiento.² El diagnóstico de la enfermedad al día de hoy sigue siendo clínico, con los datos aportados por el paciente y su familia y los hallazgos de la exploración física, se basa en la historia clínica y en un examen neurológico.⁷

Los síntomas no motores de la EP pueden aparecer incluso varios años antes de la aparición de las manifestaciones motoras, es decir estos síntomas pueden preceder el diagnóstico de la EP clínicamente manifiesta. Desafortunadamente, en la mayoría de los casos no se informa al médico sobre estos síntomas, ya sea por no ser preocupantes para el paciente o bien por no asociarlos a la presencia de síntomas motores. De igual forma, estos síntomas no motores pueden pasar desapercibidos.⁸

En forma general los síntomas no motores pueden dividirse en síntomas autonómicos (gastrointestinales, cardíacos y genitourinarios), trastornos del sueño, síntomas neuropsiquiátricos y deterioro cognitivo/ demencia. En la actualidad, el conocimiento de la prevalencia de estos síntomas es de vital importancia para mejorar la precisión diagnóstica como también para una comprensión más profunda de la fisiopatogenia de la enfermedad. Se ha estimado que más de 90% de los pacientes con EP muestran algún síntoma no motor durante el curso de la enfermedad.⁸

La frecuencia y tiempo de aparición dependerá del síntoma en cuestión. La frecuencia puede variar de 8.7% (alucinaciones) hasta 78.3% (nicturia), mientras que otros estudios han revelado una prevalencia de alteraciones en el ánimo o cognición de hasta 87.5%.

En la población mexicana se han registrado las siguientes frecuencias de síntomas no motores: gastrointestinales 30%, síntomas urinarios 60%, alteraciones en la memoria/atención/apatía 39%, alucinaciones 16%, depresión/ansiedad 55%, disfunción sexual 30%, síntomas cardiovasculares 35%, trastornos del sueño 40% y otros 27%. Se concluye que la prevalencia de síntomas no-motores en población mexicana es similar a la registrada en otros países.⁸

Trastornos del sueño Los diversos problemas del sueño que surgen durante la EP, ocurren probablemente con mayor frecuencia en estos pacientes, dando como resultado una deficiente calidad de vida y agravamiento del parkinsonismo al día siguiente. Los trastornos del sueño presentes en la EP incluyen insomnio, apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas, movimientos periódicos de las extremidades, somnolencia excesiva diurna y trastorno conductual del sueño MOR (movimientos oculares rápidos), conocido como RBD por sus siglas en inglés (REM sleep behaviour disorder).^{8,9}

El trastorno del sueño RBD es de particular interés, su prevalencia varía entre 22 y 73% y precede a la enfermedad hasta ocho años antes. Un estudio de seguimiento a largo plazo reveló que aproximadamente 50% de los pacientes con RBD idiopático desarrollará EP y cuanto más severa la atonía en la polisomnografía basal, mejor es la predicción de desarrollar la enfermedad. Algunos trastornos del sueño pueden diagnosticarse clínicamente; no obstante, el diagnóstico de RBD debe realizarse necesariamente mediante un estudio de videopolisomnografía nocturna.^{8,9}

No existe una cura para la enfermedad, pero existen diversas medicinas que ayudan a mejorar los síntomas. La dopamina no puede administrarse directamente ya que no pasa la barrera hematoencefálica y por ello se administra la levodopa que por medio de la enzima dopa se transforma en dopamina.⁸

Los pacientes con esta condición están bajo estricto tratamiento médico con diversos fármacos; estos a su vez sumado con la patología comienzan a desarrollar manifestaciones no solo a nivel general ya que progresivamente afecta la cavidad bucal

disminuyendo la secreción salival, provocando el aumento de caries, enfermedad periodontal, babeo, entre otras, que prolongan el desarrollo de otras alteraciones hasta llegar a la pérdida de órganos dentarios; de ahí la importancia de un correcto manejo bucal con la necesidad de ayuda multidisciplinaria.⁹

Fundamentación del estudio

Debido a la complejidad de estos pacientes en la falta de control de los movimientos musculares provocando así problemas para tener una buena higiene oral siendo detonante de enfermedades periodontales, problemas en la articulación temporomandibular, produciendo atrición severa y dificultad en pacientes con prótesis dental removible para mantenerla en una posición correcta, el aumento del tono muscular que conlleva a presentar heridas en la lengua, alteraciones en la deglución y sialorrea por la dificultad de tragar la saliva, además la terapia farmacológica establecida para esta patología provoca o está relacionado con la disminución del flujo salival 'xerostomía' aumentando el riesgo de presentar caries, infecciones micóticas como candidiasis y alteraciones en la percepción del gusto.⁹⁻¹⁰

La Enfermedad del Parkinson es una enfermedad crónica, de larga evolución y curso progresivo, en la que el deterioro motor y las complicaciones en relación con el tratamiento, conllevan a un importante grado no solo de deterioro bucal sino de incapacidad y afectación de la calidad de vida del paciente.¹

Problema práctico

Por lo antes expuesto se necesita una investigación sistemática de este problema pues se trata de una patología con una prevalencia creciente a nivel mundial, ya que la mayoría de los estudios epidemiológicos realizados al respecto, revelan que la frecuencia de aparición de alteraciones bucales en los que la padecen detectando las contradicciones siguientes:

- Todo esto condiciona la inquietud por conocer la magnitud del problema en Cuba existiendo algunos en los últimos años sobre la salud bucal en pacientes con Parkinson.

- Los estudios publicados son su mayoría de artículos de revisión y no de investigaciones cuyos resultados den una idea del estado de salud bucal en Cuba.
- En Cienfuegos no existen estudios publicados sobre las alteraciones bucales en personas con esta comorbilidad por lo que surge la necesidad de estudiar al respecto a fin de tomar las medidas necesarias en los servicios de salud y evitar problemas más complejos.

Por lo antes mencionado se plantea la siguiente pregunta científica: ¿Cómo será la salud bucal en pacientes con enfermedad del Parkinson pertenecientes al área 6 de salud del policlínico Ramón Claudio Delgado Amestoy, Municipio Cienfuegos?

Objeto de estudio.

Salud bucal en pacientes con enfermedades sistémicas.

Campo de acción.

Salud bucal en pacientes con enfermedad del Parkinson

Objetivo de la investigación.

General:

- Describir la salud bucal en pacientes con enfermedad del Parkinson pertenecientes al Municipio Cienfuegos en el periodo de estudio de 2020 al 2022.

Para garantizar el cumplimiento del objetivo general se confeccionaron los siguientes **objetivos específicos.**

Específicos

1. Caracterizar a la población en estudio teniendo en cuenta variables demográficas como edad, sexo, nivel educacional, ocupación.
2. Identificar los principales factores de riesgo y etiológicos.

3. Clasificar epidemiológicamente a la población estudiada en cuanto a la salud bucal y estadios del Parkinson.
4. Describir los problemas de salud bucal más frecuentes en estos pacientes Y relacionar los mismos con la gravedad de la enfermedad (estadios).

Conveniencia: La investigación se realizará con el objetivo de describir la salud bucal en los pacientes con Parkinson del área 6 en la provincia de Cienfuegos, así como tratar un tema poco investigado en la misma.

Relevancia Social: estará dada por no solo describir dicha alteración y sus factores de riesgo, sino que les permitirán a los facultativos intervenir en de manera oportuna en los problemas de salud bucal evitando así futuras complicaciones en el órgano dentario evitando un problema social y esto a su vez elevará los niveles de satisfacción de la población y su calidad de vida.

Implicaciones prácticas: se podrá determinar las alteraciones bucales de una enfermedad neurodegenerativa que se ha ido incrementando con el transcurso de los años, y que es hoy un motivo de consulta frecuente en las clínicas estomatológicas; y así poder tomar medidas afines para su tratamiento y/o prevención.

Novedad Científica.

La novedad científica está dada precisamente por estudiar un tema poco investigado en la provincia de Cienfuegos y el incremento de ésta entidad patológica.

MARCO TEÓRICO

Etiología de la enfermedad de Parkinson.

En la EP Los trastornos del movimiento inician gradualmente, en una edad promedio de edad 55-60 años. Sus principales signos y síntomas son temblor, rigidez, bradicinesia y pérdida del equilibrio o inestabilidad postural, se presenta dificultad en la marcha, disminución del parpadeo y facies en máscara, durante la deambulaci3n dan pasos cortos y no se presenta el braceo de las extremidades superiores.

La causa de esta enfermedad es desconocida, pero se reconoce cada vez m3s la importancia de la gen3tica, varios genes han sido ligados a la enfermedad, el primero identificado fue la alfa-sinucleína, una proteína que regula las comunicaciones entre neuronas en las sinapsis y forma los cuerpos de Lewy.

Una mutaci3n en el gen alfa-sinucleína causa una forma temprana y hereditaria de la enfermedad; mientras que los cuerpos de Lewy se presentan en los casos esporádicos. Otros genes ligados a la EP relacionados con el inicio temprano son la parkina, normalmente ayuda a las células a descomponer y reciclar las proteínas, la DJ-1 ayuda a proteger las células del estr3s oxidativo, el PINK1 codifica a una proteína activa en las mitocondrias, aumenta la susceptibilidad al estr3s celular.¹¹⁻¹²

La EP tiene una prevalencia estimada de 1-2 por 1,000 personas en un tiempo determinado, que afecta al 1% de la poblaci3n mayor de 60 años. Tradicionalmente se han considerado tres principales sntomas motores cardinales de la enfermedad: temblor de reposo, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural. Sin embargo, las manifestaciones no motoras asociadas a esta enfermedad han despertado gran inter3s en la última d3cada.⁸

Hoy en d3a ambos sntomas tanto motores como no motores se han incluido como parte importante en el abordaje diagn3stico de la EP. Por otra parte, estos sntomas no

motores tienen una significativa repercusión en la calidad de vida, la cual es el reflejo del impacto que tiene este padecimiento en las esferas física, social y mental así como en otros aspectos de la vida diaria en los afectados por este trastorno neurodegenerativo.⁸

Disfunción olfatoria⁸

La disfunción olfatoria es uno de los síntomas no motores más comunes en la EP. Un estudio multicéntrico reciente en el que participaron 400 pacientes con EP, mostró pérdida significativa del olfato en 96.7% de los pacientes. Actualmente se sabe que la hiposmia se manifiesta de forma temprana en el curso de la enfermedad, incluso que precede por varios años al inicio de los síntomas motores.

El interés en utilizar la disfunción olfatoria como biomarcador de la EP ha crecido últimamente debido a su alta prevalencia, a su persistencia en el curso de la misma y a la facilidad de detectarse por medio de pruebas específicas. Cabe mencionar que la hiposmia tiende a mantenerse estable durante el curso de la EP y no se modifica con el tratamiento sintomático. Disfunción autonómica cardíaca La degeneración de cuerpos de Lewy en la EP afecta también al sistema nervioso autónomo en el que están involucradas las neuronas noradrenérgicas simpáticas cardíacas.

Los nervios simpáticos postganglionares degeneran tempranamente con acúmulo de α -sinucleína en sentido centrípeto. La pérdida de dichas neuronas se refleja en la disminución de la captación cardíaca de 123I-meta-iodobenzylguanidine (MIBG), un análogo fisiológico de norepinefrina. Esta sustancia es recapturada activamente mediante las terminaciones nerviosas postganglionares adrenérgicas. Por tal motivo, el MIBG con 123I puede evaluar de forma no invasiva estas terminaciones nerviosas. Una consecuencia fisiológica de la denervación autonómica cardíaca es la reducción de la variabilidad de frecuencia cardíaca. Este fenómeno está bien descrito en pacientes con diagnóstico clínico de EP.

Hipotensión ortostática.^{8,13}

En este aspecto debe enfatizarse que este síntoma aparece de forma retardada, por lo que es posible que no se detecte con el protocolo estandarizado de evaluación de hipotensión ortostática de tres minutos y se recomienda mantener al paciente por lo menos cinco minutos en bipedestación.

Disfunción autonómica gastrointestinal¹³

Los síntomas autonómicos gastrointestinales comprenden estreñimiento, problemas de deglución, sialorrea y retraso en el vaciamiento gástrico principalmente. El estreñimiento es multifactorial, ya que puede estar relacionado con la EP o bien con el tratamiento de la misma; se ha alcanzado una prevalencia de hasta 58%. Sin embargo, la prevalencia de tránsito colónico lento en pacientes con EP es superior a 80%, es decir la disfunción autonómica colónica es más frecuente que el estreñimiento.

Disfunción autonómica genitourinaria¹³

Como consecuencia de la media de edad de los pacientes con EP es natural encontrar una alta frecuencia de síntomas urinarios; no obstante, al igual que otros síntomas no motores, éstos son más frecuentes que en controles sanos del mismo grupo etario. Los síntomas genitourinarios de la EP abarcan síntomas irritativos, retención o incontinencia urinaria y disfunción sexual.

Síntomas neuropsiquiátricos¹⁴

Los síntomas neuropsiquiátricos en la EP incluyen depresión, apatía, ansiedad, psicosis y el trastorno de control de impulsos y conductas relacionadas. Al igual que otros síntomas no motores, las alteraciones neuropsiquiátricas pueden manifestarse previo al inicio motor e incluso antes del inicio de tratamiento dopaminérgico. La

depresión es uno de los síntomas neuropsiquiátricos más relevantes, su prevalencia varía de acuerdo con los criterios e instrumentos utilizados. En México se ha reportado una prevalencia de 33.3% de depresión en sujetos con EP. En cuanto a la apatía en población mexicana se ha registrado una prevalencia de 43%, la cual es similar a la encontrada en la literatura mundial.

La psicosis, frecuentemente alucinaciones visuales, se relaciona principalmente con el uso de medicamentos dopaminérgicos, edad de inicio de la EP y duración de la misma. La frecuencia de psicosis en población mexicana ha alcanzado 13.9%. Los trastornos del control de impulsos comprenden apuesta patológica, compras compulsivas, hipersexualidad y comer compulsivamente.

En las conductas relacionadas destaca principalmente el síndrome de disregulación dopaminérgica, caracterizado por abuso en las tomas de “levodopa”, “hobbyism” y el “punding”. El “punding” es particularmente frecuente y provoca conductas estereotipadas, prolongadas, complejas y sin un propósito. La prevalencia de los TCI inicialmente se registró en 13.6%. En población mexicana la frecuencia de TCI y de conductas relacionadas ha llegado a 25.6%, siendo el trastorno más frecuente el comer compulsivamente.

Deterioro cognitivo y demencia¹⁴

El deterioro cognitivo y la demencia son síntomas no motores que se presentan en las fases avanzadas de la EP. La frecuencia de deterioro cognitivo leve está en relación con los criterios e instrumentos utilizados. La prevalencia puntual de demencia en EP se ha estimado en alrededor de 30%. Es importante mencionar que existen criterios específicos para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve y demencia en la EP y que éstos difieren de los que habitualmente se utilizan.

Síntomas sensitivos¹⁵

Dentro de los síntomas sensitivos de la EP destaca el dolor por su frecuencia e impacto en la calidad de vida. El dolor en la EP puede deberse a diversas causas; puede ser secundario a las alteraciones motoras como rigidez o distonía y también puede deberse a causas neuropáticas, musculoesqueléticas o incluso al síndrome de piernas inquietas. Algunos síndromes álgicos como el dolor en el hombro, a menudo preceden al diagnóstico de la EP.

Recientemente se ha acuñado el término de “síndrome de riesgo para Parkinson”. Éste comprende a aquellos sujetos que se encuentran en riesgo aumentado de padecer EP en un futuro. A la fecha existen diversas cohortes a nivel mundial. Hasta 76.2% de los pacientes con EP refieren algún síntoma no motor previo a la aparición de los síntomas motores. El estudio PARS (Parkinson At-risk Syndrome Study) se ha centrado inicialmente en demostrar la utilidad de hiposmia como marcador premotor de la EP. Se ha reportado que, a mayor número de síntomas no motores a través del interrogatorio, mayor será la probabilidad de padecer hiposmia.

La razón de momios (OR) ajustada para mostrar hiposmia cuando se refieren indicios de estreñimiento es de 1.31 y para depresión es de 1.95. De igual forma, la presencia de RBD se asocia a la coexistencia con hiposmia.

Los síntomas no motores tienen un impacto en la calidad de vida de los pacientes, afectan sus actividades de la vida diaria y en algunos casos también conllevan una sobrecarga mayor para el cuidador. De igual forma se ha documentado que los síntomas no motores de forma global pueden repercutir en la calidad de vida del paciente, incluso más que alguno de los síntomas motores.

En términos generales el manejo de los síntomas motores debe ser multidisciplinario. La valoración tanto diagnóstica como terapéutica por parte de especialistas como cardiólogos, urólogos o gastroenterólogos debe considerarse en la mayor parte de los casos. No obstante, es útil reconocer que algunos síntomas no motores son dopaminérgicos en su origen y por tanto pueden responder a terapia de reemplazo

dopaminérgica. De forma general se considera que síntomas neuropsiquiátricos (depresión, apatía, ansiedad), algunos trastornos del sueño (movimientos periódicos de extremidades, RBD), algunos síntomas autonómicos (urgencia, nicturia, estreñimiento), dolor central, fatiga y fluctuaciones no motoras pueden responder a la terapia dopaminérgica o a ajustes en la misma.

La condición progresiva de la enfermedad conduce a restricciones en la movilidad y rigidez muscular, lo cual lleva a problemas en el mantenimiento de la una adecuada salud oral desarrollando caries dental, patologías periodontales que conlleva a la perdida dental. En la mayoría de los afectados la disartria es característica y pueden utilizar un tono de voz muy suave o repetir las palabras debido a la falta de agilidad, precisión, fuerza y extensión en los movimientos de labios, lengua, mandíbula y velo del paladar, ocasionando una articulación de las palabras rápida, atropellada e imprecisa que ocasiona la omisión de sonidos e incluso palabras al final de la oración y farfulleo.¹⁶⁻²⁰

El temblor en la musculatura facial y los movimiento en la mandibular son notorios conllevando alteraciones en la articulación temporomandibular como bruxismo causando atracción dental, así como la rigidez en alguno de estos músculos, también presentan dificultad en la deglución ya que la musculatura involucrada podrían funcionar con menor eficiencia causando disfagia oro faríngea, permitir retención de alimentos en la oro faringe y aumentar el riesgo de aspiración por la vía aérea; además del babeo debido a la incapacidad de depurar la saliva por ello puede estar presente en la mitad de los pacientes que padecen EP1212 Produciendo halitosis y dermatitis peri oral.²¹⁻²⁴

Terapia farmacológica de la enfermedad de Parkinson²⁵

La mayoría de los síntomas de la enfermedad de Parkinson se debe a la carencia de dopamina en el estriato del cerebro. Aunque no existe una cura definitiva para esta patología los medicamentos anti parkinsonianos están dirigidos a restituir, simular

temporalmente la dopamina y de esta forma disminuir los síntomas. Los medicamentos que alteran los niveles de dopamina son llamados a menudo medicamentos dopaminérgicos. Estos compuestos pretenden aliviar la rigidez muscular, mejorar la velocidad y la coordinación del movimiento y reducir los temblores.

La levodopa y los agonistas dopaminérgicos son los medicamentos dopaminérgicos clave utilizados para tratar la EP. Ambos medicamentos aumentan los niveles de dopamina en el cerebro, pero lo hacen de formas diferentes. La levodopa, administrada en combinación con carbidopa, es convertida en dopamina por las células cerebrales. Los agonistas dopaminérgicos, por el contrario, no tienen que ser convertidos en dopamina; en vez, ellos simulan la dopamina y actúan directamente sobre los receptores de dopamina en el cerebro.

La levodopa y los medicamentos dopaminérgicos se consideran tratamientos de primera línea, lo que quiere decir que, por lo general, son los primeros medicamentos que se recetan para la EP. Otros medicamentos, tales como los inhibidores de la COMT y los inhibidores de la MAOB, alteran los niveles de dopamina al impedir la descomposición de la levodopa. Estos medicamentos se recetan, por lo general, además de la levodopa y/o los agonistas dopaminérgicos; por lo tanto, se consideran tratamientos de segunda y tercera líneas.

En la EP, los bajos niveles de dopamina pueden afectar el equilibrio de la dopamina y de otro agente químico del cerebro, la acetilcolina. A veces se recetan medicamentos anticolinérgicos en un esfuerzo para restaurar este equilibrio. Estos medicamentos pueden ser útiles para los temblores que no responden a otros medicamentos, y se consideran un tratamiento de tercera línea.

Manifestaciones orales causadas por antiparkinsonianos²⁵

Las manifestaciones orales en fármacos Anti parkinsonianos Dopaminérgicos: Levodopa, Carbidopa, Bromocriptina, Amantadina y Anticolinérgicos: Biperideno

producen xerostomía principalmente conllevando a la dificultad en la masticación, deglución, fonación y alteración de la captación del gusto.

Entre las alteraciones importantes se encuentran, afectación de la mucosa oral, presencia de atrofia, fisura, úlcera en los tejidos blandos debido a la falta de lubricación y efecto protector de la saliva, caries dental particularmente de personas mayores, pudiendo ocasionar la amputación del diente, enfermedad periodontal debido al acúmulo de placa bacteriana asociado a la disminución de la capacidad limpiadora de la saliva favorece la frecuencia de las enfermedades que afectan a la encía, mayor predisposición a las infecciones por la disminución de las lisozimas e inmunoglobulinas a consecuencia de la reducción del flujo salival facilita la aparición de infecciones tales como la candidiasis oral, la cual se manifiesta en el paladar o en los labios en forma de queilitis angular.

Halitosis su causa radica principalmente en los gases emitidos por el crecimiento bacteriano, producido a su vez por la disminución de la saliva, los labios presentan un aspecto reseco, con descamación y fisuras, sialomegalia o agrandamiento de las glándulas salivales además se presenta afección motriz en los pacientes que padecen EP se encontró y el déficit en su higiene oral justifica los altos índices de aumento de placa bacteriana. También se desarrollan alteraciones en la ATM con prevalencia de sonido y desviación mandibular durante los movimientos.

Cuarenta años después de su introducción, la levodopa sigue siendo el tratamiento más eficaz y el más utilizado para la EP. Sin embargo, el tratamiento con levodopa oral a largo plazo se ve complicado por la aparición de fluctuaciones motoras y discinesias. Por otra parte, la amantadina, un antagonista del receptor de NMDA, ha sido estudiado como tratamiento adyuvante en pacientes tratados con levodopa para tratar las complicaciones motoras que experimentan, las principales reacciones adversas a la Amantadina y Levodopa en la EP sido alteraciones neurológicas, hipotensión ortostática, alopecia, sequedad de boca, el sabor amargo o alteración en la percepción del gusto, siendo un efecto secundario de la medicación especialmente la levodopa.

Atención estomatológica integral a los pacientes con enfermedad de Parkinson¹

La EP avanza es mucho más difícil tratar a los pacientes debido a su incapacidad motora, a su menor tolerancia a permanecer mucho tiempo en el sillón dental y a las modificaciones en su estado psicológico.

El tratamiento estomatológico tiene las siguientes características:

- Debe ser diferenciado
- Atención estomatológica integral, en la que sean prioridades las acciones de promoción de salud bucal, la prevención de las complicaciones bucales
- Intervenciones terapéuticas tempranas sobre las enfermedades bucales.

Clasificación de la enfermedad de Parkinson

Clasificación	Estadios de Hoehn y Yahr
1. Pacientes de diagnóstico reciente	Estadio I afectación unilateral
	Estadio II afectación bilateral, equilibrio normal
2. Pacientes moderadamente afectados	Estadio III afectación bilateral con afectación del equilibrio
	Estadio IV aumento del grado de dependencia
3. Pacientes severamente afectados	Estadio V severamente afectado requiriendo silla de rueda o reposo en cama

DISEÑO METODOLÒGICO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, cualicuantitativo de serie de casos en el municipio Cienfuegos, provincia de Cienfuegos en el periodo comprendido de septiembre de 2020 a septiembre de 2022.

Limitaciones del estudio:

Tras consultar bases de datos del municipio incluso de la provincia no existe ninguna que cuantifique la cantidad de pacientes con enfermedad del Parkinson. En los servicios de neurología tampoco. Por lo que los mismos solo se registran en los consultorios a través de la dispensarización de la población asignada. Por tanto, el universo anteriormente declarado que era todos los enfermos con Parkinson del municipio, quedó limitado al área 6 de la CEN.

El universo estuvo constituido por todo paciente que presente la enfermedad del Parkinson atendido en consulta y en el terreno en el área 6 de la CEN.

Criterios de inclusión.

- Personas diagnosticadas con Parkinson que residan el municipio de Cienfuegos

Criterios de exclusión.

- Aquellas personas que además de padecer Parkinson padezcan de otras enfermedades que dificulten su examen.

Criterios de salida

- Aquellos que abandonen el estudio o se trasladen a otra parte de la provincia o salida definitiva de Cienfuegos.

Técnicas y procedimientos:

Dentro de las técnicas para obtener la información se emplearon aquellas que implican una interacción estrecha entre investigadores y participantes pudiendo producir reacciones o respuestas en los mismos. Se utilizaron fuentes de recolección primaria, secundaria y terciaria.

Se obtuvo la información mediante la observación, encuestas y revisión documental.

Se realizó un examen minucioso de la cavidad bucal el cual siguió los siguientes pasos:

1-Interrogatorio:

El interrogatorio se dirigió a la búsqueda de datos relacionados valorándose edad del paciente, sexo, el padecimiento de sistémicas y demás datos de interés para la investigación.

2-Inspección

Se utilizó la vista en el área a examinar, sentando cómodamente al paciente y con una iluminación adecuada procedente de una fuente artificial como la lámpara de la unidad estomatológica reforzándola con luz natural inspeccionamos la boca con ayuda del espejo bucal, depresores de lengua, un trozo de gasa o una torunda de gasa abierta. Mediante este método de la inspección se observaron formaciones normales de la cavidad bucal confundida con estados patológicos que son muy frecuentes y las lesiones elementales que pudieran presentar las estructuras bucales y otras alteraciones especialmente en los dientes como las caries, el sarro, manchas y placa dentobacteriana teñidas y otros estados patológicos de la misma.

3-Palpación

Mediante este método y con el pulpejo de los dedos con movimientos suaves y circular se detectaron un sin número de condiciones físicas o detalles clínicos en la obtención semiológica en las diferentes lesiones o situaciones de la boca, cara y cuello como: la humedad, sequedad, superficie lisa o rugosa o áspera al tacto. Temperatura alta o disminuida y presencia de tumoraciones.

4- Percusión:

Se realizó con el mango del espejo percutiendo verticalmente sobre la superficie incisal del diente. Si surge dolor con este golpeteo se deberá pensar en un problema pulpar con invasión del periápice y si al realizar percusión transversal u horizontal a la corona del diente existe alguna sensación de algia, entonces se estará en presencia de un proceso inflamatorio periodontal, (que puede ser agudo, subagudo o tal vez crónico en proceso de agudización).

Métodos que se aplicaron:

Teóricos:

Análisis y síntesis: se utilizaron durante toda la etapa de investigación, para poder establecer nexos, comparar resultados, determinar enfoques comunes y aspectos distintivos en los enfoques metodológicos estudiados y obtener conclusiones.

Histórico-Lógico: facilitó el análisis del desarrollo y evolución de la situación actual del problema investigado permitiendo la explicación del contexto donde se ubica el problema.

Inducción-deducción: sirvió para llegar a una orientación mejor del problema y permitiendo además argumentos teóricos que facilitaran una mejor comprensión del mismo para arribar a conclusiones certeras y buscando soluciones adecuadas para disminuir su frecuencia.

Empíricos:

Análisis de documentos: permitió profundizar en los antecedentes históricos y los resultados de las evaluaciones realizadas con anterioridad, relacionadas con el tema a investigar

Métodos matemáticos - estadísticos: se empleó la estadística descriptiva para la cuantificación de los resultados.

Principales Variables:

- Edad
- Sexo
- Nivel educacional
- Ocupación
- Factores de riesgo

- Factores etiológicos
- Clasificación epidemiológica
- Problemas de salud bucal

Operacionalización de variables.

Variable	Clasificación	Definición conceptual	Escala	Indicadores
Edad	Cuantitativa continua	Según número de años cumplidos	1. 40-49 2. 50-59 3. 60-69 4. 70-79 5. 80 y más	Frecuencia y porcentaje
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos).	1. Femenino 2. Masculino	Frecuencia y porcentaje
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Nivel educacional alcanzado	1. Primaria sin terminar 2. Primaria terminada 3. Secundaria sin terminar 4. Secundaria	Frecuencia y porcentaje

			terminada 5. Preuniversitario sin terminar 6. Preuniversitario terminado 7. Universitario 8. No escolarizado	
Ocupación	Cualitativa ordinal	Según labor que desempeña en la sociedad	1. Ama de casa. 2. Jubilado. 3. Trabajador. 4. Estudiante. 5. Desocupado.	Frecuencia y porcentaje
Factores de riesgo	Cualitativa nominal politómica	Atributos o características que confieren al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer la enfermedad o alteración de la salud teniendo en cuenta las determinantes de salud, el cual será recogido a través de una encuesta.	1. Edad 2. Herencia 3. Sexo 4. Exposición a toxinas	Frecuencia y porcentaje
Factores	Cualitativa	Aquellos factores	1. Genético	Frecuencia

etiológicos	nominal politémica	que contribuyen al origen o la causa e la enfermedad	2. Ambiental 3. Desconocido	y porcentaje
Estadios de la enfermedad del Parkinson según Hoehn y Yahr	Cualitativa nominal politémica	Etapas de la enfermedad según alteraciones y discapacidad que genera en el paciente	1. Estadio I afectación unilateral 2. Estadio II afectación bilateral, equilibrio normal 3. Estadio III afectación bilateral con afectación del equilibrio 4. Estadio IV aumento del grado de dependencia 5. Estadio V severamente afectado requiriendo silla de rueda o reposo en cama	Frecuencia y porcentaje
Clasificación epidemiológica	Cualitativa nominal politémica	Según enfermedad bucal encontrada y factores de riesgo	1. Sano 2. Sano con riesgo	Frecuencia y porcentaje

		que pudieran desarrollar la enfermedad	3. Enfermo 4. Deficiente discapacitado	
Problemas de salud bucal	Cualitativa nominal politómica	Ocurre cuando se rompe el equilibrio de todos aquellos parámetros para tener una salud bucal y por ende aparecen enfermedades bucales, para su inclusión en la base de datos se tuvo en cuenta la que más afecto.	1. Caries 2. Periodontopatías 3. Maloclusiones 4. Lesiones premalignas 5. Lesiones malignas 6. Disfunción oclusal por desdentamiento 7. Enfermedades micóticas 8. Alteraciones de las glándulas salivales	Frecuencia y porcentaje

Aspectos éticos:

En todo momento de la investigación se tuvo en cuenta las consideraciones éticas como el aval del director de la institución como unidad ejecutora principal (Anexo 1), comité de ética (Anexo2) declaración jurada del tutor (Anexo 3), aval del consejo científico (Anexo 4) consentimiento informado de los participantes (Anexo 5), historia de salud bucal individual (Anexo 6). Los datos obtenidos y recolectados mediante un formulario de recolección (anexo 7) para la investigación fueron utilizados solamente

con fines investigativo y presentados a los participantes, además de que se utilizaron para la mejora en la calidad de la atención.

Procesamiento de la Información.

Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó base de datos de Microsoft Excel expresándose en tablas y gráficos (anexo8). Se realizó estadística descriptiva con pruebas de mediana y moda en la correlación de variables.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Caracterización de la población según edad.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
40-49	1	7,7
50-59	1	7,7
60-69	4	30,8
70-79	6	46,2
80 y más	1	7,7
Total	13	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

La tabla 1 caracteriza a la población con la enfermedad del Parkinson y los grupos de edad, con un 46,2% de 70 a 79 años de edad seguido de los de 60 a 69 con un 30,8%. Esto es debido a que la mayoría de los que la padecen están en esos grupos de edad debido a que es una enfermedad crónica de larga evolución por lo que se les diagnostica con anterioridad y llevan años padeciéndola.

Dueso Falcón y colaboradores ¹⁷ apuntan que las enfermedades neurológicas son actualmente las principales causas de discapacidad, y entre otras, el Parkinson es la enfermedad con mayor índice en crecimiento. La edad media del comienzo de la enfermedad se presenta a los 55 años aproximadamente, aumentando el factor de riesgo paralelamente con el tiempo.

Padecen Parkinson más de 7 millones de personas en el mundo aproximadamente. Según la Organización Mundial de la Salud, los casos de esta enfermedad aumentarán en los próximos años debido al envejecimiento de la población y al incremento en la esperanza de vida a nivel global, con lo que para 2040 podría colocarse como la enfermedad grave más común; por lo que en menos de 20 años la enfermedad superará los 12 millones de personas afectadas. ¹⁷

Tabla 2. Caracterización de la población según edad.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	4	30,8
Masculino	9	69,2
Total	13	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

El 69,2% resultó ser del sexo masculino lo cual se evidencia en la tabla 2.

Afecta a todas las razas y a ambos sexos, con un ligero predominio masculino; la incidencia anual es de 8 a 18 casos nuevos por 100 000 habitantes según Dueso Falcón y colaboradores¹⁷ similar a esta investigación.

No obstante, en relación a otras series registradas ha existido una inclinación de mayor predominio en las mujeres. La diversidad en los resultados obtenidos en cuanto a la edad y género, marcan la diferencia de la población en estudio si se tiene en cuenta las características de los pacientes, en algunas poblaciones las mujeres son más longevas que los hombres lo que puede incrementar el porcentaje de riesgo de la enfermedad.²⁶⁻²⁸

Tabla 3. Caracterización de la población según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria sin terminar	1	7,7
Primaria terminada	1	7,7
Secundaria sin terminar	1	7,7
Secundaria terminada	2	15,4
Preuniversitario sin terminar	1	7,7
Preuniversitario terminado	2	15,4
Universitario	5	38,5
Total	13	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Los universitarios se mostraron en un 38,5% (tabla 3).

Ariza²⁶ y Navarro²⁷ en relación al nivel de escolaridad el primer lugar lo ocuparon los universitarios, coincidiendo este estudio.

Giroud y colaboradores²⁸ consideran que tener un bajo nivel de escolaridad puede favorecer la calidad en individuos con enfermedad de Parkinson, al aceptarla con mayor facilidad.

Tabla 4. Caracterización de la población según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	3	23,1
Jubilado	8	61,5
Trabajador	1	7,7
Desocupado	1	7,7
Total	13	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Al analizar la ocupación en la tabla 4 los jubilados se expusieron en un 61,5%.

En la bibliografía consultada no se analiza esta variable con el Parkinson y la salud bucal. Es opinión de la autora que el paciente debe mantenerse ocupado.

En años recientes se han llevado a cabo modelos con animales sobre el efecto terapéutico del ejercicio en la EP y mantenerse ocupado. En modelos con roedores, el ejercicio indujo cambios en la neuro protección y neuro restauración después de lesiones provocadas por neurogénesis, factores neurotróficos, neuroinflamación y estrés oxidativo. Se restauraron déficits motores, se promovió la neurogénesis hipocampal y se atenúo la pérdida de neuronas dopaminérgicas. Para los síntomas no motores, la natación restauró tareas de memoria y alivió la ansiedad. La rehabilitación es conocida como la principal intervención ambiental que adoptan los

profesionales de salud en EP. La primera evidencia en pacientes fue informada por la “European Physiotherapy Guidelines for Parkinson Disease” que desarrolló y publicó recomendaciones e intervenciones en terapia física para mejorar el balance, marcha, fuerza muscular, capacidad aeróbica y movilidad funcional además de mantenerse activo de cualquier manera.²⁹

Tabla 5. Distribución de los pacientes teniendo en cuenta los factores de riesgo.

Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Edad	11	84,6
Herencia	2	15,4
Sexo	9	69,2
Exposición a toxinas	4	30,8

Fuente: Formulario de recolección de datos

Entre los factores de riesgo la edad se encontró en un 84,6% seguido del sexo con un 69.2% (tabla 5)

Varias investigaciones abundan sobre la edad, herencia pues la probabilidad de padecerla aumenta si uno o varios familiares la han tenido o la tienen. Otro factor es el uso de pesticidas por el efecto neurotóxico del metabolito 1-metil,-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina (MPTP), convertido en una molécula pro parkinsoniana, posee estructura similar al herbicida paraquat. La metanfetamina, busca al transportador dopaminérgico presináptico aumentando la concentración extracelular de dopamina; en estudios experimentales con animales, existe un daño en las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra, produciendo cambios patológicos similares a los observados en los pacientes con Parkinson.³⁰⁻³⁵

En individuos con historia personal de melanoma se ha documentado mayor riesgo de la enfermedad, pero la causa subyacente de esta asociación no está determinada, se sugiere una predisposición genética común. Otros factores corresponden al daño cerebral traumático, índice de masa corporal, diabetes mellitus, colesterol sanguíneo, hipertensión arterial, consumo de alcohol y hormonas posmenopáusicas.³⁶

En la fisiopatología del Parkinson se asocia el sexo biológico, el rol de los estrógenos en las mujeres otorga un factor protector. Se debe a la expresión de receptores D1 dominantes y la menor vulnerabilidad a factores que inducen degeneración en las células dopaminérgicas; también influyen por sus propiedades antiinflamatorias en la neuro inflamación.³⁷⁻⁴⁰

Tabla 6. Distribución de los pacientes teniendo en cuenta los factores etiológicos.

Factores etiológicos	Frecuencia	Porcentaje
Genético	5	38,5
Ambientales	2	15,4
Desconocido	6	46,1
Total	13	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

En la tabla 6 se visualizan los factores etiológicos para padecer la enfermedad del Parkinson con un 46,1 % de origen desconocido.

Harris⁴¹ bosqueja que la causa de esta enfermedad es desconocida, pero se reconoce cada vez más la importancia de la genética, varios genes han sido ligados a la enfermedad, el primero identificado fue la alfa-sinucleína, una proteína que regula las comunicaciones entre neuronas en las sinapsis y forma los cuerpos de Lewy.

Una mutación en el gen alfa-sinucleína causa una forma temprana y hereditaria de la enfermedad; mientras que los cuerpos de Lewy se presentan en los casos esporádicos. Otros genes ligados a la EP relacionados con el inicio temprano son la parkina, normalmente ayuda a las células a descomponer y reciclar las proteínas, el DJ-1 ayuda a proteger las células del estrés oxidativo, el PINK1 codifica a una proteína activa en las mitocondrias, aumenta la susceptibilidad al estrés celular. ⁴¹

Tabla 7. Distribución de los pacientes y su clasificación por estadios según Hoehn y Yahr.

Estadios de la enfermedad del Parkinson según Hoehn y Yahr.	Frecuencia	Porcentaje
Estadio I afectación unilateral	1	7,7
Estadio II afectación bilateral, equilibrio normal	3	23,1
Estadio III afectación bilateral con afectación del equilibrio	4	30,8
Estadio IV aumento del grado de dependencia	3	23,1
Estadio V severamente afectado requiriendo silla de rueda o reposo en cama	2	15,4
Total	13	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Los estadios según Hoehn y Yahr clasifica a los pacientes por la gravedad de la enfermedad. En la tabla 7 el 30,8% presenta un estadio III afectación bilateral con afectación del equilibrio. Cabe resaltar que en sentido general son más los afectados con complicaciones importantes de la enfermedad.

El diagnóstico de la EP se basa principalmente en la historia clínica y en un examen neurológico. Los signos y síntomas tempranos son difíciles de percibir, comúnmente pasan desapercibidos o pueden ser descartados como los efectos del envejecimiento normal. Estudios imagenológicos como tomografía computarizada y resonancia magnética se realizan con el fin de descartar otras enfermedades, ya que en la EP generalmente aparecen normales⁴¹.

La EP es crónica y empeora con el tiempo, la evolución de los síntomas en algunas personas puede ser más rápido, siendo difícil predecir qué curso seguirá la enfermedad, es importante utilizar escalas estandarizadas de valoración que permitan monitorizar el seguimiento y el estado clínico como la clasificación de estadios de Hoehn y Yahr⁴¹.

Tabla 8. Distribución de los pacientes y su clasificación epidemiológica.

Clasificación epidemiológica	Frecuencia	Porcentaje
Sano con riesgo	1	7,7
Enfermo	8	61,5
Deficiente discapacitado	4	30,8
Total	13	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Al examinar la clasificación epidemiológica por el estado de salud bucal (tabla 8) el 61,5% es enfermo y el 30,8% discapacitado.

Es sentir de la autora que predominan los enfermos precisamente porque el padecer del Parkinson acarrea problemas de salud bucal y si ya los tiene los empeora.

En la bibliografía consultada no se comparan estas variables.

Tabla 9. Distribución de los pacientes según problemas de salud bucal.

Problemas de salud bucal	Frecuencia	Porcentaje
Caries dental	3	23,1
Periodontopatías	2	15,4
Disfunción Oclusal por desdentamiento	4	30,8
Enfermedades micóticas	2	15,4
Alteraciones de las glándulas salivales	2	15,4
Total	13	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

La disfunción oclusal por desdentamiento se manifestó en el 30,8% de los afectados por el Parkinson seguido de la caries dental en un 23,1% (tabla 9).

La dificultad en la retención y posición correcta de la prótesis dental es común. La sialorrea es otra de las manifestaciones en la cual se han utilizado muchos medicamentos para su tratamiento sin mayor efectividad.⁴¹

Los pacientes con EP que reciban levodopa y entacapona se les debe limitar la administración de lidocaína 1:100.000 con epinefrina al dos por ciento a un número de tres carpules para evitar la taquicardia y la hipertensión; los enfermos que estén bajo tratamiento con rasagilina (inhibidor de mono- amina oxidasa) no se les debe administrar anestésicos locales que contengan fármacos simpaticomiméticos vasoconstrictores como la epinefrina o levonordefrina, ya que pueden provocar una crisis hipertensiva, hiperpirexia, diaforesis y hemorragia subaracnoide; la rasagilina debe suspenderse dos semanas antes de cualquier cirugía que requiera anestesia general y en caso de procedimientos de emergencia, pueden emplearse benzodiazepinas, mivacurium, fentanilo, morfina o codeína, con cautela.⁴¹

Existe mayor riesgo de presentar caries en las personas que padecen EP debido a la disminución del control de la capacidad motriz, por la ingesta de alimentos blandos que tiene una buena adherencia a las estructuras dentales, la baja

ingesta de líquidos y en algunos casos disminución del fluido salival; se estudió la salud oral de 101 pacientes con EP y los compararon con un grupo control, en los resultados aquellos que presentaron peor estado de salud oral, frecuencia baja de cepillado diario y el tiempo más largo desde la última visita al odontólogo fueron los pacientes con EP y reportaron que la instrucción por parte del profesional en el área de la salud bucal, en cuanto a una buena higiene oral es fundamental para la prevención de patologías orales y es recomendable la utilización del cepillo eléctrico.⁴¹

Tabla 10. Distribución de los pacientes según problemas de salud bucal y su relación con la gravedad de la enfermedad según estadios Hoehn y Yahr.

Tabla de contingencia Estadios de la enfermedad del Parkinson según Hoehn y Yahr * Problemas de Salud Bucal							
Estadios de la enfermedad del Parkinson según Hoehn y Yahr		Problemas de Salud Bucal					Total
		Caries	Periodontopatías	Disfunción Oclusal por desdentamiento	Enfermedades micóticas	Alteraciones de las glándulas salivales	
Estadio I afectación unilateral	Recuento	1	0	0	0	0	1
	% del total	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%
Estadio II afectación bilateral, equilibrio normal	Recuento	1	0	1	0	1	3
	% del total	7,7%	0,0%	7,7%	0,0%	7,7%	23,1%
Estadio III afectación bilateral con afectación del equilibrio	Recuento	1	1	0	1	1	4
	% del total	7,7%	7,7%	0,0%	7,7%	7,7%	30,8%
Estadio IV aumento del grado de dependencia	Recuento	0	1	1	1	0	3
	% del total	0,0%	7,7%	7,7%	7,7%	0,0%	23,1%
Estadio V severamente afectado requiriendo silla de rueda o reposo en cama	Recuento	0	0	2	0	0	2
	% del total	0,0%	0,0%	15,4%	0,0%	0,0%	15,4%
Total	Recuento	3	2	4	2	2	13
	% del total	23,1%	15,4%	30,8%	15,4%	15,4%	100,0%

Fuente: **Formulario** **de** **recolección** **de** **datos**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13.903 ^a	16	.606

Al relacionar la enfermedad según sus estadios con los problemas de salud bucal en un 30,8% se presentó la disfunción oclusal por desdentamiento seguido del 23,1% con caries dental. El desdentamiento se produjo por la caries pues la mayoría de los pacientes prefirió en muchas ocasiones la extracción que los procesos curativos. Las pruebas de Chi-cuadrado de Pearson revelan que no hay relación entre las variables contrastadas. Es opinión de la autora que producto de la enfermedad de Parkinson la salud bucal pasa a un segundo plano por ende la mayoría son enfermos además de asumir que muchos de los problemas de salud bucal aparecen a consecuencia del Parkinson y aunque hay independencia de las variables aún debe profundizarse en los estudios.

En trabajos de revisión bibliográfica se describe que la condición progresiva de la enfermedad conduce a restricciones en la movilidad y rigidez muscular, lo cual lleva a problemas en el mantenimiento de la una adecuada salud oral. En la mayoría de los afectados la disartria es característica y pueden utilizar un tono de voz muy suave o repetir las palabras el temblor en la musculatura facial y los movimiento en la mandibular son notorios, así como la rigidez en alguno de estos músculos, también presentan dificultad en la deglución ya que la musculatura involucrada podrían funcionar con menor eficiencia, permitir retención de alimentos en la orofaringe y aumentar el riesgo de aspiración por la vía aérea; el babeo es frecuente. Se encontraron ocho estudios con tasas de pre- valencia que van de 32 a 74% y la mayor presentación fue nocturna, afirmando que el babeo puede estar presente en la mitad de los pacientes que padecen EP. ²⁸⁻⁴¹

Otra característica es la disminución del flujo salival relacionada ampliamente con la terapia farmacológica, aumentando el riesgo de presentar caries y la aparición de infecciones como la candidiasis, el sabor amargo o alteración en la percepción del gusto, siendo un efecto secundario de la medicación especialmente la levodopa.²⁸⁻⁴¹

La lengua puede irritarse y aparecer ulceraciones, la prevalencia del síndrome de boca ardiente en pacientes con EP, en donde 24% de los participantes en el estudio lo manifestaron y describen que la razón es incierta, pero la relacionan con la terapia farmacología y el aumento en el tono muscular.²⁸⁻⁴¹

El edentulismo es significativamente mayor debido a la falta de control en los movimientos musculares, el cual dificulta una buena higiene oral y aumenta el riesgo de enfermedad periodontal avanzada y la caries dental.²⁸⁻⁴¹

CONCLUSIONES

- Al culminar el estudio se pudo concluir que los grupos de edad más afectados fueron los de 70 a 79 años de edad con predominio del sexo masculino, con nivel de escolaridad de universitario, respecto a la ocupación preponderaron los jubilados.
- Entre los factores de riesgo prevaleció la edad seguido del sexo y la etiología generalmente fue desconocida. Sobresalieron según la clasificación por **estadios** de Hoehn y Yahr el estadio III (afectación bilateral con afectación del equilibrio) y precisamente por la gravedad de la enfermedad con sus problemas motores se clasificaron epidemiológicamente según salud bucal en enfermos y deficientes discapacitados, donde la disfunción oclusal por desdentamiento y la caries dental sobresalieron.
- Al relacionar la enfermedad según sus estadios con los problemas de salud bucal se determina que a mayor gravedad de la enfermedad mayores son los problemas de salud bucal.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios similares a este en otros municipios de la provincia y generalizar sus resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cabrera Escobar D, González Valdés L. Atención estomatológica integral a los pacientes con enfermedad de Parkinson. Mediacentro Electrónica [Internet]. 2018 Jun [citado 2021 Feb 05]; 22(2): 152-154. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000200007&lng=es.
2. Pinheiro P. Enfermedad de Parkinson. Síntomas, Causas y Tratamientos. MD. Saúde. [Internet]. 2020. [citado 2021 Feb 05]; Disponible en: <https://www.mdsaude.com/es/neurologia-es/enfermedad-de-parkinson>
3. Fajardo Gutiérrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. In. Revista alergia México (versión On-line ISSN 2448-9190) vol.64 no1 Ciudad de México ene/mar 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>
4. Monteagudo Santiago J, Tamayo Pérez Y. Impacto del desdentamiento en la salud general. Mediacentro Electrónica [Internet]. 2017 Jun [citado 2021 Feb 05]; 21(2): 184-186. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200018&lng=es.
5. Reyes Obediente Fidela Mariana, Machado Ramírez Evelio F. Permanent education strategy to older adult oral health. Rev Hum Med [Internet]. 2020 Abr [citado 2021 Feb 05]; 20(1): 107-123. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000100107&lng=es.
6. Solís María José G, Araneda Jacqueline F. Enfermedad de Parkinson y factores ambientales. Un estudio caso-control. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Feb 05]; 55(4): 239-246. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272017000400239>.
7. Neri-Nani GA. Síntomas motores de la enfermedad de Parkinson. Rev Neurol Neurocir Psiquiat. 2017;45(2):45-50.

8. Rodríguez-Violante M y cols. Síntomas no motores en enfermedad de Parkinson. Rev Neurol Neurocir Psiquiat [Internet]. 2017 [citado 2021 Feb 05]; 45 (2): 51-60. Disponible en: www.medigraphic.com/neurologia ,www.medigraphic.org.mx
9. González Naranjo JE et al. Trastornos del sueño en pacientes con enfermedad de Parkinson. Rev Cub de Neurología y Neurocirugía. [Internet]. mayo 2020. [citado 2021 Feb 05]; 2225-4676. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/346/587>
10. Dueso Falcón S, Rodríguez Rodríguez AM, Bringas Martín M, Parra Padin A. Alteraciones bucales en pacientes con enfermedad de Parkinson. Revisión del tema. Congreso Internacional Estomatología 2020 [Internet] 2020. [citado 2021 Feb 05]; Disponible en: <http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/viewPaper/464>
11. Piñeres Jaraba A, Prins Barcos K, Martínez A, Harris J, Díaz Caballero A. Manifestaciones bucales de la enfermedad de Parkinson y su relación con el tratamiento farmacológico revisión sistemática. [Internet]. 2019 [citado 2021 Feb 06]; [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/9475/MANIFESTACIONES%20BUCALES%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20DE%20PARKINSON.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Wolff Andy. A Guide to Medications Inducing Salivary Gland Dysfunction, Xerostomia, and Subjective Sialorrhea: A Systematic Review Sponsored by the World Workshop on Oral Medicine VI. 2017. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40268-016-0153-9>
13. Shen Z. Meta-analysis of the adverse events associated with extended-release versus standard immediate-release pramipexole in Parkinson disease, Medicine (Baltimore) [Internet]. 2018. [citado 2021 Feb 05]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30142750>
14. Aragón Claver F. Estado de salud oral y salival en enfermos de Alzheimer y Parkinson. Un estudio de casos y controles. [Internet]. 2017 [citado 2021 Feb 5] [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=155454>

15. de Aquino e Silva Neto JM, Victor Lucas JN, Rodrigues Vilar V, de Vasconcelos Aquino e Silva AT, Barbosa dos Santos JM, Bittencourt Brandão Medeiros ML, Cerqueira Cavalcanti T. Cuidados em pacientes com doença de Parkinson na odontologia: revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde. [Internet]. Nov 27, 2020 [citado 2021 Feb 06]; 12 (11). Disponible en: [v. 12 n. 11 \(2020\): Revista Eletrônica Acervo Saúde \(ISSN 2178-2091\) | Volume 12 \(11\) | 2020](#)
16. García Arias DM, Palomino García JA, Palomino García DM. Condiciones socioeconómicas y de satisfacción personal de vida en enfermos de Parkinson en Manzanillo, 2015. Revista Cubana de Tecnología de la Salud [revista en Internet]. 2017 [citado 2021 Feb 5]; 8(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/939>
17. Simó Estévez C. La relación entre la Odontología y la Logopedia en Parkinson. [TFG. Logopedia](#) [revista en Internet]. 2017 [citado 2021 Feb 5] [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/5256>
18. Bustamante Ubilla M, Martínez Herrera AF. Calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson y su relación con la edad, el tiempo de evolución y el estadio de progresión. [Internet]. 2018 [citado 2021 Feb 06]. Disponible en <http://dspace.usalca.cl/bitstream/1950/11816/4/20180154.pdf>
19. Monteagudo Santiago J, Tamayo Pérez Y. Impacto del desdentamiento en la salud general. Mediacentro Electrónica [Internet]. 2017 Jun [citado 2021 Feb 05]; 21(2): 184-186. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200018&lng=es.
20. Reyes Obediente FM, Machado Ramírez EF. Permanent education strategy to older adult oral health. Rev Hum Med [Internet]. 2020 Abr [citado 2021 Feb 05]; 20(1): 107-123. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000100107&lng=es.
21. Carrillo García F. Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. [Internet]. 2019 [citado 2021 Feb 05]; 12(73); 4273-4284. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.002> .

22. Simón Pérez E, Aguilera Pacheco OR, Núñez Lahera I, Colina Avila E. Síntomas no motores en pacientes con enfermedad de Parkinson. MEDISAN [Internet]. 2017 Jun [citado 2021 Feb 05]; 21(6): 681-687. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000600006&lng=es.
23. Neri-Nani GA. Síntomas motores de la enfermedad de Parkinson. Rev Neurol Neurocir Psiquiat. 2017;45(2):45-50.
24. Solís María JG., Araneda Jacqueline F. Enfermedad de Parkinson y factores ambientales. Un estudio caso-control. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Feb 05]; 55(4): 239-246. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000400239&lng=es<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272017000400239>
25. Bougea A. Levodopa-induced skin disorders in patients with Parkinson disease: a systematic literature review approach. Acta Neurol Belg, 2019. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13760-019-01195-3>
26. Ariza L, Guerrero J, Ortiz P, Moreno Caracterización de pacientes con enfermedad de Parkinson en un centro de referencia de la ciudad de Bogotá. Acta Neurol Colomb [Internet] 2016. Sept. [Citado el 5 de septiembre del 2022]; 32(3) Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482016000300004
27. Navarro-Peternella FM, Marcon SS. Calidad de vida de las personas con Enfermedad de Parkinson y su relación con la evolución en el tiempo y la gravedad de la enfermedad. Rev Latino-Am Enfermagem. [Internet] Mar.-abr. 2012 [citado 25 marzo 2022]; 20(2): Disponible en: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.
28. Giroud JL., Collado-Mesa F, Orta A, Paz L. Factores de riesgo de la enfermedad de Parkinson idiopática. Estudio de casos y controles en un área urbana de Ciudad Habana, Cuba. Rev. Mex Neurocienc 2001; 2(5): 293-7
29. Mak MKY, Wong-Yu ISK. Exercise for Parkinson's disease. En: International Review of Neurobiology [Internet]. Elsevier; 2019 [citado 26 de octubre de 2021]. p. 1-44. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0074774219300212>

30. Ropper AH, Samuels MA, Klein J. Adams and Victor's principles of neurology. Eleventh edition. New York: McGraw-Hill Education; 2019. 1 p.
31. Chen-Plotkin AS, Zetterberg H. Updating Our Definitions of Parkinson's Disease for a Molecular Age. Brundin P, Langston JW, Bloem BR, editores. J Park Dis. 18 de diciembre de 2018;8(s1):S53-7.
32. Cerri S, Mus L, Blandini F. Parkinson's Disease in Women and Men: What's the Difference? J Park Dis. 30 de julio de 2019;9(3):501-15.
33. Raza C, Anjum R, Shakeel N ul A. Parkinson's disease: Mechanisms, translational models and management strategies. Life Sci. junio de 2019;226:77-90.
34. Dickson DW. Neuropathology of Parkinson disease. Parkinsonism Relat Disord. enero de 2018;46:S30-3.
35. Cheong SL, Federico S, Spalluto G, Klotz K-N, Pastorin G. The current status of pharmacotherapy for the treatment of Parkinson's disease: transition from single-target to multitarget therapy. Drug Discov Today. septiembre de 2019;24(9):1769-83.
36. Homayoun H. Parkinson Disease. Ann Intern Med. 4 de septiembre de 2018;169(5):ITC33-48.
37. Armstrong MJ, Okun MS. Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease: A Review. JAMA. 11 de febrero de 2020;323(6):548.
38. Caproni S, Colosimo C. Diagnosis and Differential Diagnosis of Parkinson Disease. Clin Geriatr Med. febrero de 2020;36(1):13-24.
39. Cova I, Priori A. Diagnostic biomarkers for Parkinson's disease at a glance: where are we? J Neural Transm. octubre de 2018;125(10):1417- 32.
40. Fayyad M, Salim S, Majbour N, Erskine D, Stoops E, Mollenhauer B, et al. Parkinson's disease biomarkers based on α -synuclein. J Neurochem. septiembre de 2019;150(5):626-36.
41. Harris Ricardo J, Fortich Mesa N, Díaz Caballero A. Fisiopatología y manifestaciones bucales de la enfermedad de Parkinson: Una revisión actualizada. Av. Odontoestomatol 2013; 29 (3): 151-157

ANEXO 1:

AVAL DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN UNIDAD EJECUTORA PRINCIPAL.

El que suscribe: _____,
hago constar que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición de
institución ejecutora en el proyecto de investigación titulado:
_____,
de los autores: _____

1. Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas
del centro, y principales problemas de salud del territorio, que tiene como propósito
obtener resultados científicos, económicos y/o sociales:

Científicos:

Social:

Económico:

Y para que así conste firmo el presente documento conjuntamente con el jefe del
proyecto a los ____ días del mes de _____ del 20____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

ANEXO 2

DICTAMEN DEL COMITÉ ETICA DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre _____ **de** _____ **la** _____ **Institución:** _____

Los miembros del CEIC debajo firmantes, nombrado por la Resolución _____,
hemos revisado el proyecto de investigación:

de los autores _____

_____ y

encontrado que el mismo cumple con:

1. Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S ☐ N ☐ NP ☐
2. Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐
3. La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐
4. La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos. S ☐
☐ N ☐ NP ☐
5. Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
6. El procedimiento para el consentimiento informado. S ☐ N ☐ NP ☐
7. La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S ☐ N ☐ NP ☐
8. La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐ NP ☐
9. La información sobre las pruebas farmacológicas. S ☐ N ☐ NP ☐
10. La información sobre la toxicidad preclínica y clínica y reacciones adversas. S ☐ N ☐
NP ☐
11. El correcto diseño experimental y análisis estadístico. S ☐ N ☐ NP ☐
12. Los criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión, interrupción del tto. y salida. S ☐ N ☐
NP ☐
13. La definición y evaluación objetiva de las variables. S ☐ N ☐ NP ☐
14. La información sobre el balance los beneficios esperados y los riesgos. S ☐ N ☐ NP ☐
15. La información sobre los recursos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
16. La competencia científica de los investigadores. S ☐ N ☐ NP ☐
17. La bibliografía adecuada. S ☐ N ☐ NP ☐

18. Las normas de buena práctica clínica S ☐ N ☐ NP ☐
19. El diseño del proyecto en formato CITMA. S ☐ N ☐ NP ☐
20. La información sobre el cálculo económico. S ☐ N ☐ NP ☐
21. La conducta a seguir ante los eventos adversos u otros daños. S ☐ N ☐ NP ☐

Leyenda: S = Sí, N = No, NP = No procede.

Por lo que se recomienda:

- _____ Aprobarlo sin modificaciones
- _____ Aprobarlo luego de hacer las modificaciones propuestas por el CEI
- _____ Que se reelabore y se vuelva a presentar al CEI
- _____ No aprobarlo

En el caso de no aprobarse, colocar una observación en la hoja de notas con el número correspondiente explicando en qué consiste la dificultad.

Dado en _____, a los _____ días del mes de _____ de 200__.

Nombre del Evaluador	Cargo en el CEI	Firma

ANEXO 3

Compromiso del tutor del Trabajo de terminación de la especialidad.

Cienfuegos _____

Año _____

A: Vice Dirección Docente:

Mediante la presente le comunico que he asumido la responsabilidad de trabajar en calidad de tutor en el proyecto de investigación del

Dr. (a):

Residente de 1er año de la Especialidad de _____

Titulado:

Por tanto, ya en funciones de tutor resuelvo acatar todas y cada una de los aspectos que se relacionan a continuación:

- Delimitar con el residente mis funciones como tutor de la investigación.
- Orientar en lo que se respecta al tema elegido, el cual deberá guardar relación con el banco de problemas del área.
- Evaluar el avance del residente en lo relacionado con la investigación de forma frecuente y el cumplimiento de las recomendaciones realizadas por lo Consejos de Actividades Científicas de los distintos niveles.
- Rendir cuentas a la Vice Dirección de Docencia Médica del área sobre el estado de la investigación con la periodicidad requerida.
- Responsabilidad de forma incondicional con la investigación en cuestión siempre y cuando el residente cumpla con su responsabilidad de autor.
- Emitir una evaluación final del TTE, requisito indispensable para que el residente entregue la tesis y que debe incluir la propuesta de puntuación.

Sin más, atentamente, Dr. (a)

Firma

ANEXO 4:

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico de _____ después de analizar, y discutir el proyecto titulado _____

_____ presentado por su autor principal _____

donde participan como otros autores, _____

_____, ha decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del año ____ quedando en acta según acuerdo No ____ por presentar rigor científico, con una metodología adecuada a los objetivos que se propone y estar en correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según las necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.

Proyecto TTR _____

Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de _____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma _____

Cuño

ANEXO 5:

Consentimiento Informado:

Yo _____ manifiesto mi mayor disposición
para participar en la investigación
_____ bajo el
compromiso de que la información obtenida sirva para el análisis estadístico del problema
y no se divulgue en el orden personal y para que así conste firmo la misma.

Firma del paciente o tutor Firma del estomatólogo cargo de la investigación

ANEXO 6:

HISTORIA DE SALUD BUCAL INDIVIDUAL

[illegible]

MOD. 4792-4		HISTORIA CLINICA ESTOMATOLOGIA		FECHA:
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA ESTOMATOLOGIA				No De H. CLINICA:
UNIDAD:	CONSULTORIO No.			
PACIENTE: 1er. APELLIDO:	2do. APELLIDO:		NOMBRE:	
DIRECCION:				
EDAD:	SEXO: MASC. () FEM. ()	ESCOLARIDAD:		
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL				
ANTECEDENTES				
PATOLOGICOS				
(Personal - Familiar)				
Hemorragias reacc.				
ción a Medicamentos,				
HABITOS				
Succión Lengua				
Proctatit, Ceptilido				
Bruxiismo, Tabaquismo				
Café, Alcohol y otras.				
EXAMEN BUCAL				
(Señalar Afectaciones)				
EXAMEN FISICO				
General				
(Piel y Mucosas,				
Hábito Externo)				

DENTIGRAMA

INFERIOR
IZQUIERDA

18	17	16										
15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
56	54	53	52	51	61	62	63	64	65			

INFERIOR
DERECHA

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

DIAGNÓSTICO:

PLAN DE TRATAMIENTO:

[illegible]

ANEXO 7

FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Nombre

Edad _____ **Sexo**____

Escolaridad _____

Ocupación _____

Factores de Riesgo

- 1.Edad____
- 2.Herencia____
- 3.Sexo____
- 4.Exposición a toxinas____

Factores etiológicos

1. Genético____
2. Ambiental____
3. Desconocido____

Estadios de la enfermedad del Parkinson según Hoehn y Yahr

1. Estadio I afectación unilateral_____
2. Estadio II afectación bilateral, equilibrio normal____
3. Estadio III afectación bilateral con afectación del equilibrio____
4. Estadio IV aumento del grado de dependencia____
5. Estadio V severamente afectado requiriendo silla de rueda o reposo en cama____

Clasificación epidemiológica

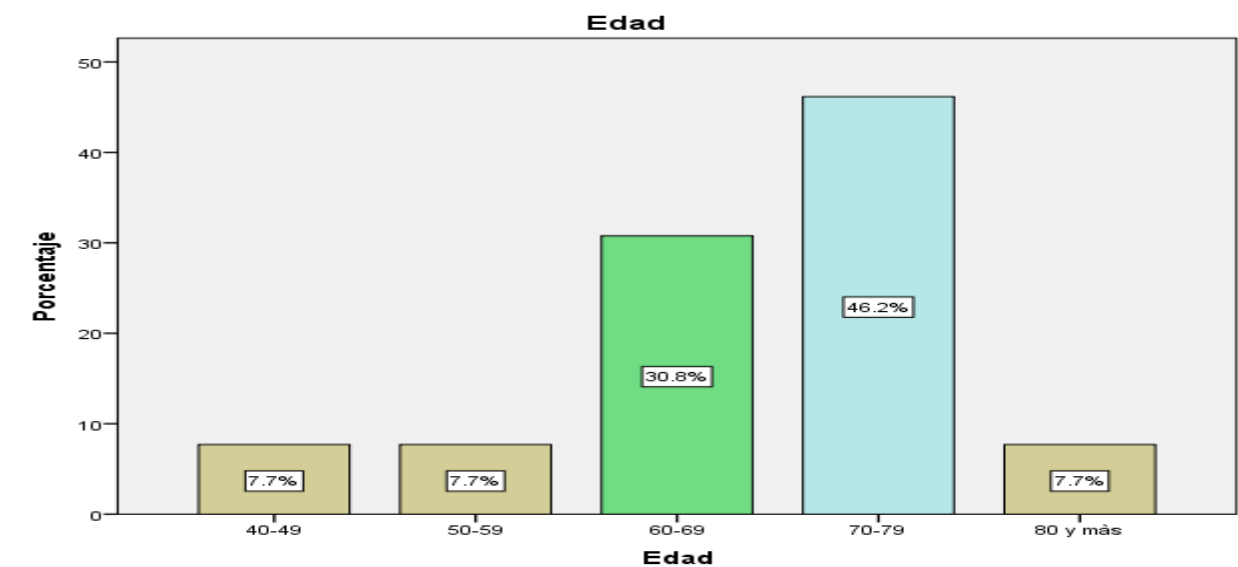
1. Sano____
2. Sano con riesgo____
3. Enfermo____
4. Deficiente discapacitado____

Problemas de salud bucal

1. Caries____
2. Periodontopatías____
3. Maloclusiones____
4. Lesiones premalignas____
5. Lesiones malignas____
6. Disfunción oclusal por desdentamiento____
7. Enfermedades micóticas____
8. Alteraciones de las glándulas salivales____

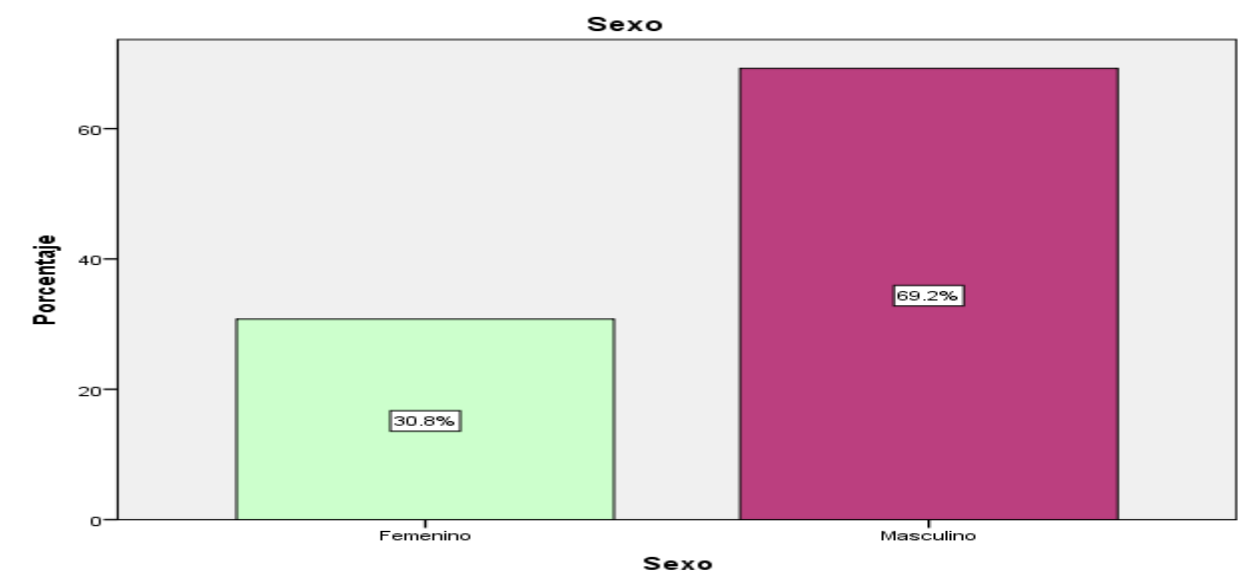
ANEXO 8

Tabla 1. Caracterización de la población según edad.



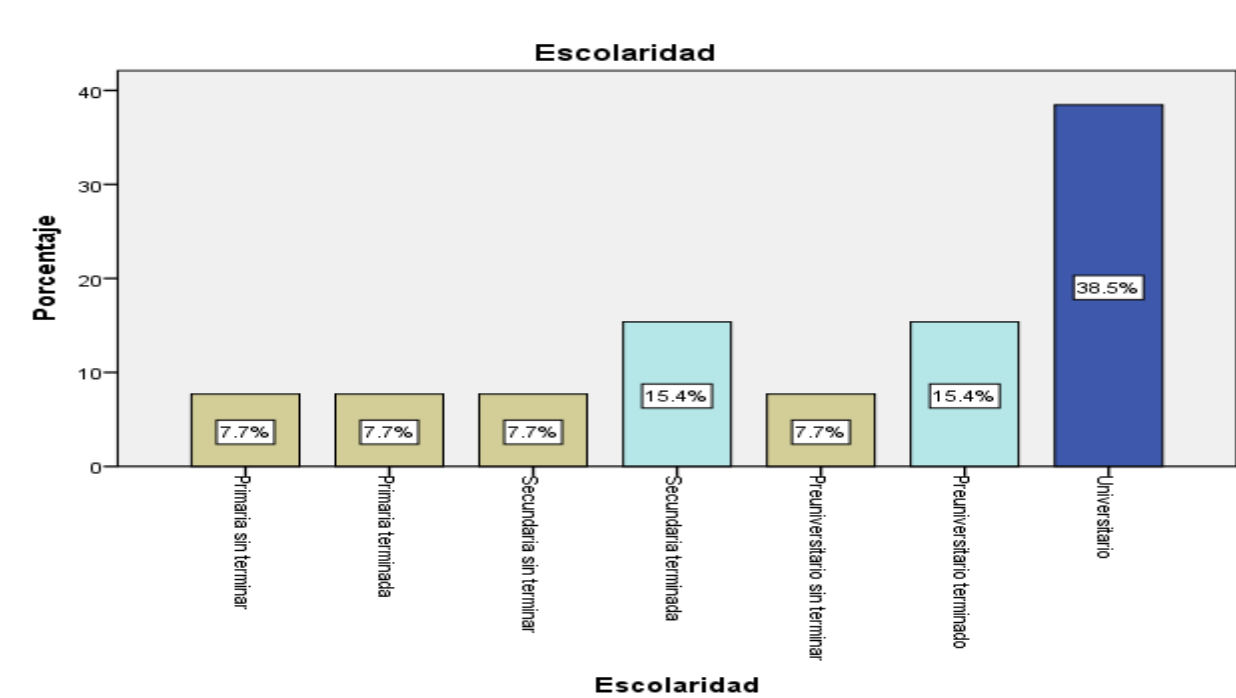
Fuente: Formulario de recolección de datos

Tabla 2. Caracterización de la población según edad.



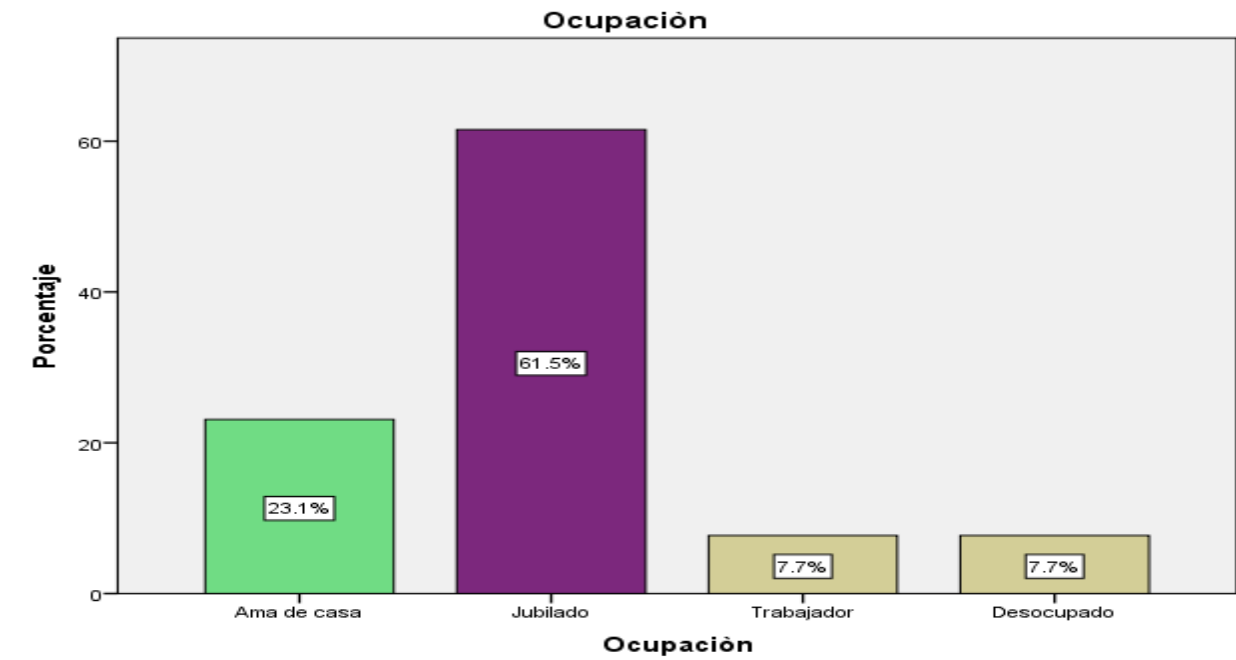
Fuente: Formulario de recolección de datos

Tabla 3. Caracterización de la población según nivel de escolaridad.



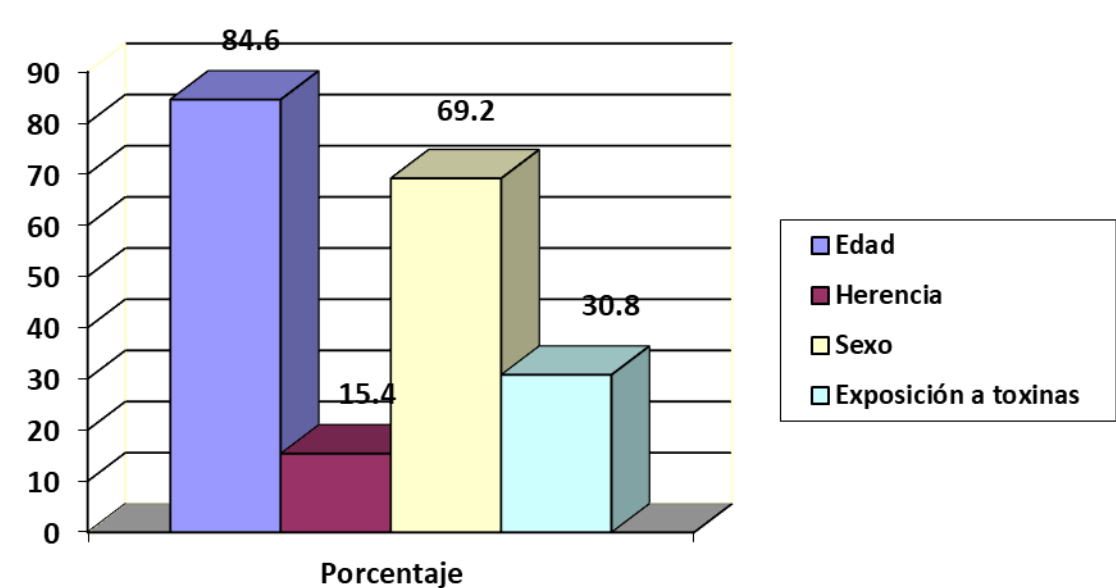
Fuente: Formulario de recolección de datos

Tabla 4. Caracterización de la población según ocupación.



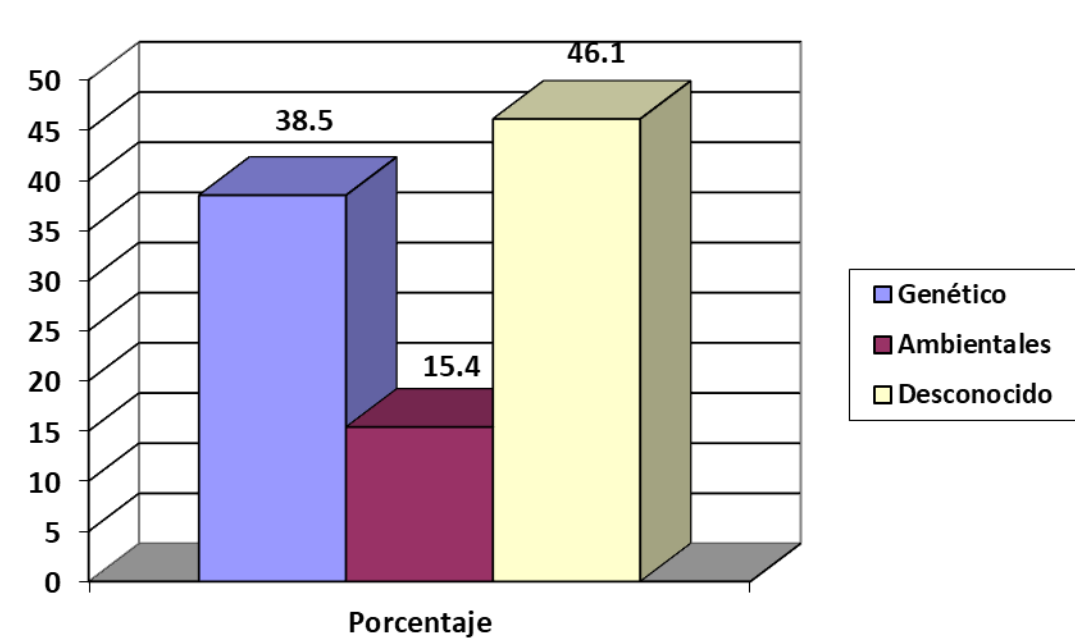
Fuente: Formulario de recolección de datos

Tabla 5. Distribución de los pacientes teniendo en cuenta los factores de riesgo.



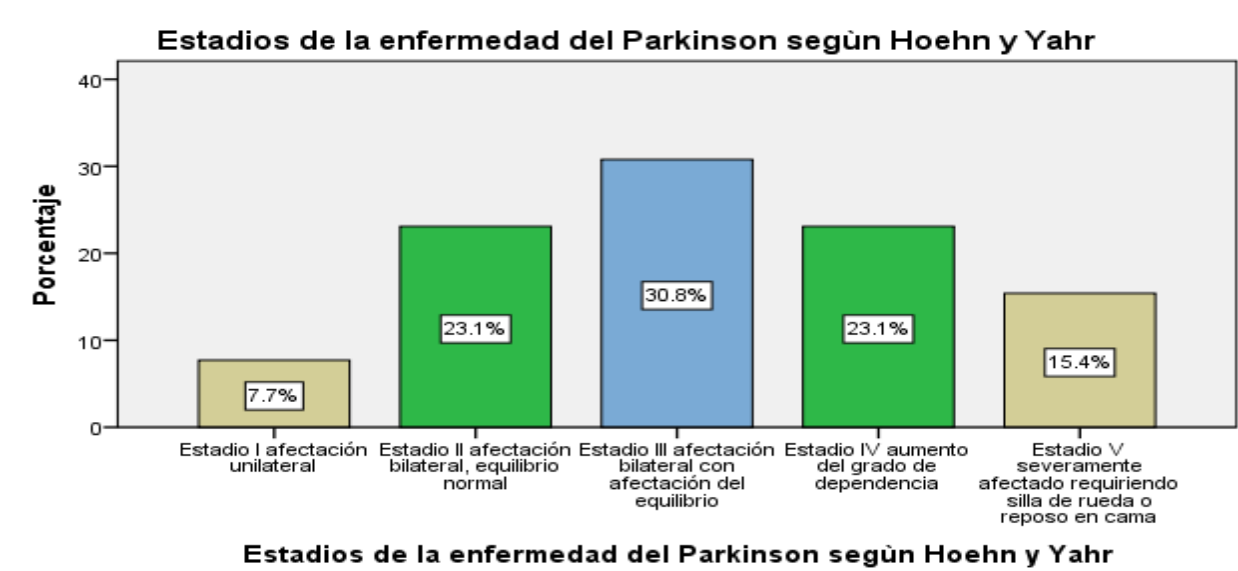
Fuente: Formulario de recolección de datos

Tabla 6. Distribución de los pacientes teniendo en cuenta los factores etiológicos.



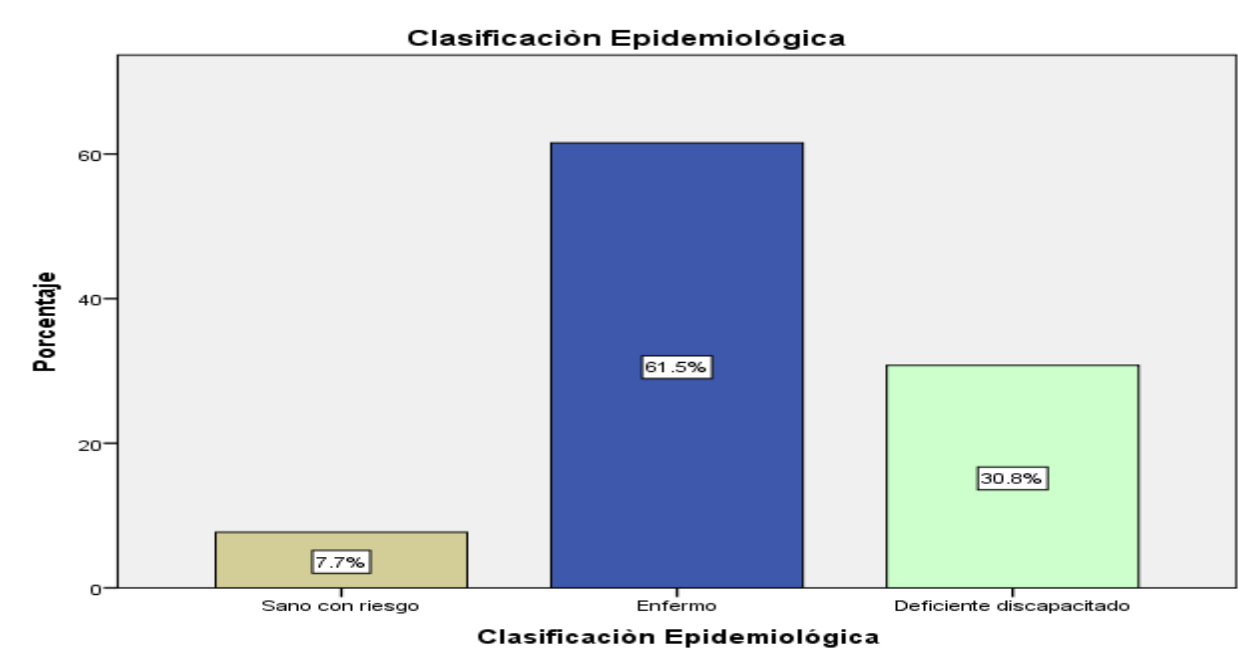
Fuente: Formulario de recolección de datos

Tabla 7. Distribución de los pacientes y su clasificación por estadios según Hoehn y Yahr.



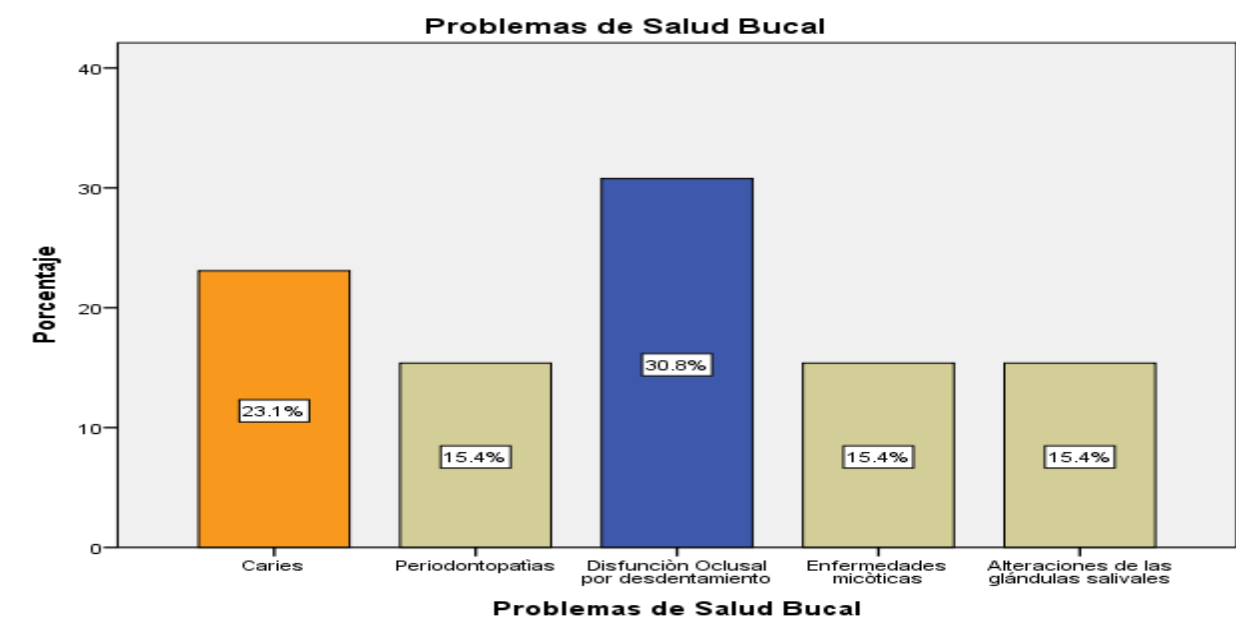
Fuente: Formulario de recolección de datos

Tabla 8. Distribución de los pacientes y su clasificación epidemiológica.



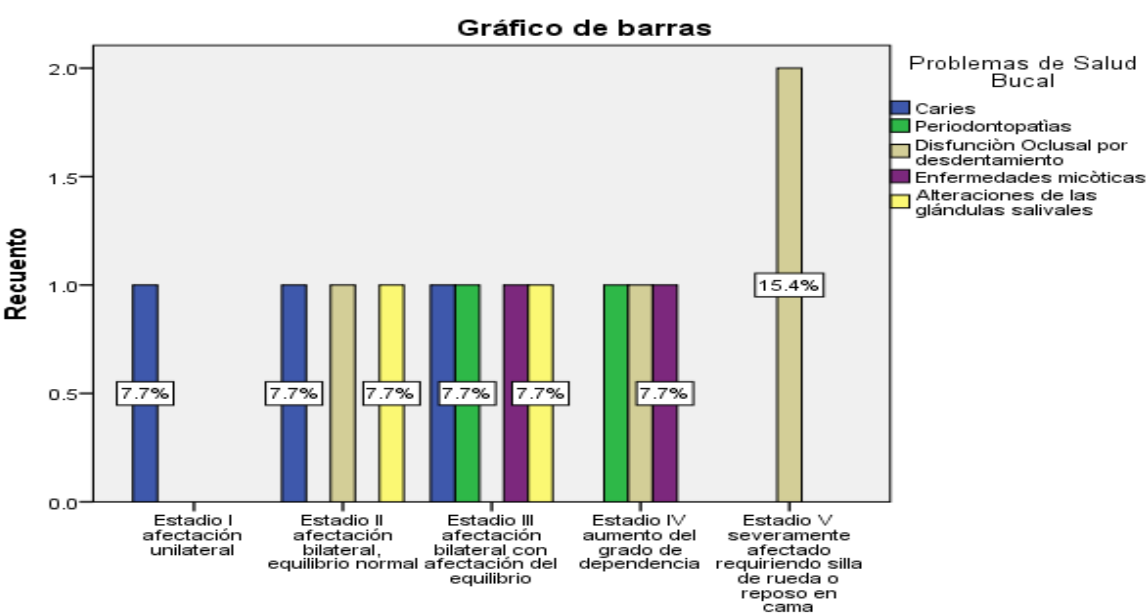
Fuente: Formulario de recolección de datos

Tabla 9. Distribución de los pacientes según problemas de salud bucal.



Fuente: Formulario de recolección de datos

Tabla 10. Distribución de los pacientes según problemas de salud bucal y su relación con la gravedad de la enfermedad según estadios Hoehn y Yahr.



Fuente: Formulario de recolección de datos